

Pertinence des échelles d'évaluation en HDJ

Dr Barbara MAAKAROUN

Dr Jean-Marc MICHEL

Pourquoi des échelles?

- Même outil pour tous
- Validée (de préférence)

Qui les réalise?

- Professionnel habilité à le faire
- Ayant une formation en rapport avec l'outil
- Choisir le bon test au bon moment

Limites?

- Ne remplace pas un entretien et la clinique
- N'exclut pas une approche globale
- Doit s'accompagner de données qualitatives (mauvaise participation, niveau socio-culturel, scolarité, handicap sensoriel, capacité de compréhension...)
- Prudence dans l'interprétation des résultats

Quelles évaluations?

- Cognitive
- Fonctionnelle
- Comportementale
- Des aidants
- Dépression

L'évaluation cognitive

- Mms
- Test des 5 mots ou test de Dubois
- Test de l'horloge

mms

- Standardisé
- Repérage rapide des déficits cognitifs
- Adapté en gériatrie
- Temps de passation: 10 mn

Pertinence du mms

- Facile, rapide, dépistage
- Explore plusieurs fonctions cognitives
- Suivi +++, mais uniquement dans le domaine cognitif
- Classification des démences à discuter
- Recommandé comme test de repérage par l'HAS

Limites

- Inadapté pour des patients jeunes ou haut niveau SC
- Inadapté pour vitesse de déclin qd mms élevé
- Faible intérêt du score global en dehors du suivi (faux négatifs et faux positifs selon le niveau SC...)
- Outil plus adapté à la MA, explore peu les fonctions exécutives, pondération excessive du langage

Test des 5 mots

- Simple et rapide
- Test de dépistage
- Au lit du malade ou en cs
- suivi

pertinence

- Teste la mémoire, apprécie l'effet de l'indiciage sémantique sur les procédures de rappel
- Un score < 10 permet de dépister 90% des malades atteints d'une MA probable

Limites

- Patients haut niveau ou troubles débutants
- Les informations sont encore dans la mémoire à court terme si la tâche interférente est trop courte (< 10 mn)

Test de l'horloge

- Test simple et rapide
- Dépistage des fcts visuo-spatiales et fcts exécutives

limites

- Système de cotation
- Peu spécifique

L'évaluation fonctionnelle

- La grille AGGIR
- IADL

La grille AGGIR

- Évalue les activités effectuées : actes essentiels de la vie et autres activités dites instrumentales
- Apprécie l'autonomie

Pertinence

- Permet de prévoir les actions de base à prévoir, leur importance et le type de compensation à apporter
- Peut aboutir à une aide financière
- (Permet de calculer le GMP d'une institution)

Limites

- Bonne formation
- Bonne information
- Les « activités mentales » pas toujours aisées à coter, or le score GIR dépend beaucoup de cette cotation
- Amélioration de l'outil avec la version 2007

IADL

- Rapide et facile
- Évaluation des activités précocement touchées dans la MA

Limites

- Peu sensible

L'évaluation comportementale

- NPI

NPI: inventaire neuropsychiatrique

- Évalue les troubles du comportement dans de nombreuses pathologies neuropsychiatriques

Pertinence

- 1ère évaluation ou suivi ou changement du comportement
- Peut aboutir à la mise en place de ttt
- Pointe la désadaptation du patient à l'environnement et les difficultés de l'entourage

Limites

- Bien noter l'apparition ou le changement du comportement
- Ne pas se limiter à une évaluation portant sur le score
- Chronophage

L'évaluation des aidants

- L'inventaire du fardeau ou échelle de Zarit:
auto-évaluation

Pertinence

- Permet de suivre le fardeau et la souffrance des aidants → mise en institution
- Chez les patients en perte d'autonomie

Limites

- Dans la démence sévère où il faut évaluer les facteurs de fragilité de l'aidant: mauvaise acceptation de la maladie, refus des aides, isolement, pathologies chroniques, absence d'activités de loisirs, la sévérité de la maladie et la présence de troubles du comportement

Mini GDS: échelle de dépression gériatrique

- Facile et courte (4 items)
- Dépistage ≥ 1 très forte probabilité de dépression

Limites

- Ne permet pas de faire un diagnostic de dépression +++
- Inadapté aux patients très déments et anosognosique

Autres domaines

- Nutrition
- Escarres
- Dépendance
- Douleurs
- Appareil locomoteur
-

La nutrition

M.N.A. (Mini Nutritional Assessment)

Outil d'évaluation nutritionnel validé

- Indices anthropométriques et diététiques
- Évaluation globale et subjective

Score: 0 à 30

< 17: dénutrition sévère

17 à 23,5: état nutritionnel précaire

> ou = 24: état nutritionnel satisfaisant

M.N.A. dépistage

score: 0 à 14 score < 12: dénutrition

Limites: IMC (taille)

IMC seul est insuffisant (ex obèse dénutri)

Les facteurs de risque d'escarres

- **Échelle de Norton:**

- Validée, équilibre facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, très simple d'utilisation
- Critiques: non validée pour PA < 65 ans, nutrition, cisaillement?

