

Dossier d'évaluation

Programme ICOPE : Soins Intégrés pour les personnes âgées

Date du bilan : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Primo-évaluation

Visite de suivi

Nom et prénom de l'évaluateur :

Action :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

N° téléphone :

Adresse :

Accès internet : Oui Non

Mail :

D'accord pour recevoir des informations sur des programmes de prévention et de recherche du Gérontopôle y compris le « Bulletin d'information pour les patients et leurs familles » ? Oui Non

IDENTIFICATION DU MEDECIN Traitant

Nom du médecin traitant :

N° téléphone :

Adresse :

Médimail : oui non

La personne a-t-elle informée son médecin traitant de sa participation à l'action de repérage : Oui Non

Nom du pharmacien / ville :

Nom de l'IDE libéral / ville :

Fréquence des visites chez le médecin traitant :

< 3 mois Entre 3 et 12 mois > 12 mois Absence de médecin traitant

MODE DE REPERAGE DU PATIENT

Médecin généraliste Médecin spécialiste Mairie Mutuelle-assurance
 Pharmacien Infirmier Autre professionnel Station thermale
 Alerte BDF Patient ou sa famille Recherche Convocation à 1 an
 Autre

LIEU D'ÉVALUATION

CCAS/Commune Domicile Cabinet de médecin généraliste Autre

EVALUATEUR

Infirmière d'évaluation gérontologique Interne Infirmière libérale (protocole de coopération)
 Gériatre Généraliste Equipe pluridisciplinaire Autre

DONNEES MEDICALES

ANTECEDENTS / COMORBIDITES	TRAITEMENTS		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">NOM</th> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">POSOLOGIE</th> </tr> </table>	NOM	POSOLOGIE
NOM	POSOLOGIE		

Nombre de comorbidités: |__|__|

Nombre de médicaments (traitement de fond): |__|__|

Êtes vous à jour de vos vaccins :

- antigrippal : oui non ne sait pas
- anti-zosterien (zona) : oui non ne sait pas
- anti-pneumococque: oui non ne sait pas
- anti-tétanique : oui non ne sait pas

Taille (en m) : |__|, |__|__|

Poids actuel (en Kg) : |__|__|__|, |__|

IMC : |__|__|, |__|

Poids il y a 3 mois (en Kg) : |__|__|__|, |__|

Dans les 6 derniers mois, Poids stable Perte de poids>5% Perte de poids>10% Prise de poids

Cancer en cours de traitement : Oui Non

DONNEES SOCIOLOGIQUES

Niveau d'étude : Pas de scolarité Ecole communale ou primaire
 Certificat d'étude primaire (avant la sixième) Brevet élémentaire, CAP, BEP
 Baccalauréat Baccalauréat + X ans

Statut marital : veuf (ve) marié(e) célibataire divorcé(e)

Nombres d'enfants, lieux de vie :

Mode de vie : Seul(e) Avec conjoint Avec famille Autres, précisez :

Aides à domicile et formelle existantes :
 Aucune IDE Aide-ménagère Kinésithérapeute
 Portage de repas Téléalarme Autres, précisez :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour le patient : Oui Non

Mesure de protection juridique : Oui Non
Si oui, Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Autres

SOMMEIL

Avez-vous des troubles du sommeil ?

Souvent Parfois Rarement Jamais Je ne sais pas

Si oui,

Combien de temps dormez-vous en moyenne par nuit ? |__|__|, |__| heures

Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non Je ne sais pas

Temps moyen nécessaire pour vous endormir ? |__|__| minutes Je ne sais pas

Vous réveillez-vous trop tôt le matin ? Oui Non Je ne sais pas

Nombre de réveils nocturnes ? |__| Je ne sais pas

Vous sentez-vous souvent fatigué au réveil ?

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous tendance à somnoler dans la journée ?

Oui Non Je ne sais pas

Etes-vous ronfleur ?

Oui Non Je ne sais pas

Votre compagnon ou compagne a-t-il/-elle remarqué que vous vous arrêtez fréquemment de respirer la nuit ? Oui Non Je ne sais pas

EVALUATION DE L'INCONTINENCE URINAIRE

Avez-vous des fuites urinaires ? Oui Non

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

QUALITE DE VIE - EUROQOL EQ-5D-5L

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITÉ

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pieds ₁
J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied ₂
J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied ₃
J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied ₄
Je suis incapable de me déplacer à pied ₅

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ₁
Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ₂
J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ₃
J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ₄
Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) ₅

ACTIVITÉS COURANTES (*p. ex., travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes ₁
J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes ₂
J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes ₃
J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes ₄
Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes ₅

