

Outil 3

Instrument de screening pour les consultations

Partie 1: indications pour les conseillères et conseillers

Utilisation de l'instrument de screening et des outils d'évaluation complémentaires

Fiche de données de base	Dans le cadre du premier entretien, la fiche de données de base est toujours remplie en premier avec la personne âgée ou avec la ou le proche aidant-e → Outil 10 . Les éléments clés pertinents du vécu de la personne sont recueillis de manière non structurée au début de l'entretien en veillant à ce que le flux de discussion soit le plus naturel possible.
Utilisation de l'instrument de screening	Le formulaire propose un modèle pour le déroulement d'une consultation (notamment pour le premier entretien). Il vous aide à obtenir rapidement un aperçu de la situation actuelle et des besoins de la personne à conseiller. Il n'est pas nécessaire de l'utiliser systématiquement. De même, il ne faut pas toujours y recourir dans tous les domaines partiels. L'expérience montre que remplir ce formulaire prend environ une demi-heure. Des évaluations approfondies (→ Outils 4, 5, 6, 7, 8) sont souvent effectuées dans le cadre d'une visite de suivi. Le formulaire est encore parfois complété par la personne conseillée après la consultation.
Documentation	Après le screening, une copie du formulaire complété est conservée dans le dossier. L'original est renvoyé à la personne qui sollicite la consultation avec les autres documents pertinents. Un outil séparé est disponible pour la documentation des visites de suivi → Outil 12 .
Conseils aux couples	Si les conseils concernent des personnes qui vivent ensemble, un formulaire distinct est rempli pour chaque personne. Chaque personne décide par elle-même si l'autre personne doit être présente à l'entretien.

Remarques concernant les thématiques du screening

Thématique 2: indépendance, activité physique, mobilité	Il convient de répondre à ces questions dans chaque évaluation. Le test «Timed up and go» (TUG) peut être réalisé pour quantifier ou suivre une limitation de mobilité ou le risque de chute → Outil 4a et Outil 4b .
Thématique 3: alimentation	En cas de suspicion de dénutrition, le Mini Nutritional Assessment peut également être effectué → Outil 7 .
Thématique 4: consommation d'alcool	En cas de suspicion de consommation d'alcool nocive pour la santé, le test AUDIT-C peut être utilisé → Outil 8 .
Thématique 5: mémoire	En cas de suspicion de trouble cognitif (démence), des évaluations supplémentaires peuvent être effectuées → Outil 6 .
Thématique 6: santé psychique	Il s'agit ici de déterminer la situation actuelle (voir également la thématique 8: antécédents médicaux). En cas de suspicion de dépression, on peut appliquer l'échelle de la dépression gériatrique → Outil 5 .
Thématique 7: aspects sociaux	Il convient de répondre à ces questions dans chaque évaluation. La question 7.7 porte sur le réseau social de la personne qui sollicite la consultation.
Thématique 9: médicaments	Si la personne conseillée prend plusieurs médicaments, la conseillère ou le conseiller pose des questions plus approfondies (conformité; usage des médicaments; dosage; compatibilité; effets secondaires; la personne conseillée sait-elle comment ingérer chaque médicament, renvoi indiqué vers le médecin traitant? etc.). Évaluation et interprétation de la «friendship scale», questions 7.1 à 7.6: Le score global doit être interprété comme suit: 0-11 socialement très isolé 12-15 isolé ou avec un faible soutien social 16-18 un peu isolé ou avec peu de soutien social 19-21 socialement intégré 22-24 intégration sociale fortement marquée
Thématique 13: douleurs	Si nécessaire, faire remplir l'échelle de la douleur de 1 à 10 (moyenne des 2 dernières semaines, p. ex.).
Thématique 15: sécurité	Si nécessaire, l'évaluation peut être effectuée dans → Outil 4b .

Partie 2: instrument de screening

Instrument de screening pour la consultation

(Original pour la personne conseillée, copie pour la conseillère ou le conseiller)

Nom et prénom de la personne conseillée

Numéro de dossier

Date de collecte des données

Nom de la conseillère ou du conseiller

Mes conclusions et ce que j'ai l'intention de faire

(à compléter à la fin de la consultation par la personne conseillée avec la conseillère ou le conseiller)

1.0 Autoévaluation de l'état de santé général

1.1 Dans l'ensemble, comment qualifieriez-vous votre état de santé général?

☐ très bon ☐ bon
☐ moyen ☐ mauvais
☐ très mauvais

2.0 Indépendance, activité physique, mobilité

Effectuez-vous les activités suivantes de manière autonome ou avec l'aide d'une autre personne?

