

ECHELLES

Appendice



Appendice - Echelles

Echelle de KATZ pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQ)

Définitions

La mesure des AVQ est basée sur l'évaluation de la dépendance/indépendance fonctionnelle des personnes pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer dans la maison, s'alimenter, et pour assurer la continence. Les définitions spécifiques de la dépendance/indépendance doivent être interprétées de la manière suivante: l'indépendance signifie l'exécution de la fonction sans supervision ou avec une assistance verbale ou physique de tiers. L'évaluation mesure la performance, pas l'aptitude. En d'autres termes, une personne qui refuse d'exécuter une tâche est considérée comme dépendante pour cette tâche, même si on considère qu'elle est capable de l'exécuter.

<p>TOILETTE (simplement se laver ou prendre une douche ou un bain)</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: se lave entièrement de manière autonome ou n'est aidé que pour une partie du corps (par exemple, pour le lavage du dos ou d'un membre déficitaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: a besoin d'aide pour laver plus qu'une partie du corps; a besoin d'aide pour entrer et sortir du bain ou ne se lave pas entièrement lui-même.</p>
<p>HABILLAGE</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: retire lui-même les vêtements de l'armoire ou du tiroir, s'habille et peut mettre des vêtements lâches sans problèmes. Nouer les lacets de chaussures n'entre pas dans l'évaluation.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: ne s'habille pas lui-même ou arrive avec difficultés à s'habiller partiellement.</p>
<p>ALLER AUX TOILETTES</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: peut se rendre aux toilettes ou en revenir sans aide, s'asseoir et se relever des toilettes et s'essuyer lui-même. Il peut éventuellement utiliser seul un bassin hygiénique ou un urinal la nuit. L'utilisation d'aides mécaniques est permise.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: le patient ne peut se rendre aux toilettes ou en revenir sans aide partielle (stimulation, contrôle) de tiers et/ou s'asseoir ou se relever des toilettes. Il a besoin d'aide pour utiliser un bassin hygiénique.</p>
<p>DEPLACEMENT DANS LA MAISON:</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: peut se coucher et se lever de manière tout à fait autonome d'un lit ou d'un fauteuil (peut pour cela utiliser des aides mécaniques)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: a besoin d'aide pour se mettre au lit ou s'asseoir dans un fauteuil et s'en relever; ne se déplace pas de manière autonome.</p>
<p>CONTINENCE</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: le patient assure sa continence tant au niveau urinaire que fécal.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: il existe une incontinence urinaire ou fécale partielle ou totale. Pour assurer un contrôle partiel ou total de la continence, on recourt à des lavements, des sondages, la mise à disposition d'un bassin hygiénique ou d'un urinal.</p>
<p>ALIMENTATION</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: porte les aliments de l'assiette à la bouche de manière autonome. Les manipulations préparatoires, telles que découper la viande ou beurrer le pain, ne sont pas évaluées.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: a besoin d'aide pour s'alimenter ou doit être alimenté (même artificiellement).</p>

Score	A	Indépendant pour les 6 fonctions
	B	Dépendant pour 1 des 6 fonctions
	C	Dépendant pour se laver et 1 autre fonction
	D	Dépendant pour se laver, s'habiller et 1 autre fonction
	E	Dépendant pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes et 1 autre fonction
	F	Dépendant pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer et 1 autre fonction
	G	Dépendant pour toutes les fonctions
	Autre	Dépendant pour au moins 2 fonctions, mais n'est pas à classer en C, D, E ou F

EVALUATION DES ACTIVITES DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'échelle AVQ selon Katz est basée sur l'évaluation de l'indépendance/dépendance fonctionnelle pour les fonctions telles que se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, assurer sa continence et s'alimenter.

On peut choisir de décrire chaque fonction de manière encore plus détaillée à l'aide du formulaire d'évaluation. Ceci n'est pas strictement nécessaire pour le système de cotation. Si l'on souhaite utiliser ces résultats pour les faire correspondre au score de Katz dans sa forme originale, ils doivent être interprétés comme suite: le niveau intermédiaire (score 2) pour les items "toilette", "habillage", "alimentation", signifie "indépendant". Par contre, pour les autres items, le score 2 signifie "dépendant".

EVALUATION DES AVQ (selon Katz)

Pour chaque fonction, préciser l'aide à apporter au patient.

TOILETTE	<input type="checkbox"/> N'a pas besoin d'aide <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour se laver une partie du corps (dos ou membre inférieur) <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour plusieurs parties du corps
HABILLAGE	<input type="checkbox"/> Prend lui-même les vêtements dans l'armoire et s'habille entièrement sans aide <input type="checkbox"/> Prend lui-même les vêtements dans l'armoire et s'habille entièrement sans aide, sauf pour lacer les chaussures. <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour prendre les vêtements et s'habiller
ALLER AUX TOILETTES	<input type="checkbox"/> Va aux toilettes de manière autonome, s'essuie lui-même et rajuste ses vêtements sans aide. L'utilisation d'aides mécaniques (cane, cadre de marche) est autorisée. <input type="checkbox"/> Lorsque le sujet utilise un bassin hygiénique ou un urinal, il le vide lui-même <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour aller aux toilettes, s'essuyer ou rajuster ses vêtements et pour utiliser un bassin hygiénique ou un urinal <input type="checkbox"/> Ne peut utiliser les toilettes de manière autonome
LOCOMOTION	<input type="checkbox"/> Peut se mettre au lit ou s'asseoir dans un fauteuil et s'en relever sans aide, éventuellement en utilisant des aides mécaniques <input type="checkbox"/> Ne peut se mettre au lit ou s'asseoir dans un fauteuil. Ne se lève qu'avec aide <input type="checkbox"/> Ne sort pas du lit
CONTINENCE	<input type="checkbox"/> Assure sa continence urinaire et fécale. <input type="checkbox"/> Incontinence accidentelle <input type="checkbox"/> Une supervision est nécessaire pour le contrôle de la continence; est sondé ou est incontinent
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/> N'a pas besoin d'aide pour s'alimenter <input type="checkbox"/> A besoin d'une aide préparatoire (couper la viande, beurrer le pain) <input type="checkbox"/> Doit être assisté pour s'alimenter ou doit être alimenté partiellement ou totalement de manière artificielle (alimentation entérale ou parentérale)

ECHELLE DE KATZ MODIFIEE, A QUATRE NIVEAUX DE SEVERITE ET TENANT COMPTE DES TROUBLES DE L'ORIENTATION (Variantes utilisées en Belgique)

Cette version est utilisée pour classer les patients en fonction de leur niveau de dépendance qu'ils soient à domicile ou séjournant dans une maison de repos (MR) ou une maison de repos et de soins (MRS). C'est sur base de ces quatre catégories qu'est fixé le financement des MR et MRS (article 34,12 de la loi coordonnée concernant les institutions)