DOULEURS / GÊNE

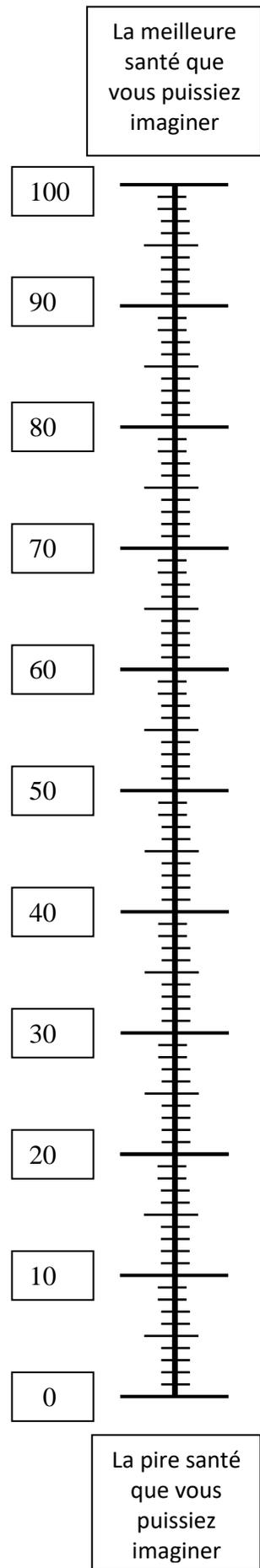
- Je n'ai ni douleur ni gêne ₁
J'ai des douleurs ou une gêne légère(s) ₂
J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) ₃
J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s) ₄
J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) ₅

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) ₁
Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ₂
Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) ₃
Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ₄
Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) ₅

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD’HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l’échelle afin d’indiquer votre état de santé AUJOURD’HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l’échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD’HUI =



CAPACITE SENSORIELLE

VISION

STEP 2

Résultat du step 1, capacités visuelles ? Normales Anormales

- Examen clinique :

- Rougeurs
- Douleur persistante
- Intolérance au soleil

- Causes ou pathologies associées :

- Trouble de la réfraction connu (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)
- Lunettes non adaptées
- Lésion oculaire récente
- Cataracte
- DMLA connue ou faire la grille d'AMSLER
- Rétinopathie diabétique connue
- Glaucome connu
- Traitements à risque : antihypertenseur – antidiabétique – corticoïde
- Autre :

Rendez-vous récent (dans l'année) chez l'ophtalmologue : Oui Non

Test de l'acuité visuelle de l'OMS :

Vision de loin : normale anormale
Vision de près : normale anormale



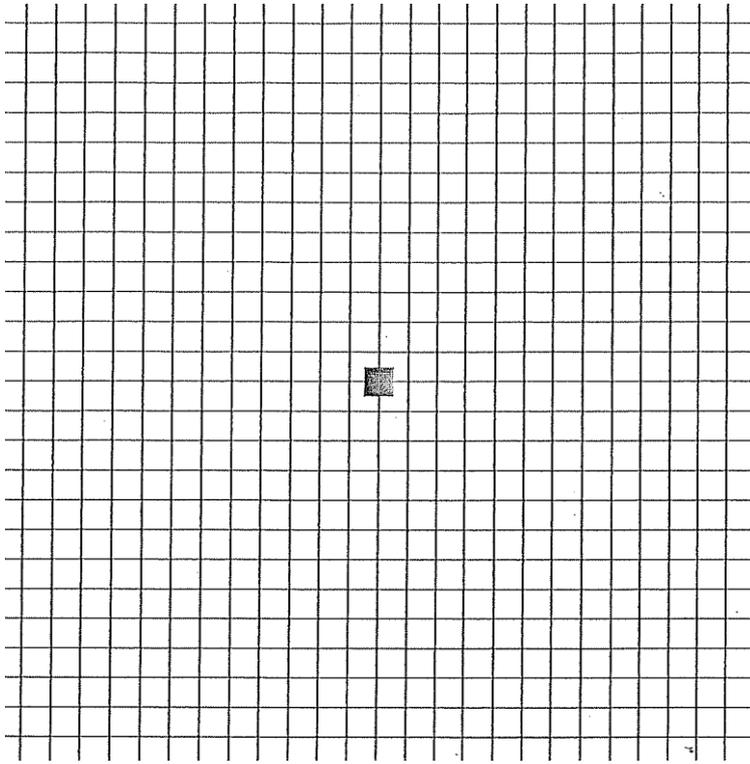
Commentaires :

.....
.....
.....
.....

Grille d'Amsler

Anomalies oui non
Si oui, précisez lesquelles :

.....
.....
.....
.....



CAPACITE SENSORIELLE

VISION

STEP 3

- Orientation vers une consultation ophtalmologique
- Conseils généraux en soins et hygiène oculaires
- Conseils pour la vie quotidienne en cas de mauvaise vision
- Orientation vers un orthoptiste ou spécialiste basse vision
- Proposition d'un aménagement du domicile pour éviter les chutes et dangers
- Autre :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....