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| 2.1 Nettoyage hebdomadaire du logement | <input type="checkbox"/> moi-même | <input type="checkbox"/> avec aide |
| 2.2 Préparation des repas | <input type="checkbox"/> moi-même | <input type="checkbox"/> avec aide |
| 2.3 Courses | <input type="checkbox"/> moi-même | <input type="checkbox"/> avec aide |
| 2.4 Se déplacer à l'extérieur, en dehors du logement (avec ou sans accessoires) | <input type="checkbox"/> moi-même | <input type="checkbox"/> avec aide |
| 2.5 Utiliser les transports publics | <input type="checkbox"/> moi-même | <input type="checkbox"/> avec aide |
| 2.6 Bougez-vous au moins trois fois par semaine pendant au moins 30 minutes par jour? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2.7 Avez-vous fait de l'exercice au cours des 6 derniers mois dans le cadre d'un cours, d'une activité de gymnastique, etc.? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2.8 Votre façon de marcher a-t-elle changé au cours des 6 derniers mois? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

2.9 Avez-vous chuté au cours des 5 derniers mois? ☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez expliquer (à quelle fréquence, dans quelles circonstances, etc.)

2.10 Avez-vous du mal à franchir les seuils de portes? ☐ oui ☐ non

2.11 Devez-vous recourir à des accessoires pour vous déplacer dans votre logement? ☐ oui ☐ non

3.0 Alimentation

3.1 Combien de repas chauds (c.-à-d. plus qu'une soupe) prenez-vous par jour? ☐ aucun ☐ un ☐ deux ou plus

3.2 Combien de fois par jour mangez-vous des fruits, des légumes ou une salade? ☐ rarement ☐ une ou deux fois par jour ☐ cinq fois par jour ou plus

3.3 Combien de portions de protéines consommez-vous par jour? (viande, poisson, œufs ou produits laitiers) ☐ aucun ☐ une ☐ deux ou plus

3.4 En moyenne, quelle quantité buvez-vous par jour (boissons non alcoolisées, en litres)? litres

De quelles boissons s'agit-il?

3.5 Au cours des 3 derniers mois, avez-vous perdu plus de 3 kilos? ☐ oui ☐ non

3.6 Quelle est votre taille (en mètres et centimètres, sans chaussures)? m cm

Combien pesez-vous (en kilogrammes, en habits légers et sans chaussures)? kg

Calcul de l'IMC: Poids (kg)/[Taille (m)]²

3.7 Avez-vous des difficultés à digérer? ☐ oui ☐ non

Savez-vous ce que vous pouvez faire pour stimuler votre digestion? ☐ oui ☐ non

4.0 Consommation de cigarettes et d'alcool

4.1 Fumez-vous? ☐ oui ☐ non

4.2 Si oui: combien de cigarettes par jour en moyenne? cigarettes

4.3 Avez-vous déjà eu le sentiment que vous devriez boire moins d'alcool? ☐ oui ☐ non

5.0 Mémoire

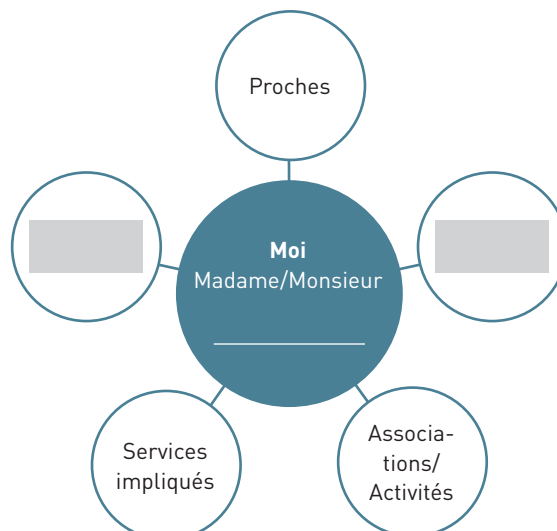
5.1 Comment évaluez-vous votre mémoire? ☐ bonne ☐ légers oublis ☐ ma mémoire m'inquiète

6.0 Santé psychique

6.1	Comment vous sentez-vous ces derniers temps? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> heureux-euse <input type="checkbox"/> content-e <input type="checkbox"/> anxieux-euse <input type="checkbox"/> abattu-e <input type="checkbox"/> triste
6.2	Avez-vous assez d'énergie pour la vie quotidienne?	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais

7.0 Aspects sociaux

7.1	Vous sentez-vous à l'aise en compagnie d'autres personnes?	<input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> pas du tout
7.2	Vous sentez-vous seul-e?	<input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> pas du tout
7.3	Avez-vous quelqu'un avec qui vous pouvez parler de vos sentiments?	<input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> pas du tout
7.4	Trouvez-vous facile de rencontrer/contacter d'autres personnes?	<input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> pas du tout
7.5	Avez-vous l'impression de ne pas être intégré-e lorsque vous êtes avec d'autres personnes?	<input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> pas du tout
7.6	Vous sentez-vous seul-e et sans ami-e-s?	<input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> pas du tout
7.7	Laissez-nous représenter sur le dessin ci-dessous avec qui vous entretenez des contacts réguliers:	