<p>LAVAGE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. se lave entièrement sans aide<input type="checkbox"/> 2. a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture<input type="checkbox"/> 3. a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus et en dessous de la ceinture<input type="checkbox"/> 4. doit être totalement aidé pour se laver au-dessus et en dessous de la ceinture
<p>HABILLAGE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. s'habille et se déshabille entièrement sans aide<input type="checkbox"/> 2. a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (lacer les chaussures n'est pas évalué)<input type="checkbox"/> 3. a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus et en dessous de la ceinture<input type="checkbox"/> 4. doit être totalement aidé pour s'habiller au-dessus et en dessous de la ceinture
<p>LOCOMOTION</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. se déplace sans aucune aide mécanique ou aide de tiers<input type="checkbox"/> 2. se lève seul de sa chaise, mais utilise des aides mécaniques pour se déplacer de manière autonome<input type="checkbox"/> 3. a besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer<input type="checkbox"/> 4. est grabataire ou en chaise roulante, et est dépendant de tiers pour se déplacer
<p>ALLER AUX TOILETTES</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. va seul aux toilettes et s'essuie lui-même<input type="checkbox"/> 2. a besoin d'une aide partielle pour aller aux toilettes et s'essuyer<input type="checkbox"/> 3. doit être totalement aidé pour aller aux toilettes et s'essuyer<input type="checkbox"/> 4. ne peut aller ni aux toilettes ni sur une chaise percée
<p>CONTINENCE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. est continent aussi bien pour l'urine que les selles<input type="checkbox"/> 2. accidentellement incontinent (y compris sonde vésicale ou stomie)<input type="checkbox"/> 3. incontinence d'urine (y compris rééducation vésicale)<input type="checkbox"/> 4. incontinence aussi bien pour l'urine que les selles
<p>ALIMENTATION</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. mange et boit seul<input type="checkbox"/> 2. mange et boit seul, mais avec une aide préparatoire<input type="checkbox"/> 3. mange et boit seul, mais avec une aide pendant le repas<input type="checkbox"/> 4. est entièrement assisté pour manger
<p>ORIENTATION TEMPORELLE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. pas de problème<input type="checkbox"/> 2. un problème de temps à autre<input type="checkbox"/> 3. un problème presque chaque jour<input type="checkbox"/> 4. totalement désorienté<input type="checkbox"/> 5. ne peut plus être testé du fait de l'état très avancé
<p>ORIENTATION SPATIALE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. pas de problème<input type="checkbox"/> 2. un problème de temps à autre<input type="checkbox"/> 3. un problème presque chaque jour<input type="checkbox"/> 4. totalement désorienté<input type="checkbox"/> 5. ne peut plus être testé du fait de l'état très avancé

CATEGORIES DE BESOINS DE SOINS

Le besoin de soins pour la fonction est défini à partir d'un score de 3.

CATEGORIE O	
Dans cette catégorie sont classés les ayants droit qui sont physiquement totalement indépendants et qui ne sont pas déments.	
CATEGORIE A	
PHYSIQUEMENT: dépendant pour se laver et/ou s'habiller;	
PSYCHIQUEMENT: désorienté dans le temps et l'espace, mais physiquement totalement indépendant	
CATEGORIE B	
PHYSIQUEMENT dépendant:	pour se laver et s'habiller, et pour se déplacer et/ou manger et/ou incontinence
PSYCHIQUEMENT dépendant:	désorienté dans le temps et l'espace, et dépendant pour se laver et/ou s'habiller
CATEGORIE C	
PHYSIQUEMENT dépendant:	pour se laver et s'habiller, et pour se déplacer et pour aller aux toilettes et incontinence et/ou pour manger
PSYCHIQUEMENT dépendant:	désorienté dans le temps et l'espace, incontinent dépendant pour se laver et s'habiller, et pour se déplacer et/ou aller aux toilettes et/ou pour manger

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Les AIVQ reflètent les capacités des personnes âgées à fonctionner dans les domaines cognitifs, de la capacité à interagir socialement et de la capacité à assumer des fonctions complexes. Ces capacités sont évaluées à l'aide des échelles AIVQ.

Echelle AIVQ (version originale selon Lawton & Brody)

1	<i>Aptitude à utiliser le téléphone:</i> se sert du téléphone de sa propre initiative (cherche les numéros, les choisit, etc.)	1
2	ne choisit que certains numéros	1
3	décroche le téléphone, mais n'appelle pas lui-même	1
4	ne peut utiliser le téléphone	0
<i>Faire les courses:</i>		
1	fait toutes les courses lui-même	1
2	fait les courses lui-même pour les petits achats	0
3	a besoin d'accompagnement pour toutes les courses	0
4	totalemtent incapable de faire les courses	0
<i>Préparation des aliments:</i>		
1	planifie, prépare et sert des repas équilibrés de manière indépendante	1
2	prépare des repas équilibrés s'il dispose des ingrédients	0
3	réchauffe des repas préparés et les sert ou prépare des repas mais n'assure pas une alimentation suffisamment équilibrée	0
4	les repas doivent lui être préparés et servis	0
<i>Ménage:</i>		
1	s'occupe seul du ménage ou le fait avec une aide occasionnelle (par exemple, pour les travaux ménagers lourds)	1
2	exécute des tâches quotidiennes légères (fait la vaisselle, refait les lits...)	1
3	exécute des tâches journalières, mais superficiellement.	1
4	a besoin d'aide pour toutes les tâches ménagères	1
5	ne participe absolument pas aux tâches ménagères	0
<i>Lessive:</i>		
1	fait la lessive lui-même	1
2	lave le petit linge, les chaussettes, les bas, etc.	1
3	la lessive doit être réalisée par une tierce personne	0
<i>Transport:</i>		
1	voyage seul en utilisant les transports en commun ou utilise sa propre voiture	1
2	organise lui-même ses déplacements avec un taxi, mais n'utilise pas les transports en commun	1
3	utilise les transports en commun, s'il est aidé ou accompagné	1
4	les déplacements reposent sur le recours au taxi ou à la voiture, mais seulement avec l'aide de quelqu'un	0
5	ne se déplace absolument pas	0
<i>Gestion thérapeutique:</i>		
1	assure la préparation et la prise des médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées	1
2	gère la prise des médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés	0
3	est incapable de préparer et prendre seuls ses médicaments	0
<i>Capacité de gérer ses finances:</i>		
1	règle lui-même de manière autonome ses affaires financières (budget, établissement de chèques, paiement du loyer et des factures, aller à la banque), contrôle ses revenus	1
2	assure les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations bancaires, les achats importants, etc.	1
3	incapable de gérer les affaires financières	0

Un score proche de 0 signe la dépendance dans les AIVQ ; une valeur de 8 témoigne d'une autonomie conservée pour les activités instrumentales.

AIVQ: MAI: (Multilevel Assessment Instrument selon Lawton)

La réponse affirmative aux questions indique une indépendance totale. On attribue un score de 3, 2 ou 1 à chaque item. Le score maximal de 27 témoigne d'un fonctionnement optimal.

Une réponse affirmative sous condition restrictive justifie une assistance légère. Enfin, lorsque la réponse est négative, l'aide de tiers est requise.

L'échelle est utilisée pour suivre l'évolution individuelle.

Les items 4 à 7 sont des fonctions dont la réalisation est davantage liée au sexe et, de ce fait, qui sont moins adaptées à l'évaluation des AIVQ des hommes.