**Signes d'alertes =
consultation ophtalmo en
urgence**

- Baisse rapide de la vue
- Cécité monoculaire
- Amputation du champ visuel

CAPACITE SENSORIELLE

AUDITION

STEP 2

Résultat du step 1, capacités auditives ? Normales Anormales

- Examen clinique :

- Douleur
- Suppuration
- Vertiges
- Surdité unilatérale

- Causes ou pathologies associées :

Pathologies ORL :

- Suppurations chroniques
- Neurinome
- Appareils auditifs non adaptés

Facteurs de risque :

- Hypertension
- Traumatismes sonores
- Médicaments oto-toxiques (anti-inflammatoires, chimiothérapie, diurétiques, antibiotiques, interferon, topiques locaux ORL...)
- Autre :

Rendez-vous récent (dans l'année) chez l'ORL : Oui Non

Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening version (HHIE-S)

	(0) Non	(2) Parfois	(4) Oui
1- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous vous sentez embarrassé quand vous rencontrez de nouvelles personnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous vous sentez frustr� quand vous parlez aux membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Avez-vous des difficultés d'écoute quand quelqu'un vous parle en chuchotant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Vous sentez-vous handicapé(e) par un problème auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous êtes embarrassé quand vous rendez visite à des amis, à votre famille ou à des voisins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous assistez aux services religieux moins souvent que vous le voudriez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous avez des disputes avec des membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Est-ce qu'un problème auditif fait que vous avez des difficultés à écouter la télé ou la radio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Ressentez-vous qu'une difficulté quelconque avec votre audition limite ou entrave votre vie personnelle ou sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Est-ce qu'un problème auditif vous cause des difficultés quand vous êtes au restaurant avec de la famille ou des amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCORE TOTAL	... / 40		

0 – 8 : pas de difficultés auditives, 10 – 24 : difficultés modérées, 26 – 40 : difficultés significatives

CAPACITE SENSORIELLE

AUDITION

STEP 3

- Orientation vers une consultation ORL
- Conseils généraux en soins et hygiène des oreilles
- Orientation vers un centre audioprothésiste
- Recommandations sociales spécifiques (rompre l'isolement, soutien psychologique...)
- Proposition d'aides techniques : téléphone, sonnettes...
- Formation – information de l'entourage aux stratégies de communication
- Autre :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....



Signes d'alertes urgents

Surdité unilatérale + Vertiges

COGNITION

STEP 2

Résultat du step 1, capacité cognitive ? normale anormale

- Causes ou pathologies associées :

- Maladies cardiovasculaires
- HTA
- Facteurs de risque vasculaires
- Confusion (échelle CAM si besoin)
- Iatrogénie médicamenteuse
- Anesthésie générale et chirurgie lourde récentes
- Dépression connue
- Symptôme dépressif probable (faire le PHQ-9, cf psychologie-thymie)
- Déshydratation ou dénutrition sévères (voir perte de poids MNA dans nutrition)
- Autonomie fonctionnelle altérée (voir ADL, IADL dans mobilité)
- Autre :

Antécédents familiaux de Maladie d'Alzheimer : Oui Non

Vous plaignez-vous de la mémoire ? : Oui Non

Si oui, depuis quand ? < 2ans 2-5ans >5ans

Si oui, avez-vous réduit vos activités à cause de ce trouble de la mémoire ? Oui Non

Si oui, en avez-vous parlé à votre médecin traitant ? Oui Non

Votre entourage se plaint-il de votre mémoire ? : Oui Non

Si oui, depuis quand ? < 2ans 2-5ans >5ans

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

☞ Cocher la case appropriée, correcte ou incorrecte, pour chacun des 30 items et reporter la réponse du sujet dans les espaces prévus.

Orientation

Dire au sujet : « Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. »

Quelle est la date complète d'aujourd'hui _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

Correct Incorrect

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | En quelle année sommes-nous ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | En quelle saison ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | En quel mois ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | Quel jour du mois ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | Quel jour de la semaine ? _____ |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. | Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. | Dans quelle ville se trouve-t-il ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. | Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?* _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. | Dans quelle province ou région est situé ce département ? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. | A quel étage sommes-nous ? _____ |

Apprentissage

Dire au sujet : « Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. »

<u>Correct</u>	<u>Incorrect</u>	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	11. Cigare
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	12. Fleur
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	13. Porte

Dire au sujet : « Répétez les 3 mots ».

Attention

<u>Correct</u>	<u>Incorrect</u>		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	14.	93
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	15.	86
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	16.	79
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	17.	72
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	18.	65

Dire au sujet :

« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »*

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

« Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?* (EDNOM)

Le nombre de lettres données dans la bonne position ne doit pas figurer dans le score total.