7.8	Aidez-vous d'autres membres de la famille/personnes (prise en charge de proches, de petits-enfants, etc.)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	--	------------------------------	------------------------------

7.9	Si vous avez besoin d'aide: pouvez-vous organiser une aide si la personne qui vous aide habituellement devait ne pas être disponible pendant plusieurs jours?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	---	------------------------------	------------------------------

7.10	Où aimeriez-vous passer les dernières années de votre vie?
------	--

8.0 Antécédents médicaux

Avez-vous reçu les diagnostics suivants?

8.1	Maladies cardiaques ou cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	--	------------------------------	------------------------------

8.2	Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	---------	------------------------------	------------------------------

8.3	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	-------------	------------------------------	------------------------------

8.4	Cancer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	--------	------------------------------	------------------------------

8.5	Dépression ou autre maladies psychiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	---	------------------------------	------------------------------

8.6	Maladies neurologiques graves (Parkinson, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	---	------------------------------	------------------------------

8.7	Déficiência visuelle grave	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	----------------------------	------------------------------	------------------------------

8.8	Déficiência auditive grave	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	----------------------------	------------------------------	------------------------------

8.9	Incontinence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----	--------------	------------------------------	------------------------------

8.10	Maladies gastro-intestinales	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

8.11	Accident grave	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------	----------------	------------------------------	------------------------------

8.12	Commentaires et autres problèmes de santé non mentionnés ici:
------	---

9.0 Médicaments/Remèdes

9.1 Prenez-vous régulièrement des médicaments? ☐ oui ☐ non

Si oui, combien?

Est-ce que plus d'un médecin vous prescrit des médicaments? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels?

10.0 Prestations médicales ou de soins

10.1 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé-e chez le médecin? fois

10.2 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous recouru aux services d'Aide et soins à domicile pour vous-même? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de cocher la case appropriée:

☐ pour la gestion du ménage
☐ pour des soins

10.3 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin d'une autre forme de soutien? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de cocher la case appropriée:

☐ proches ☐ voisins
☐ service de repas
☐ Pro Senectute ☐ autres

Si vous avez coché «autres», merci de préciser:

10.4 Avez-vous été hospitalisé-e au cours des 12 derniers mois? ☐ oui ☐ non

11.0 Sommeil

11.1 Vous sentez-vous reposé-e au matin? ☐ oui ☐ non

11.2 Prenez-vous régulièrement des médicaments pour le sommeil? ☐ oui ☐ non

12.0 Équilibre tension-détente

12.1 Vous sentez-vous souvent tendu-e au quotidien? ☐ oui ☐ non

12.2 Connaissez-vous des stratégies et des possibilités de maintenir l'équilibre entre la tension et la détente dans votre vie? ☐ oui ☐ non

13.0 Douleurs

13.1 Souffrez-vous souvent de douleurs? ☐ oui ☐ non

13.2 Si oui: connaissez-vous des moyens de soulager vos douleurs? ☐ oui ☐ non

14.0 Prévoyance***Avez-vous pris les mesures de prévoyance suivantes?**

14.1 Examen dentaire chez un dentiste au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.2 Contrôle oculaire chez un ophtalmologue au cours des 24 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.3 Examen auditif au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.4 Mesure de la tension artérielle au cours des 24 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.5 Mesure de la glycémie au cours des 24 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.6 Vaccination contre la grippe au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.7 Vaccination contre le tétanos au cours des 10 dernières années	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.8 Vaccination contre le pneumocoque au cours des 5 dernières années	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14.9 Directives anticipées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

* Les recommandations actuelles sur les mesures préventives sont disponibles auprès d'Eviprev à l'adresse:
<https://eviprev.ch/produkte-tools/>

15.0 Sécurité

15.1 Conduisez-vous une voiture, un vélomoteur ou un vélo?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, merci de cocher la case appropriée:	<input type="checkbox"/> voiture	<input type="checkbox"/> vélomoteur <input type="checkbox"/> vélo
Si vous avez coché «vélo» ou «vélomoteur»: portez-vous un casque lorsque vous faites du vélo ou du vélomoteur?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
15.2 Consommez-vous des médicaments ou de l'alcool avant de conduire une voiture, un vélomoteur ou un vélo?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
15.3 Y a-t-il quelqu'un que vous pouvez appeler en cas d'urgence (p.ex. en cas de chute)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

16.0 Situation économique

16.1 Votre situation financière vous préoccupe-t-elle?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--	------------------------------	------------------------------

17.0 Autres