Utilisez-vous le téléphone?	Oui	3
	Oui, mais uniquement les numéros connus ou pour répondre	2
	Non	1
Vous déplacez-vous sur de grandes distances en dehors de votre propre voisinage?	Oui	3
	Oui, mais uniquement avec un peu d'aide	2
	Non	1
Faites-vous vous-même vos courses?	Oui	3
	Oui, mais uniquement les petits achats	2
	Non	1
Préparez-vous vous-même vos repas?	Oui	3
	Oui, pour les repas à base de pain ou pour réchauffer un repas préparé	2
	Non	1
Faites-vous vous-même entièrement votre ménage?	Oui	3
	Oui, mais uniquement les travaux ménagers légers	2
	Non	1
Entretenez-vous entièrement votre habitation?	Oui	3
	Seulement les petits travaux	2
	Non	1
Faites-vous vous-même la lessive?	Oui	3
	Seulement la lessive à la main	2
	Non	1
Prenez-vous vous-même vos médicaments?	Oui	3
	Oui, lorsque les médicaments ont été préparés	2
	Non	1
Vous occupez-vous entièrement de vos finances?	Oui	3
	Seulement les achats de proximité	2
	Non	1

Index de Barthel

Remarques préliminaires

1. L'index de Barthel mesure la performance du patient (ce qu'il fait) pas l'aptitude (ce qu'il pourrait réaliser)
2. L'objectif est de mesurer un niveau de performance en dehors de toute assistance physique ou verbale, si limitée soit-elle, et pour quelque raison que ce soit.
3. Si la personne doit être supervisée pour la fonction, elle est considérée comme dépendante.
4. L'évaluation repose sur le recueil d'informations fiables: interrogatoire du patient, des membres de sa famille et/ou du personnel soignant. L'observation et le bon sens gardent leur place. Il n'est pas impératif de placer la personne en situation de test.
5. L'évaluation repose sur l'appréciation des performances des 48 dernières heures ou sur une période plus longue.
6. Lorsqu'un niveau intermédiaire est fixé, on considère que le patient accomplit au moins 50% de la tâche.
7. L'utilisation d'aides est permise.

ALIMENTATION	10 5 0	indépendant aide nécessaire pour couper, beurrer, ...; nécessite un régime adapté dépendant
TOILETTE	5 0	indépendant, prend seul un bain/une douche dépendant
TOILETTE PERSONNELLE (SE LAVER, SE PEIGNER...)	5 0	indépendant: se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase dépendant/a besoin d'aide
HABILLAGE	10 5 0	indépendant: attache ses boutons, sa fermeture éclair... a besoin d'aide, mais fait au moins la moitié du travail dépendant
FONCTION INTESTINALE	10 5 0	continent accidentellement incontinent incontinent; il faut faire des lavements
FONCTION VESICALE	10 5 0	continent accidentellement incontinent incontinent (sonde urinaire)
UTILISATION DE LA TOILETTE	10 5 0	indépendant pour aller aux toilettes, rajuste ses vêtements et s'essuie a besoin d'aide, mais peut se débrouiller en partie seul dépendant
TRANSFERT (DU LIT A LA CHAISE ET RETOUR)	15 10 5 0	indépendant, même pour l'utilisation d'une éventuelle chaise roulante légère supervision (verbale) aide physique (1 à 2 personnes), peut rester assis dépendant, pas d'équilibre en position assise
MARCHE/UTILISATION DE LA CHAISE ROULANTE SUR SURFACES PLANES	15 10 5 0	indépendant sur une distance de 50 m (peut utiliser une canne) indépendant en chaise roulante sur 50 m, y compris dans les espaces confinés légère supervision sur une distance de 50 m (1 personne) immobile ou < 50 m
ESCALIERS	10 5 0	indépendant aide nécessaire (verbale, assistance physique, utilise une aide) dépendant
TOTAL (0-100):		

MMSE: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (selon la version originale)

Le MMSE est le test d'évaluation cognitive le plus répandu. Ce test a été traduit dans de nombreuses langues. Différentes versions ont été proposées suites à des adaptations successives (validées ou non).

Initialement, le MMSE était destiné à différencier les maladies cérébrales organiques des maladies fonctionnelles. L'adjectif "MINI" indiquait qu'en aucun cas les dimensions affectives ou psychotiques n'étaient appréhendées. L'objectif initial était de quantifier l'atteinte cognitive et d'en préciser les caractéristiques. La finalité initiale du test n'était pas diagnostique. Le MMSE était un instrument destiné à sensibiliser les psychiatres en formation à l'évaluation cognitive.

La validité et la fiabilité initiales ont été déterminées sur un échantillon de 206 patients psychiatriques. Le pouvoir discriminant du test entre les groupes de patients atteints de démence, de dépression et de dépression avec troubles cognitifs était correct.

La valeur maximale lors de la passation du test est de 30 points. Selon les fonctions, un score pondéré est fixé :

Orientation dans le temps et l'espace	10 points
Enregistrement des 3 mots	3 points
Attention et calcul mental	5 points
Mémoire de rappel des 3 mots	3 points
Langage	8 points
Praxie visuo-constructive	1 point

Nous proposons deux versions du MMSE. La première est une traduction de la version originale.

La seconde appelé MMSE standardisé (SMMSE: Standardized Mini Mental State Examination) a été développé afin de réduire les discordances inter-observateurs et fixe avec davantage de rigueur les conditions de passation et de cotation du test.

Quelques remarques concernant la traduction

· Concernant l'épreuve d'enregistrement et de rappel des 3 mots, la version originale ne spécifie pas la nature des trois mots. On s'accorde pour proposer trois mots courts appartenant à des champs sémantiques éloignés (ex. Citron, clé, ballon) .

· Il y a également une discussion concernant l'épreuve de calcul arithmétique (Soustraire le chiffre 7 du nombre 100 et ainsi quatre fois de suite jusqu'à 65) ou l'exercice qui consiste à épeler un mot en sens inverse. Dans la version originale, on propose en premier l'épreuve de calcul et on a recours à l'épellation inverse uniquement lorsque le patient ne peut ou ne veut réaliser l'épreuve. On peut proposer le mot « monde » ou « rouge ».

· Dans de nombreuses traductions se pose un problème linguistique de traduction de la phrase "No ifs, ands or buts". En anglais, le proverbe indique qu' "aucune échappatoire n'est permise". Dans différentes langues, la traduction est littérale et dénuée de toute implication proverbiale. En français, " pas de si, ni de mais " reste exclusivement une traduction littérale donc partielle. La répétition de la phrase fait appel à la mémoire immédiate.

· Dans l'épreuve du dessin, on demande de copier une figure constituée de deux pentagones équilatéraux qui se recoupent mutuellement et dont l'intersection est une figure quadrangulaire. Cette figure doit être préférée aux autres figures présentant des pentagones non équilatéraux. L'épreuve est réussie dès lors que les dix angles sont présents et deux d'entre eux se superposent. Les tremblements et les rotations dans la figure ne sont pas pénalisés.