Rappel

<u>Correct</u>	<u>Incorrect</u>	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	19. Cigare
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	20. Fleur
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	21. Porte

Dire au sujet :

« Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

Langage

<u>Correct</u>	<u>Incorrect</u>	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	22. Montrer un crayon au sujet et lui demander « Quel est le nom de cet objet ? »
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	23. Montrer votre montre au sujet et lui demander « Quel est le nom de cet objet ? ».
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	24. Dire : « Ecoutez bien et répétez après moi : PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET. » Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : »
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	25. « Prenez cette feuille de la main droite. »
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	26. « Pliez-la en deux. »
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	27. « Et jetez-la par terre. »*
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « Fermez les yeux » et dire au sujet : « Faites ce qui est écrit. »
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*

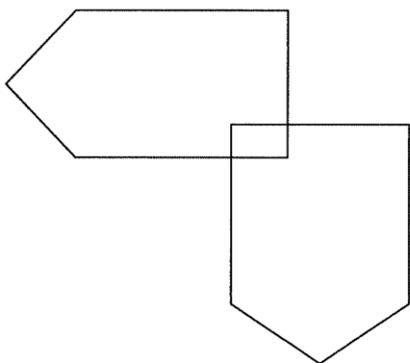
Praxies Constructives

<u>Correct</u>	<u>Incorrect</u>	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	30. Tendre au sujet la feuille de papier suivante et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin. »



(/30)

FERMEZ LES YEUX



Commentaires :

.....

.....

Echelle CAM en cas de doute sur une confusion

1 – début soudain et fluctuation des symptômes

- le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base ?
- ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité) ?

2 – Inattention

Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ?

- perd-il le fil du discours ?
- est-il facilement distrait ?

3 – Désorganisation de la pensée

Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé ?

- la suite d'idées est-elle illogique/imprévisible ?
- le patient passe-t-il du coq à l'âne ?

4 – Trouble de la vigilance

Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient ?

- normal, alerte
- vigile
- somnolent, léthargique
- stuporeux (difficile à réveiller)
- comateux

Critère présent si le patient n'est pas alerte

Le diagnostic de confusion requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

COGNITION

STEP 3

- Proposition d'aides à domicile
- Conseils d'hygiène de vie
- Proposition d'aide aux aidants
- Conseils/éducation des aidants pour maintenir l'autonomie et gérer les troubles à domicile
- Orientation vers une consultation spécialisée : Cardiologie, diabétologie, gériatrie
- Orientation vers une consultation mémoire
- Orientation vers un Hôpital de jour
- Proposition d'exercices de stimulation cognitive
- Orientation vers des ateliers multidomains
- Proposition de prise en charge de symptômes dépressifs : psychiatre / psychologue
- Proposition de prise en charge de troubles sensoriels
- Orientation vers MAIA
- Orientation vers ESA

- Autre :

Commentaires :

.....
.....
.....
.....



Signes d'alertes urgents

Situations complexes
Confusion

PSYCHOLOGIE / THYMIE

STEP 2

Résultat du step 1, thymie ? normale anormale

- Causes ou pathologies associées :

- Démence diagnostiquée ou probable (MMSE)
- Effets indésirables de médicaments
- Problème de santé aigu
- Dénutrition
- Anémie
- Hypothyroïdie mal équilibrée ou non traitée
- Douleur
- Altération d'un ou plusieurs autres domaines de la capacité intrinsèque
- Solitude / isolement social
- Evènement majeur récent
- Maladie bipolaire
- Autre :

PHQ-9				
Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1 - Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2 - Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3 - Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4 - Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5 - Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6 - Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7 - Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8 - Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9 - Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3
score total	...			

- Absence de dépression : 0-4 points
- Dépression légère : 5-9 points
- Dépression modérée : 10-14 points
- Dépression modérément sévère : 15-19 points
- Dépression sévère : 20-27 points

PSYCHOLOGIE / THYMIE

STEP 3

- Proposition d'aides à domicile
- Conseils et propositions pour renforcer le lien social
- Proposition d'aide aux aidants
- Conseils et propositions pour lutter contre la solitude
- Orientation vers une consultation spécialisée (si cause organique : anémie, dénutrition, hypothyroïdie.....)
- Bilan de médication
- Orientation vers une consultation psychologue
- Psychothérapie et alternatives méditation pleine conscience, sophrologie, yoga ...
- Orientation vers une consultation psychiatrique
- Autre :

Commentaires :

.....
.....
.....
.....



MOBILITE

STEP 2

Résultat du step 1, test de lever de chaise ? > 14 sec ≤ 14 sec impossible

Causes ou pathologies associées :

- Altération de l'autonomie fonctionnelle (ADL, IADL)
- Fragilité (critères de Fried)
- Sarcopénie (SARC-F)
- Douleur
- Troubles neurologiques et/ou orthopédiques
- Risque de chute ou chutes
- Polymédication / iatrogénie
- Altération d'une autre capacité
- Autre :

PEDICURE-PODOLOGIE

Rendez-vous récent (dans l'année) chez le pédicure-podologue : Oui Non
Troubles podologiques : Oui Non

Commentaires :

.....
.....
.....