MMSE: Version originale

ORIENTATION	SCORE
<p>Pouvez-vous me dire ?</p> <p>En quelle année sommes-nous aujourd'hui ?</p> <p>En quelle saison sommes-nous ?</p> <p>Quelle est la date aujourd'hui ?</p> <p>En quel mois sommes-nous ?</p> <p>Quel est le jour de la semaine aujourd'hui ?</p> <p><i>(un point pour chaque réponse correcte)</i></p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>... 5</p>
<p>Pouvez-vous me dire où vous vous trouvez maintenant ?</p> <p>Dans quel pays ?</p> <p>Dans quelle province ?</p> <p>Dans quelle ville ?</p> <p>Dans quel hôpital ? (rue)</p> <p>A quel étage sommes-nous ?</p> <p><i>(un point pour chaque réponse correcte)</i></p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>... 5</p>
<p>ENREGISTREMENT</p> <p>Citez trois mots non apparentés (1 seconde par mot). Demandez au patient de répéter les trois mots. La première tentative détermine le score. Accordez un point pour chaque réponse correcte. Répétez les 3 mots jusqu'à ce que le patient puisse les répéter. Six tentatives sont permises au total. Si le patient n'arrive pas encore à répéter les 3 mots après 6 tentatives, la mémoire ne peut être testée. Nombre de tentatives:..... <i>(un point pour chaque réponse correcte)</i></p>	<p>() 3</p>
<p>ATTENTION ET CALCUL</p> <p>Soustraire 7 de 100, puis à nouveau 7 du résultat, et ainsi de suite. Arrêtez après 5 réponses et donnez un point par réponse correcte.</p> <p>Une alternative, si le patient refuse ou ne peut calculer, est de faire épeler le mot "MONDE" - ou « ROUGE » à l'envers et accordez un <i>point par réponse correcte.</i></p>	<p>() 5</p>
<p>MEMOIRE</p> <p>Demandez de répéter les trois mots qui viennent juste d'être cités. <i>Accordez un point par réponse correcte.</i></p>	<p>() 3</p>
<p>LANGAGE</p> <p>Montrez un crayon et une montre et demandez au patient de les nommer <i>(2 points)</i>.</p> <p>Faites répéter la phrase suivante: "Pas de si, ni de mais" <i>(un point si la phrase complète est correcte)</i></p> <p>Faites exécuter une tâche en trois temps: "Voulez-vous prendre cette feuille de papier avec la main droite, la plier en deux et la poser sur le sol" <i>(un point pour chaque séquence correcte);</i></p> <p>Lisez et effectuez l'instruction écrite "Fermez les yeux" <i>(1 point)</i></p> <p>Ecrivez une phrase? <i>(1 point)</i></p> <p>Faites-lui copier une figure <i>(1 point)</i></p>	<p>() 2</p> <p>() 1</p> <p>() 3</p> <p>() 1</p> <p>() 1</p> <p>() 1</p>
<p>SCORE TOTAL</p>	<p>..... 30</p>

SMMSE: Standardized Mini Mental State Examination (selon Molloy)

	Score maximum
1. Accordez 10 secondes maximum de délai pour chaque réponse	
a) En quelle année sommes-nous ? (l'année exacte est requise)	1
b) En quelle saison sommes-nous? (lorsque le test est réalisé lors de la semaine qui suit, ou précède le changement de saison, la confusion entre les deux saisons est tolérée)	1
c) En quel mois sommes-nous? (lorsque le test est réalisé le premier ou dernier jour du mois la confusion sur le mois qui précède ou qui suit est acceptable)	1
d) Quelle est la date d'aujourd'hui?(une erreur d'un jour est acceptable)	1
e) Quel jour de la semaine sommes-nous?(une réponse précise est requise)	1
 (5)
1. ORIENTATION DANS L'ESPACE (accordez 10 secondes pour chaque réponse) Pour les questions a - e, une réponse précise à la question est requise	
a) Dans quel pays sommes-nous?	1
b) Dans quelle province sommes-nous?	1
c) Dans quelle ville/commune sommes-nous?	1
d) <i>A l'hôpital:</i> Quel est le nom de cet hôpital? <i>A la maison:</i> Quelle est l'adresse précise de cette maison?	1
e) <i>A l'hôpital:</i> A quel étage nous trouvons-nous maintenant? <i>A la maison:</i> Dans quelle pièce de la maison sommes-nous?	1
 (5)
2. Je vais vous citer trois mots que vous devrez répéter immédiatement. Retenez-les bien parce que je vous les redemanderai dans quelques minutes (citer les mots avec, à chaque fois un intervalle d'une seconde entre les mots)	
LIVRE MOULIN PLANTE	
(Alternatives à utiliser pour une nouvelle évaluation) POMME TABLE FRANC CHAISE TULIPE CANARD	
Pouvez-vous répéter les mots que je vous ai cités? (1 point pour chaque mot répété correctement dès la première tentative)	
	... (3)
Le délai de réponse est de 20 secondes. Si les trois mots n'ont pu être cités, la série des trois mots est répétée. Notez le nombre de tentatives nécessaires pour faire répéter les trois mots.	
3. Demander d'épeler les lettres du mot "MONDE" (on peut assister le patient dans la dénomination des lettres). Demander de citer les lettres du mot « MONDE » en commençant par la dernière lettre pour terminer par la première lettre du mot. Le délai de réponse est de 30 secondes. Accordez 1 point à chaque lettre correcte. Si le patient ne peut exprimer la séquence des lettres du mot « MONDE », même avec assistance, le score est de 0.	
	... (5)
4. Demandez de répéter les 3 mots préalablement cités. Accordez un point par réponse correcte Le délai de réponse est de 10 secondes.	
	... (3)
5. Montrez une montre au patient. Demandez lui de dénommer l'objet (Accordez 1 point pour montre ou horloge - "sonnerie" ou "temps" ne sont pas acceptés comme réponse). Le délai de réponse est de 10 secondes	
	... (1)
6. Montrez un crayon. Demandez de dénommer l'objet. (Accordez 1 point pour crayon - "plume" ou "stylo" ne sont pas acceptés comme réponse) Le délai de réponse est de 10 secondes	
	... (1)

<p>7. Faites répéter la phrase suivante: “Pas de si, ni de mais” (un point si la phrase complète est répétée)</p>	<p>... (1)</p>
<p>8. Donnez l’instruction suivante : « Faites ce qui est indiqué sur la feuille » “FERMEZ LES YEUX”</p> <p>Si nécessaire répétez l’instruction jusqu’à 3 fois Le délai d’exécution est de 10 secondes. Attribuez 1 point <u>uniquement</u> si le patient ferme les yeux. Le fait qu’il lise ou non à haute voix n’intervient pas dans l’évaluation.</p>	<p>... (1)</p>
<p>9. Demandez au patient s’il est gaucher ou droitier. L’exercice implique l’utilisation de la main non dominante. Donnez l’instruction suivante : “Voulez-vous prendre cette feuille de papier de la main droite/gauche, pliez-la en deux et posez-la sur le sol”.</p> <p>Il prend le papier de la bonne main: Il plie le papier en deux: Il pose le papier sur le sol:</p> <p>Le délai d’exécution est de 30 secondes. Accordez un point par instruction réalisée.</p>	<p>.... (1) (1) ... (1)</p>
<p>10. Donnez au patient un stylo et du papier et demandez-lui: “Pouvez-vous écrire une phrase » Le délai d’exécution est de 30 secondes. Accordez 1 point si la phrase contient un sujet et un complément d’objet direct. Les fautes d’orthographe ne pénalisent pas cette épreuve.</p>	<p>... (1)</p>
<p>11. Donnez au patient un crayon, une feuille de papier et une représentation de la figure ou deux pentagones se superposent. Demandez au patient : “Voulez-vous reproduire cette figure sur le papier” Plusieurs tentatives sont permises. Le délai maximal est de 1 minute. Accordez 1 point si la reproduction est correcte et respecte la superposition de deux pentagones.</p>	<p>... (1)</p>
<p>SCORE TOTAL</p>	<p>___ (30)</p>

CLOCK DRAWING TEST (Test de l'horloge)

Le test qui consiste à dessiner un cadran de montre est une tâche complexe qui mobilise le fonctionnement des aires corticales frontales et temporo-pariétales. Le test est perturbé lorsqu'il existe une apraxie constructive, mais aussi lorsqu'il existe des déficits spatio-temporaux. Il permet d'identifier des déficits cognitifs débutants, comme dans les formes peu évoluées de démence d'Alzheimer.

Cependant, le test de l'horloge ne permet pas d'affirmer un diagnostic de démence. Son intérêt réside dans le dépistage des patients pour lesquels une évaluation cognitive complémentaire peut être utile.

Instructions

Demandez au sujet de dessiner un cadran de montre, de placer à l'endroit correct les chiffres indiquant les heures. Lorsque c'est fait, demandez-lui de placer les aiguilles de la montre de telle sorte que soit indiqué 11 heures 10 ou 8 heures 20.

Score

Il existe plusieurs systèmes de cotation.

Globalement, la présence d'erreurs dans la présentation des chiffres indiquant les heures ou dans le positionnement des aiguilles, le caractère incomplet du dessin ou la tendance à rester dans une seule zone du dessin témoignent de troubles cognitifs ou visuo-spatiaux.

Score à 4 points

- 1 point: pour le tracé d'un cercle fermé
- 1 point: pour la mise en place correcte des chiffres indiquant les heures
- 1 point: pour la présence des 12 chiffres
- 1 point: pour la mise en place correcte des aiguilles

Interprétation

Des erreurs, telles qu'un cercle fortement déformé ou le positionnement de chiffres en dehors du cercle, sont hautement suggestives d'atteinte cognitive. Un faible score justifie une évaluation complémentaire.

Score à 10 points

Le score est basé sur l'analyse du cadran, de l'emplacement des chiffres correspondant aux différentes heures et du positionnement des aiguilles.

La réalisation du dessin du cadran et le positionnement des chiffres sont globalement corrects (Score de 10 à 6).

- 10 Les aiguilles sont placées sur l'heure et les minutes demandées
- 9 Légère erreur dans le positionnement des aiguilles
- 8 Nette erreur dans le positionnement de l'une des aiguilles
- 7 Les deux aiguilles sont manifestement mal placées
- 6 Non-respect de la consigne (par exemple, représentation numérique ou entourer les chiffres d'un cercle au lieu d'utiliser les aiguilles) ou incapacité de placer les aiguilles dans le cadran.

Le dessin du cadran et le positionnement des chiffres correspondant aux différentes heures sont incorrects (Scores 10 à 6)

- 5 Les chiffres sont inversés ou sont placés les uns à côté des autres dans une seule partie du cadran. Les aiguilles des heures sont placées dans le cadran.
- 4 Davantage de perturbation dans la séquence des chiffres avec perte de l'intégrité du cercle (les chiffres sont en dehors du cercle ou il manque des chiffres).
- 3 Les chiffres sont totalement en dehors du cadran, qui est très approximatif.
- 2 Seulement une vague référence à une horloge ou aux instructions données.
- 1 Pas de tentative de dessiner une horloge ou une tentative qui n'aboutit à aucun résultat.

ECHELLE DE DETERIORATION GLOBALE (GDS) (selon Reisberg)

L'Echelle de Détérioration Globale a été développée par Barry Reisberg afin de donner un aperçu général des stades du fonctionnement cognitif chez les patients présentant une démence dégénérative primaire. Le processus morbide est subdivisé en 7 stades. Les stades 1 à 4 sont les "stades de prédémence et de démence légère"; aux stades 5 à 7, le sujet ne peut plus vivre de manière autonome sans aide. Dans l'échelle GDS, chaque stade est chiffré, son contenu est décrit en détails mais également résumé.

L'observation comportementale du patient dément par les soignants leur permet de préciser le niveau d'évolution de la maladie selon l'échelle GDS.

Stade 1

Pas de déficit cognitif (adulte normal).
Pas de plaintes subjectives.
Pas de déficits évident lors d'un entretien.

Stade 2

Très léger déficit cognitif (trouble de mémoire ou sujet âgé normal).
Il existe des plaintes subjectives de problèmes mnésiques, tels que (a) l'oubli de l'endroit où on a déposé des objets familiers, (b) l'oubli de noms bien connus. Lors d'un entretien, on n'observe pas de troubles mnésiques objectifs et il n'y a pas d'interférence avec les activités professionnelles ou sociales quotidiennes. Le sujet s'inquiète cependant légèrement du problème.

Stade 3

Léger ralentissement cognitif (stade précoce de confusion ou démence d'Alzheimer débutante).
Les premiers déficits deviennent manifestes dans au moins l'un des domaines suivants:

- (a) Désorientation avec difficulté à trouver son chemin dans un environnement moins bien connu.
- (b) Les collègues de travail s'aperçoivent d'une baisse de l'efficacité professionnelle.
- (c) Des problèmes commencent à se manifester pour trouver les mots, les noms. Les proches ont remarqué les difficultés.
- (d) Le sujet peut lire un texte mais n'en retient que peu de choses.
- (e) Le patient commence à éprouver une difficulté à se rappeler les noms de personnes qui lui sont présentées pour la première fois.
- (f) Le patient peu perdre ou placer des objets de valeur à des endroits inopportuns.
- (g) Les difficultés de concentration sont évidentes à l'examen clinique.

Stade 4

Déficit cognitif modéré mis en évidence à l'interrogatoire orienté (stade de confusion ou démence d'Alzheimer légère).

Lors d'un entretien, il existe un déficit manifeste dans les domaines suivants:

- (a) Méconnaissance d'événements récents ou en cours d'actualité.
- (b) Lacunes dans l'énumération des antécédents personnels.
- (c) Troubles de la concentration lors de calculs répétitifs simples;
- (d) Difficultés pour voyager de manière autonome, gérer les affaires financières...

En général, il n'y a pas de troubles au niveau de :

- (a) l'orientation dans le temps et l'espace
- (b) la reconnaissance des membres de la famille et des connaissances personnelles
- (c) la possibilité de voyager vers des destinations bien connues.