ANTECEDENTS DE CHUTE ET PEUR DE TOMBER

Avez-vous peur de tomber ? Oui Non
Si oui, avez-vous réduit vos activités à cause de cette peur ? Oui Non

Avez-vous fait une ou plusieurs chutes dans les 3 derniers mois ? Oui Non

Utilisez-vous une aide à la marche ? Oui Non

EVALUATION DE LA DOULEUR

Douleur Au moment présent	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les huit derniers jours	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Extrêmement intense

Short physical performance battery (SPPB)			
vitesse de marche (test sur 4 m)	Temps (secondes) _ _ , _ _	non réalisable	0
		> 8.70 sec	1
		6.21 - 8.70 sec	2
		4.82 - 6.20 sec	3
		< 4.82 sec	4
Se lever 5 fois d'une chaise	Temps (secondes) _ _ , _ _	non réalisable	0
		≥ 16.70 sec	1
		13.70 - 16.69 sec	2
		11.20 - 13.69 sec	3
		≤ 11.19	4
Tests d'équilibre	Equilibre pieds joints non maintenu 10 secondes		0
	Equilibre pieds joints maintenus 10 secondes mais l'équilibre en semi tandem ne peut être maintenu 10 secondes		1
	Equilibre semi tandem maintenu 10 secondes mais incapacité à conserver l'équilibre en position tandem plus de 2 secondes		2
	Equilibre en position tandem maintenu de 3 à 9 secondes		3
	L'équilibre en position tandem est maintenu 10 secondes		4
score total		/12

10 à 12 Bonnes performances

7 à 9 Performances Moyennes

0 à 6 Performances faibles

STATION UNIPODALE

Capable de tenir 5 secondes sur 1 jambe ? Oui Non

Anormale si < 5 secondes

MOBILITE

STEP 2

EVALUATION DE LA FRAGILITE – CRITERES DE FRIED

5 CRITERES :

A. Perte de poids involontaire

« Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement (c'est-à-dire sans avoir suivi de régime ni fait du sport en vue de perdre du poids) ? »

1 oui 0 non

B. Epuisement subjectif

La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ?

« Tout ce que je faisais me demandait un effort. »

0 Rarement (< 1 jour)

0 Parfois (1-2 jours)

1 Souvent (3-4 jours)

1 La plupart du temps

La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ?

« Je ne pouvais pas aller de l'avant. »

0 Rarement (< 1 jour)

0 Parfois (1-2 jours)

1 Souvent (3-4 jours)

1 La plupart du temps

Epuisement subjectif si 3 ou 4 pendant 3 jours la semaine précédente

C. Force de la « poignée de main » mesurée à l'aide d'un dynamomètre

_____ kg

BMI/homme	Cutoff (kg)	BMI/femme	Cutoff (kg)
≤24	≤29	≤23	≤17
24–26	≤30	23–26	≤17.3
26–28	≤30	26–29	≤18
>28	≤32	>29	≤21

D. Reporter la vitesse de marche calculée sur une distance de 4 mètres (voir page 12)

_____ m/s Vitesse de marche ralentie si <0,8m/s

E. Activité physique

1 Aucune activité physique ;

1 Plutôt sédentaire (correspondant à quelques courtes promenades ou autres activités physiques très douces)

0 Exercice physique doux (promenades, danse, pêche ou chasse, courses sans voiture...) au moins 2 à 4 heures par semaine ;

0 Exercice d'intensité modérée (jogging, marche en montée, natation, jardinage, vélo...) pendant 1 à 2 heures par semaine, ou exercice doux (marche, danse, pêche ou chasse, courses sans voiture...) plus de 4 heures par semaine ;

0 Exercice d'intensité modérée pendant plus de 3 heures par semaine ;

0 Exercice physique intense plusieurs fois par semaine.

Sédentaire si 1

Nombre de critères :/5

0 critère : Non fragile

1 à 2 critères : Pré-fragile

3 critères et plus : Fragile

MOBILITE

STEP 2

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)

ECHELLE A.D.L.		Note
Toilette	Aucune aide	1
	Aide pour une seule partie du corps	0,5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Aucune aide	1
	Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair	0,5
	Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	0
Aller au W.C. (s'essuyer et se rhabiller)	Aucune aide humaine (peut utiliser canne, fauteuil roulant...)	1
	Besoin d'une aide	0,5
	Ne va pas au W.C.	0
Transfert/Locomotion	Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise, se déplacer (peut utiliser une aide technique de marche)	1
	Besoin d'aide	0,5
	Ne quitte pas le lit	0
Continence	Contrôle complet urine et selle	1
	Incontinence occasionnelle	0,5
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente	0
Alimentation	Aucune aide	1
	Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	0,5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
		SCORE TOTAL /6 < 5 Perte d'autonomie

MOBILITE

STEP 2

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

I – APTITUDE A UTILISER LE TELEPHONE

- ₁ Se sert normalement du téléphone
- ₁ Compose quelques numéros très connus
- ₁ Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément
- ₀ N'utilise pas du tout le téléphone spontanément
- ₀ Incapable d'utiliser le téléphone