Incapacité à réaliser des tâches complexes. La négation des troubles ou leur non-conscience sont fréquemment rencontrées. Eoussement de l'activité et évitement des situations de concurrence.

Stade 5

Régression cognitive modérément sévère (stade débutant de la démence ou démence d'Alzheimer modérée).

Le patient ne peut s'assumer seul.

Lors de l'entretien, il ne peut se souvenir d'événements importants tels que :

- (a) Son adresse ou numéro de téléphone
- (b) Le nom de ses proches (ex. petits-enfants)
- (c) Le nom de l'école qu'il a fréquentée

La désorientation temporo-spatiale est fréquente. Une personne ayant reçu une bonne formation scolaire éprouve des difficultés à réaliser des soustractions répétitives simples (soustraire à plusieurs reprises le chiffre 4 du nombre 40 ou le chiffre 2 à partir de 20).

A ce stade, les personnes gardent la notion des faits majeurs qui les intéressent ou intéressent les autres. Elles se souviennent du nom de leur conjoint, de celui de leurs enfants et de leur propre nom. Elles n'ont pas besoin d'aide pour se laver ou manger, mais peuvent avoir des difficultés à s'habiller correctement.

Stade 6

Régression cognitive sévère (démence d'Alzheimer moyennement grave).

Le patient oublie régulièrement le nom du conjoint dont il dépend totalement. Il n'est pas conscient des événements récents. La connaissance des événements de sa vie est fragmentaire. Il ne se situe pas dans l'année, la saison, etc. Il éprouve des difficultés à décompter à partir de 10, parfois même à compter de 1 à 10. Il a besoin d'assistance dans les AVQ:

- a) il devient parfois incontinent et
- (b) a besoin d'aide pour se déplacer en dehors de son domicile. Parfois il peut se rendre dans des lieux familiers.
- (c) Le rythme nyctéméral est très perturbé. Le patient réagit à l'appel de son nom. Il distingue ses proches des étrangers.

Des troubles de la personnalité et de l'humeur peuvent se produire en alternance avec:

- (a) des idées délirantes et des hallucinations (délire de culpabilité, le sujet parle parfois à des personnes imaginaires ou à son propre reflet dans le miroir)
- (b) des symptômes obsessionnels tels que le fait de nettoyer des objets de manière répétée
- (c) des troubles anxieux, de l'agitation et même un comportement agressif chez des personnes auparavant calmes
- (d) de l'indécision, une perte de la capacité d'aller droit au but, parce qu'une pensée ne peut être poursuivie suffisamment longtemps pour mener une tâche à bonne fin (aboulie cognitive)

Stade 7

Régression cognitive très sévère (stade terminal de la démence d'Alzheimer).

Toutes les possibilités verbales sont perdues. En général, il n'y a plus de langage, seulement des grognements.

Il existe une incontinence urinaire et le sujet a besoin d'aide pour aller aux toilettes et s'alimenter.

Les activités psychomotrices de base ne sont plus possibles (marcher, rester assis et contrôler les mouvements de la tête). Le cerveau semble ne plus contrôler le corps.

L'atteinte corticale est globale, des signes neurologiques sont présents.

ECHELLE GERIATRIQUE DE LA DEPRESSION (selon Yesavage)

L'Echelle de dépression - Geriatric Depression Scale (GDS-30) a été constituée autour de 100 questions susceptibles d'évoquer des affects dépressifs. Seules les 30 questions les plus pertinentes ont été retenues. L'outil est un autoquestionnaire de 30 questions auxquelles le patient doit répondre par Oui ou par Non. Lorsque la réponse évoque un signe de dépression, un score de 1 est attribué. La sensibilité de la GDS-30 est de 84% et sa spécificité de 95% pour un score seuil de 11. Pour une valeur seuil de 14, la spécificité est de 100%, mais la sensibilité tombe à 80%.

Les versions plus courtes présentent une bonne corrélation avec l'échelle GDS-30, mais au prix d'une perte de spécificité et d'une moindre sensibilité. C'est ainsi que pour la version à quatre questions (GDS-4), on obtient, pour une valeur seuil de 1, une sensibilité de 93%, alors que pour une valeur seuil de 2, la spécificité est de 88%. Ce test abrégé reste utile comme instrument de dépistage.

	OUI	NON
1. Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	0	1
2. Avez-vous abandonné beaucoup de vos activités et centres d'intérêts?	1	0
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	1	0
4. Est-ce que vous vous ennuyez souvent?	1	0
5. Etes-vous habituellement de bonne humeur ?	0	1
6. Etes-vous assailli(e) de pensées que vous ne pouvez vous ôter de la tête?	1	0
7. Etes-vous habituellement de bonne humeur?	0	1
8. Redoutez-vous que quelque chose vous arrive?	1	0
9. Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps?	0	1
10. Eprenevez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	1	0
11. Vous sentez-vous souvent agité(e), impatient(e)?	1	0
12. Préférez-vous rester chez vous plutôt que de sortir et de faire de nouvelles choses?	1	0
13. Vous inquiétez-vous souvent de l'avenir?	1	0
14. Considérez-vous que vous avez plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?	1	0
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux d'être en vie à notre époque ?	0	1
16. Vous sentez-vous souvent triste, abattu(e)?	1	0
17. Estimez-vous que vous n'avez aucune utilité ?	1	0
18. Vous faites-vous souvent du souci concernant des événements passés?	1	0
19. Estimez-vous que la vie actuelle est passionnante?	0	1
20. Avez-vous des difficultés à commencer de nouveaux projets ?	1	0
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	0	1
22. Pensez-vous que votre situation est désespérée ?	1	0
23. Pensez-vous que la majorité des gens vivent mieux que vous ?	1	0
24. Etes-vous contrarié(e) pour de petites choses?	1	0
25. Avez-vous souvent envie de pleurer?	1	0
26. Eprenevez-vous des difficultés à vous concentrer?	1	0
27. Aimez-vous vous lever le matin?	0	1
28. Préférez-vous éviter les occasions sociales?	1	0
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	0	1
30. Votre esprit est-il aussi clair qu'autrefois?	0	1
Score total		

Score total > of = 14: forte suspicion de dépression (sensibilité 80%, spécificité 100%)
 > 11 à 13: Dépression possible (sensibilité 84%; spécificité 95%)
 < 11: Absence de dépression

GDS-15

		OUI	NON
1	Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	0	1
2	Avez-vous abandonné beaucoup de vos activités et centres d'intérêts?	1	0
3	Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	1	0
4	Est-ce que vous vous ennuyez souvent?	1	0
5	Etes-vous habituellement de bonne humeur ?	0	1
6	Redoutez-vous que quelque chose vous arrive?	1	0
7	Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps ?	0	1
8	Eprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	1	0
9	Préférez-vous rester chez vous plutôt que de sortir et de faire de nouvelles choses ?	1	0
10	Considérez-vous que vous avez plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ?	1	0
11	Estimez-vous que la vie actuelle est passionnante?	0	1
12	Vous sentez-vous actuellement sans valeur ?	1	0
13	Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	0	1
14	Pensez-vous que votre situation est désespérée ?	1	0
15	Pensez-vous que la majorité des gens vivent mieux que vous ?	1	0
Score total			

Le score "1" traduit l'item "dépressif" positif.

Un score total de 5 correspond à un score de 11 à la GDS complète (dépression possible)

GDS-4

		OUI	NON
1.	Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie ?	0	1
2.	Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	1	0
3.	Redoutez vous que quelque chose de grave vous arrive ?	1	0
4.	Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps ?	0	1
Score total			

Le score "1" traduit l'affect dépressif.

Valeur seuil pour la dépression: 2

ECHELLE BREVE DE LA DEPRESSION

Cette échelle permet de dépister une dépression sévère chez des patients âgés. Les questions sont rédigées à la première personne pour en améliorer l'acceptabilité. Les questions posées se rapportent à la période couvrant la dernière semaine.

La sensibilité de l'échelle pour un score de 3 ou plus est de 83%, la spécificité de 77%.

Au cours de la dernière semaine:	1	0
Ai-je été d'humeur maussade et ai-je éprouvé un sentiment d'ennui?	oui	non
Me suis-je souvent senti agité et harcelé?	oui	non
Me suis-je habituellement senti d'humeur enjouée?	non	oui
Ai-je éprouvé davantage de problèmes de mémoire que la plupart des gens?	oui	non
Ai-je pu me concentrer correctement sur la lecture du journal?	non	oui
Ai-je autant que possible évité les contacts avec les autres?	oui	non
Me suis-je senti abattu et abandonné?	oui	non
Me suis-je senti globalement heureux?	oui	non
Ai-je souvent éprouvé un sentiment de désespoir?	oui	non
Ai-je éprouvé un sentiment d'infériorité et de gêne?	oui	non
Ai-je souvent pensé qu'il aurait mieux valu que je sois mort?	oui	non

Valeur seuil pour la dépression: 3

NUTRITION SCREENING INITIATIVE (adaptée selon White)

QUESTIONNAIRE D'AUTOEVALUATION NUTRITIONNELLE

Je souffre d'une maladie qui a modifié la quantité ou la composition de mes aliments	2
Je mange moins de 2 repas par jour	3
Je mange peu de fruits, de légumes et de produits laitiers	2
Je bois chaque jour 3 verres ou plus d'une boisson alcoolisée	2
J'ai des problèmes dentaires, ce qui fait que j'ai des difficultés à manger	2
Je n'ai pas toujours suffisamment d'argent pour faire les achats nécessaires	4
Je mange seul la plupart du temps	1
Je prends au moins 3 sortes de médicaments chaque jour	1
Involontairement, j'ai perdu 5 kg pendant les 6 derniers mois	2
Je ne suis pas toujours assez en forme pour faire les courses, cuisiner ou m'alimenter moi-même	2
Total	

Interprétation: 0-2 *Pas de risque accru*
3-5 *Risque modérément augmenté*
> 6 *Risque élevé*

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) (selon Guigoz & Vellas)

I. Données anthropométriques

1- IMC: poids (en kg) / taille (en m²)

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 < IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

2- Circonférence brachiale (au milieu du bras) (CB en cm)

- 0,0 = CB < 21
- 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
- 1,0 CB > 22

3- Circonférence du mollet (CM en cm)

- 0 = CM < 31
- 1 = CM ≥ 31

4- Perte récente de poids (3 derniers mois)

- 0 = perte de poids > 3 kg
- 1 = ne sait pas
- 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
- 3 = pas de perte de poids

II. Evaluation globale

5- Le patient vit-il de façon autonome à domicile ?

- 0 = non
- 1 = oui

6- Prend-il plus de 3 médicaments par jour ?

- 0 = oui
- 1 = non

7- Y a-t-il eu un stress psychologique ou une maladie aiguë au cours des 3 derniers mois ?

- 0 = oui
- 1 = non

8- Motricité

- 0 = autonome à l'intérieur du domicile
- 1 = du lit au fauteuil
- 2 = autonome en dehors du domicile

9- Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
- 1 = démence légère à modérée
- 2 = pas de problèmes psychologiques

10- Escarres ou ulcères cutanés

- 0 = oui
- 1 = non

III. Régime alimentaire

11- Nombre de repas par jour

- 0 = 1 repas
- 1 = 2 repas
- 2 = 3 repas

12- Consomme-t-il:

Au moins une fois par jour des produits laitiers ?

- oui
- non

Au moins deux fois par semaine des œufs ou des légumes ?

- oui
- non

Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?

- oui
- non

0 ou 1 fois oui = 0,0

2 fois oui = 0,5

3 fois oui = 1,0

- 13-** Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui
- 14-** Le patient a-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = anorexie sévère
 1 = anorexie modérée
 2 = pas d'anorexie
- 15-** Combien de tasses/verres de boisson consomme-t-il par jour ? (eau, jus de fruit, café, thé, lait, vin, bière...)?
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres
- 16-** Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec quelque difficulté
 2 = totalement autonome

IV. Evaluation subjective

- 17-** Le patient considère-t-il qu'il a un problème nutritionnel?
 0 = important problème de sous-alimentation
 1 = ne sait pas ou problème relativement modéré
 2 = pas de problème
- 18-** Comment le patient considère-t-il son état de santé par rapport aux personnes de son âge?
 0,0 = moins bon
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bon
 2,0 = meilleur

TOTAL (maximum 30 points)

Score: ≥ 24 points: bon état nutritionnel
 de 17 à 23,5 points: risque de malnutrition
 < 17 points: malnutrition

Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) (selon Tinetti)

Ce test consiste à évaluer l'équilibre (POMA-B, POMA-Balance) et la marche (POMA-M, POMA-Mobility).

A. POMA-B

La partie équilibre comporte 13 épreuves.

Le score est de :

- 0 pour une épreuve normale
- 1 lorsque l'épreuve est réalisée avec une stratégie d'adaptation.
- 2 lorsque l'exécution est anormale ou lorsque la tâche ne peut être exécutée

Au terme des épreuves, un score de 0 signe un équilibre conservé. Toute autre valeur signe une anomalie.

Une première version a été développée pour les patients institutionnalisés (items 1 à 7 et 13). Cette version a été complétée de 5 épreuves pour les personnes vivant à domicile (items 8 à 12).

Le score maximum est dès lors de 16 pour les patients hospitalisés et de 26 pour les sujets âgés vivant à domicile.

B. POMA-M

La partie du test de marche et d'équilibre repose sur l'observation de la marche au travers de diverses épreuves. L'examen est réalisé dans un couloir ou un local sans obstacle. L'examineur demande au patient de parcourir le couloir à son rythme normal, le patient pouvant utiliser ses aides habituelles. La marche est systématiquement évaluée par item. Selon les épreuves l'examineur marche derrière le patient ou à côté du patient. On accorde un score de 0 pour un exercice normalement exécuté et un score de 1 pour une exécution anormale ou lorsqu'il apparaît un comportement de compensation. La procédure de cotation est décrite en détail.