II – LES COURSES

- ₁ Fait des courses normalement
- ₀ Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats 3 au moins)
- ₀ Doit être accompagné pour faire des courses
- ₀ Incapable de faire des courses

III – PREPARATION DES ALIMENTS

- Non applicable : n'a jamais préparé de repas
- ₁ Prévoit, prépare et sert normalement les repas
- ₀ Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis
- ₀ Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins inadéquate
- ₀ Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir

IV – ENTRETIEN MENAGER

- Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères
- ₁ Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle (*pour les travaux lourds*)
- ₁ Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que laver la vaisselle, faire les lits.
- ₁ Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal
- ₁ A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager
- ₀ Est incapable de participer à quelque tâche que ce soit

V – BLANCHISSERIE

- Non applicable: n'a jamais effectué de blanchisserie
- ₁ Effectue totalement sa blanchisserie personnelle
- ₁ Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.
- ₀ Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres

VI – MOYENS DE TRANSPORT

- ₁ Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture
- ₁ Organise ses déplacements en taxi, mais autrement, n'utilise aucun transport public
- ₁ Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné
- ₀ Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un

VII – RESPONSABILITE A L'EGARD DE SON TRAITEMENT

- ₁ Est responsable de la prise directe de ses médicaments (doses et rythmes corrects)
- ₀ Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance
- ₀ Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance, en doses séparées

VIII – APTITUDE A MANIPULER L'ARGENT

- Non applicable: n'a jamais manipulé l'argent
- ₁ Gère ses finances de façon autonome (budgets, opérations à la banque..) recueille et ordonne ses revenus
- ₁ Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants...
- ₀ Incapable de manipuler l'argent

SCORE TOTAL /8

< 4 Perte d'autonomie

MOBILITE

STEP 2

SARC-F		
Composante	question	score
Force	Avez-vous des difficultés pour lever et transporter 4.5 kg?	aucune = 0
		un peu = 1
		beaucoup ou incapable = 2
Troubles de la marche	Avez-vous des difficultés pour traverser une pièce ?	aucune = 0
		un peu = 1
		beaucoup ou incapable = 2
Lever d'une chaise	Avez-vous des difficultés pour vous lever d'une chaise ?	aucune = 0
		un peu = 1
		beaucoup, avec une aide ou incapable = 2
Montée des escaliers	Avez-vous des difficultés pour monter 10 marches ?	aucune = 0
		un peu = 1
		beaucoup, avec une aide ou incapable = 2
Chutes	Combien de fois êtes-vous tombé dans les 12 derniers mois?	Pas de chute = 0
		1 à 3 chutes = 1
		≥ 4 chutes = 2
Score total	

Un score supérieur à 4 doit faire suspecter une sarcopénie.

MOBILITE

STEP 3

SPPB \geq 10 :

- Proposition d'exercices multimodaux en autonomie (SPPB \geq 10)
- Guide pratique, flyers...

SPPB entre 7 et 9 :

- Proposition d'exercices multimodaux avec supervision
- Conseils nutritionnels (apports protidiques)

SPPB \leq 6 :

- Proposition d'exercices multimodaux sous surveillance étroite
- Augmentation des apports protidiques
- Orientation vers un kinésithérapeute

- Conseils, recommandations, éducation

- Orientation vers des ateliers

- Orientation vers une consultation spécialisée (rééducation, rhumatologie, cardiologie)

- Conseils d'adaptation de l'environnement

- Recommandation d'aides techniques de marche

- Conseils de sécurisation et aménagement de l'espace

- Orientation vers l'HDJ des fragilités

- Autre :

Commentaires :

.....
.....
.....
.....



Signes d'alertes urgents

Douleur thoracique, essoufflements, chutes
ou fractures récentes, antécédents
cardiologiques, maladie musculaire ou
articulaire

NUTRITION

STEP 2

Résultat du step 1, nutrition ? normale anormale

- Causes ou pathologies associées :

- Troubles du goût / de l'odorat
- Pathologies buccodentaires (OHAT)
- Maladie ou stress récent
- Dépression connue ou probable (PHQ-9)
- Perte de mobilité
- Fragilité (critères de Fried)
- Sarcopénie (SARC-F)
- Polymédication / iatrogénie
- Altération d'une autre capacité
- Isolement social ou difficultés socio-économiques
- Autre :

EVALUATION DENTAIRE

Rendez-vous récent (dans l'année) chez le dentiste : Oui Non

(OHAT page suivante)

NUTRITION

STEP 2

Oral Health Assessment Tool (OHAT)

	<i>Sain=0</i>	<i>Modification=1</i>	<i>Non sain=2</i>	<i>Total</i>
Lèvres	Lisse, rose, humide	Sèche, gercée, rougeur angulaire	Morsure, gonflée, ulcération ; saignement angulaire	
Langue	Normale, humide, rugueuse, rose	Irrégulière, fissurée, rouge, dépôts	Ulcérations, gonflée	
Gencives, Muqueuses	Lisse, rose, humide, aucun saignement	Sèche, brillante rugueuse, gonflée, blessure ou ulcère sous prothétique	Gonflée, saignement, ulcération, zones rouges ou blanches, érythème sous prothétique	
Salive	Tissus humide, flux correct	Peu de salive, collante, sensation de bouche sèche exprimée par le patient	Muqueuse parcheminée et rouges peu ou pas de salive, salive épaisse, sensation de bouche sèche exprimée par le patient	
Dents naturelles	Aucune carie, racine, dent cassée	1-3 caries, racines ou dents cassées dents usées, abrasées	+ de 4 caries, racines ou dents cassées. Dents usées, abrasées - de 4 dents présentes	
Prothèses	Prothèse adaptée, portée	Prothèse partiellement inadaptée, portée 1-2 heures par jour, prothèses perdues	Prothèse inadaptée, prothèse non portée, utilisation de colle	
Hygiène buccale	Propre, aucun dépôt, tartre sur les dents et les prothèses	Présence partielle de plaque, de dépôts, tartre sur les dents ou les prothèses, halitose	Présence de plaque, dépôts, tartre sur la totalité des dents ou des prothèses, halitose importante	
Douleur	Aucun signe de douleur	Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, dents cassées)+ signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	
				/16

Chaque item est noté 0, 1 ou 2. Un score de 0 marque l'absence de pathologie, 2 sa présence, un score de 1 signifie qu'il existe une modification remarquable du critère sans néanmoins être pathologique.

Si 0 < OHAT < 4, la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels.

Si 4 < OHAT < 8, la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire, il existe des points de fragilité.

Si 8 < OHAT < 10, la bouche est dans un état préoccupant, des soins doivent être envisagés l'avis spécialisé du chirurgien-dentiste doit être proposé.

Si OHAT >12, la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien-dentiste est nécessaire.

NUTRITION

STEP 2

EVALUATION DU STATUT NUTRITIONNEL (MNA)

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?

A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

- 0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie

B Perte récente de poids (<3 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

C Motricité

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

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?

- 0 = oui
2 = non

E Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)

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

Score de dépistage : / 14

12-14 points : statut nutritionnel normal

8-11 points : risque de malnutrition

0-7 points : malnutrition

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?

- 0 = non
1 = oui

H Prend plus de 3 médicaments

- 0 = oui
1 = non

I Escarres ou plaies cutanées?

0 = oui
1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour

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

K Consomme-t-il?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers?
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses?
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?

Oui

Non

0,0 = si 0 ou 1 oui

0,5 = si 2 oui

1,0 = si 3 oui

 , **L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?**

0 = non
1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)

0,0 = moins de 3 verres

0,5 = de 3 à 5 verres

1,0 = plus de 5 verres

 , **N Manière de se nourrir**

0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)

0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?

0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure

 , **Q Circonférence brachiale (CB en cm)**

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

 , **R Circonférence du mollet (CM en cm)**

0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31

Evaluation globale : / 16
Score de dépistage : / 14
Score total : / 30

Appréciation de l'état nutritionnel :

- 24 à 30 points → statut nutritionnel normal
- 17 à 23.5 points → risque de malnutrition
- moins de 17 points → mauvais état nutritionnel

NUTRITION

STEP 3

MNA \geq 24 :

- Conseils nutritionnels

Prévoir une réévaluation :

- une fois par an pour les sujets vivants à domicile
- une fois par trimestre en cas de problèmes socio-économiques, si maladie ou stress

MNA entre 17 et 23 :

- Conseils nutritionnels
- Alimentation enrichie
- Prescription de CNO
- Surveillance du poids
- Proposition exercices multimodaux

MNA \leq 17 :

- Consultation diététicienne
- Consultation nutritionniste
- Prescription de CNO
- Conseils nutritionnels
- Surveillance du poids

- Orientation vers dentiste

- Prise en charge sociale

- Mise en place d'aides pour le repas

- Portage des repas

- Ateliers nutritionnels

- Orientation vers l'HDJ des fragilités

- Autre :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....



Signes d'alertes urgents

Perte de poids rapide, douleur buccale, troubles de la déglutition, troubles digestifs, douleurs abdominales

SOCIAL

STEP 2

EVALUATION de L'ENVIRONNEMENT			
Habitat :	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Maison individuelle	
	<input type="checkbox"/> Plain-pied	<input type="checkbox"/> Etage(s)	Ascenseur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne envisage-t-elle des améliorations, des aménagements ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<u>Si oui, lesquels :</u>			
Existe-t-il des facteurs de risques architecturaux ? (Impression générale)			
Eclairage insuffisant	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Sol irrégulier ou présence de marches ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Obstacles (<i> fils électriques, tapis, seuils de porte...</i>)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Encombrement des zones de déambulation	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Nécessité d'emprunter un escalier	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Absence d'équipement sécuritaire des zones à risque (<i>WC Salle de bain, escaliers </i>)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Autres :			
Commentaires :			

- **Score ADL = ... /6**

Si l'ADL est inférieur à 5 :

- Le logement, l'environnement est-il adapté à la perte de capacité ? Oui Non
- Les aides techniques et technologiques présentes sont-elles adaptées Oui Non
- La capacité de soutien du conjoint, de la famille et des aidants informels est-elle suffisante ? (Voir chapitre suivant) Oui Non
- Les aides professionnels couvrent-elles les besoins en soins ? Oui Non

Commentaires :

.....