POMA-B

Test d'équilibre	Normal 0	Adaptation 1	Anormal 2
1 Equilibre en position assise	Stable	Doit s'accouder pour rester assis bien droit	S'affale, glisse
2 Se lever de la chaise	Se lève immédiatement d'un seul mouvement sans utiliser les bras	S'appuie sur les bras et/ bascule vers l'avant dans la chaise avant de se lever	Ne peut se lever sans aide ou se lève après plusieurs tentatives
3 Equilibre immédiat en position debout (dès les 5 premières secondes)	Sans aide	Stable avec aide	Instable ¹
4 Equilibre en position debout (mesuré après 5 secondes)	Stable les pieds joints et sans aucune aide	Stable mais les pieds sont écartés	Instable ¹
5 Equilibre les yeux fermés et les pieds joints	Stable les pieds joints et sans aucune aide	Stable, mais ne peut pas garder les pieds joints	Instable ¹
6 Equilibre lors d'un tour complet de 360°	Aisé, sans appui, mouvement rotatoire continu	Mouvement difficile (place chaque pied avec précaution sur le sol avant de déplacer l'autre pied)	Instable ¹
7 Pression sternale (le patient est debout les pieds joints, on exerce trois poussées successive sur le sternum)	Stable	Chancelle, déplace les pieds, mais reste debout	Tombe ou doit être retenu
8 Le patient est debout les pieds joints et on lui demande de tourner la tête à droite et à gauche et vers le haut	Tourne la tête de côté (rotation partielle) et regarde le plafond sans vaciller	Est limité dans le mouvement de rotation de la tête ou lors de l'élévation de regard, mais ne vacille pas	Instable ¹
9 Equilibre en appui unipodal	Reste en équilibre au moins 5 secondes sans appui		Impossible
10 Se pencher vers l'arrière (extension dorsale)	Se penche vers l'arrière sans appui	Inclinaison limitée ou appui nécessaire	Pas de tentative ou pas d'inclinaison vers l'arrière objectivée
11 Attraper un objet placer en hauteur (impose de se placer sur la pointe des pieds)	Peut prendre l'objet sans appui	Peut prendre l'objet avec l'aide d'un appui	Ne peut prendre l'objet
12 Se pencher vers l'avant (ramasser un objet placé sur le sol ex. un crayon)	Ramasse l'objet sur le sol sans déséquilibre	Peut se pencher, ramasser l'objet et se redresser, mais avec appui	Ne peut se pencher ou se redresser
13 S'asseoir	S'assied d'un seul mouvement aisé	Utilise les bras comme appui pour s'asseoir	Se laisse tomber sur la chaise

¹ Instable: cherche à agripper des objets qui se trouvent à proximité, s'appuyer, piétinement, oscillation prononcée du corps.

POMA-M

Composante de la marche	Normale 0	Anormale 1
1 Initiation de la marche	Déambulation immédiate, sans hésitation	Hésitation au démarrage, l'initialisation est laborieuse
2 Hauteur des pas (se placer aux côtés du patient, observer les pas séparément)	Le pied est soulevé du sol mais d'une hauteur inférieure à 5 cm	Le pied se décolle pas totalement du sol ou est soulevé d'une hauteur supérieure à 5 cm.
3 Longueur des pas correspond à la distance qui sépare le talon du pied en équilibre des orteils du pied en appui. Se placer à côté du patient, observer après quelques pas.	La longueur du pas est supérieure à la longueur du pied.	La longueur du pas est inférieure à la longueur du pied.
4 Symétrie des pas: (se placer aux côtés du patient)	La longueur des pas reste symétrique.	La longueur des pas varie ou le démarrage est toujours initialisé par le même pied.
5 Enchaînement des pas Les pas sont continus.	L'élévation du talon d'appui est déclenché lorsque le talon du pied en équilibre touche le sol.	Absence d'enchaînement, le pied reste en appui avant que l'autre ne s'élève ou la marche est discontinue, saccadée.
6 Trajectoire de marche. (observer le patient de l'arrière)	La trajectoire de marche est rectiligne.	Tendance à dévier vers un ou vers les deux côtés.
7 Stabilité du tronc (observer le patient de l'arrière)	Absence d'oscillation. Absence de flexion des genoux, du dos. Les bras restent le long du corps.	Oscillations du tronc, posture en flexion des genoux, du dos. Les bras sont écartés pour conserver l'équilibre.
8 Ecartement des pieds (observation de l'arrière)	Les chevilles sont rapprochées lors de la marche	Les pieds sont très écartés l'un de l'autre lors de la marche
9 Changement de direction	Pas d'hésitation, pas de discontinuité des pas lors du changement de direction.	Hésitation(s), arrêt(s) lors des changements de direction.

Test “GET-UP AND GO”

Test “GET-UP AND GO” (selon Mathias)

Le patient est assis dans un fauteuil stable à dossier droit. On lui demande de se lever, si possible sans s’appuyer sur les accoudoirs. Ensuite, on lui demande de marcher 3 mètres, de pivoter de 180°, de revenir vers le fauteuil et de s’y rasseoir. Le test est coté comme anormal si le patient est déséquilibré au cours du test.

Test “TIMED GET-UP AND GO” (selon Podsiadlo)

La procédure du test est identique mais on mesure le temps nécessaire pour le réaliser.

Normal:	< 10 secondes
Sujets âgés fragiles	11-20 secondes
Nécessite une évaluation complémentaire	> 20 secondes

REFERENCES

- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR (1975) "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189 – 98.
- Guigoz Y, Vellas BJ (1997) Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA). *Ther Umsch* 54: 345-50.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963) Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, *Journal of the American Medical Association* 185: 914-19.
- Koenig HG, Blumenthal J, Moore K (1995) New version of brief depression scale. *Journal of the American Geriatrics Society* 43: 1447.
- Lawton MP, Brody EM (1969) The Instrumental Activities of Daily Living Scale. *Gerontologist* 9: 179-186.
- Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH (1982) A research and service-oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology* 37: 91-99.
- Mahoney FI, Barthel D (1965) Functional evaluation: the Barthel Index, *Maryland State Medical Journal* 14: 56-61.
- Mathias S, Nayak USL, Isaacs B (1986) Balance in the elderly patient: The "Get-up and Go" test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 67: 387-389.
- Molloy DW, Alemayehu E, Roberts R (1991) Reliability of a standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *American Journal of Psychiatry* 148: 102-105.
- Podsiadlo D and Richardson S (1991) The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 39: 142-148.
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T (1982) The global deterioration scale for the assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 139: 1136-39.
- Shiekh J, Yesavage JA (1986) Geriatric depression Scale: recent findings and development of a short version. In Brink TL, ed, "Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention" New York: Howarth Press.
- Shulman KI, Shedlesky R, Silver IL (1986) The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1: 135-40.
- Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, Grafman JH, (1989) Clock drawing in Alzheimer's Disease, *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 725-729.
- Tinetti ME (1986) Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 34: 119-126.
- White JV, Dwyer JT, Posner BM, Ham RJ, Lipschitz DA, Wellman NS (1992) Nutrition screening initiative: development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. *J Am Diet Assoc* 92:163-7.
- Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS, and Breuer J (1989) Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 730-734.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17: 37 – 79.