.....

- **Avez-vous des problèmes de logement/hébergement ?** Oui Non

Si oui, quelles sont les causes de ces problèmes ?

- Insécurité
- Difficultés de santé ou dépendance
- Coûts
- Entretien – réparations
- Autre :

- **Avez-vous des soucis financiers ?** Oui Non

Si oui :

- Les fins de mois sont-elles difficiles ? Oui Non
- Vous sentez-vous capable de gérer votre budget, vos affaires financières ? Oui Non
- Souhaiteriez-vous être conseillé sur les aides financières possibles ? Oui Non

- **Vous sentez-vous seul(e) ?** Oui Non

- **Avez-vous des activités occupationnelles ?** Oui Non

Si oui, lesquelles ?

- **Pouvez-vous pratiquer les loisirs et les activités qui vous tiennent à cœur ?** Oui Non

Si non, pourquoi ?

Coût

Distance

Transport

Opportunités

Autres :

- **Risque de maltraitance :** Oui Non

(Observer le comportement de la personne âgée, le comportement des soignants ou des parents, rechercher des signes de violence physique pour identifier les abus potentiels)

SOCIAL

STEP 3

- Conseils
- Proposition d'aménagement du domicile
- Proposition d'adaptation d'aide technique ou technologique
- Présentation d'alternative de logement
- Orientation vers une association de soutien
- Orientation vers un travailleur social
- Proposition d'une mesure de protection
- Proposition d'aides à domicile
- Proposition d'activité sportive ou de loisirs ou de bénévolat
- Information sur les dispositifs existants (clubs, activités...)
- Signalement aux services sociaux
- Autre :

Commentaires :

.....
.....
.....
.....



Signes d'alertes urgents
Maltraitance : signe de menace immédiate

AIDANTS

STEP 2

Votre rôle d'aidant a-t-il un impact négatif sur votre vie? Oui Non

Vous sentez-vous non épaulé dans votre rôle d'aidant? Oui Non

Si oui à une des questions :

- Aides existantes :

.....

- Etat psychologique :

Dans les quinze derniers jours : - Vous êtes-vous senti déprimés ou sans espoir ? Oui Non

- Avez-vous eu peu ou pas de plaisir à faire les choses? Oui Non

Si oui à une des questions, faire le PHQ9

- Situation économique :

Êtes-vous confronté à une perte de revenu et / ou dépenses supplémentaires à cause des besoins de soins?

Oui Non

PHQ-9				
Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1 - Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2 - Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3 - Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4 - Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5 - Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6 - Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7 - Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8 - Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9 - Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3
Score total	...			

Absence de dépression : 0-4 points

Dépression légère : 5-9 points

Dépression modérée : 10-14 points

Dépression modérément sévère : 15-19 points

Dépression sévère : 20-27 points

AIDANTS

STEP 3

- Conseils
- Education
- Proposition de formation
- Proposition de structures de répit
- Consultation psychologique
- Consultation psychiatrique
- Orientation vers une association
- Orientation vers un travailleur social
- Information sur les aides financières existantes
- Proposition d'une évaluation Step1
- Autre

Commentaires :

.....
.....
.....

CAPACITES INTRINSEQUES ALTEREES

Y a-t-il au moins une capacité altérée au step 2 ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

- vision audition cognition thymie
 mobilité nutrition social aidant

SYNTHESE

Cette consultation a-t-elle fait émerger des problèmes non-identifiés ? Oui Non

Si oui, dans quelles capacités (plusieurs réponses possibles) ?

- Vision
 Audition
 Cognition
 Thymie
 Mobilité
 Nutrition
 Social
 Aidant

Problèmes nouveaux : Oui Non DM

Si oui, pour quels domaines :

- Vision Audition
 Cognition Thymie
 Mobilité Nutrition
 Social Aidant

Le médecin traitant du patient a-t-il été informé du résultat de cette évaluation ? Oui Non

SUIVI DES RECOMMANDATIONS (uniquement pour les visites de suivi)

Les recommandations de la visite précédente ont-elles-été mises en pratique ? Oui Non

Si oui, comment ? Entièrement En partie

Si non ou en partie, pour quelle raison ?

- Pas d'adhésion au projet de soin
 Blocages administratifs
 Difficultés financières
 Difficultés de déplacement
 Pas de place disponible ...

COMMENTAIRES SUR L'ENSEMBLE DE LA VISITE