- **Échelle de Braden:**

- Simple, validée, bonne reproductibilité inter-observateurs
- Critiques: uniquement 2 facteurs intrinsèques, cisaillement: subjectif

Les échelles d'évaluation des facteurs de risque ne dispensent en aucun cas de l'examen clinique

La dépendance

- Activity of Daily Life (Katz)
- Instrumental Activity of Daily Life (Lawton)
- Échelle d'indépendance de Barthel
- AGGIR
-

Toujours se référer aux activités antérieures
(données de l'entretien+++)

Choisir l'outil le plus pertinent en fonction du
contexte (domicile, milieu hospitalier et institutionnel...)

La douleur

Auto-évaluation

- . Échelles de vocabulaire (Échelle verbale simple, questionnaire de St Antoine, questionnaire DN 4...)
- . Échelles numériques (Échelle visuelle analogique, horloge de la douleur...)

À privilégier chez la PA communicante et coopérante

Limites

- Facultés d'abstraction et de conceptualisation diminuées
- Difficultés de communication (démences, fin de vie, aphasiques, état comateux, surdité, cécité...)
- Absence de coopération (troubles psycho-comportementaux)

Hétéro-évaluation

. Douleurs aiguës: Algoplus

. Douleurs chroniques:

- Doloplus

- Échelle Comportementale pour PA (ECPA)

-

Ne pas comparer les scores entre malades

Intérêt de la cinétique des scores

Pertinence

- Comparaison, voire confrontation des observations (approche pluridisciplinaire)
- Apprécier l'évolution de la douleur sous traitement
- Faciliter la sensibilisation et la formation des intervenants
- Réflexions dans le domaine des douleurs chez la PA qui ne verbalise pas

Limites

- Illusion d'une appréciation simple de la douleur
- Confiance excessive dans les scores dont découleraient des protocoles de soins
- Biais résidant dans la propre douleur projetée de l'observateur (Jean A. 2002)
- Ne distinguent pas toujours une douleur d'une autre source d'inconfort (faim, soif, besoin d'être lavé ou changé, fatigue, excès de bruit...)

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire
du sujet âgé fragile

Identifier les problèmes médicaux, fonctionnels,
psychologiques et sociaux

Établir un projet de PEC à court, moyen et long
terme

- **Indication**

- Patients âgés fragiles présentant une dépendance partielle et/ou plusieurs comorbidités
- Ne concerne pas les patients autonomes, sans comorbidité
- Ne concerne pas les patients relevant d'une PEC palliative

- Évaluation globale de la PA réduit la morbi-mortalité et limite les dépenses de santé par rapport à « un suivi hospitalier classique » (Rubenstein, 1984)

- **Hôpital de Jour +++**

- **Domaines évalués**

- Troubles de la marche et de l'équilibre
- Statut nutritionnel
- Fonctions cognitives
- Statut émotionnel
- Statut fonctionnel, contexte social et environnemental
- Risque iatrogénique
- Troubles de la continence
- Risque d'escarre et troubles sensoriels

- Échelles susceptibles d'être intégrées
 - ADL, IADL, MMS, 5 mots, horloge, GDS, MNA, get up and go test, station unipodale, vitesse de marche, Braden...
 - l'interprétation s'intègre systématiquement dans le cadre d'une appréciation clinique par l'évaluateur
 - choix parmi les outils validés en fonction des ressources de la structure +++
- Certains domaines ne sont pas explorés par des échelles (contexte social, sensoriel, polymédication...)

- Durée 2 à 3H !
- **Expertise de différents intervenants**
(médecin, ergothérapeute, kinésithérapeute, as. sociale, soignants, psychologue, neuropsychologue, orthophoniste, aidants...)
- **Compte rendu écrit rapide comportant:**
 - les résultats des tests (argumenter les diagnostics, valeurs de référence pour une évaluation ultérieure)
 - une synthèse des éléments intéressants (vision rapide des problèmes soulevés, répondre à un problème spécifique)
 - des propositions gériatriques (adaptations thérapeutiques, conseils nutritionnels, propositions d'aides techniques ou non, ...)

Intérêt de l'EGS

- Aide à la décision (oncologie, néphrologie...)
- Repérage des fragilités
- Mise en place de stratégies préventives et/ou de soutien
- Évaluation de la tolérance à un traitement (en terme d'autonomie par ex.), proposition de rééducation, de réadaptation...
- Réflexion pluridisciplinaire +++

**Outil de repérage pour aller à l'essentiel et
cerner rapidement les problématiques**

Limites de l'EGS

- Chronophage
- Coordonner l'ensemble des intervenants
- En cas de pathologie évolutive, établir un projet à moyen ou long terme est plus difficile
- Difficulté à établir une synthèse et un projet si la question qui motive l'évaluation n'est pas clairement posée au départ
- L'EGS ne s'adresse pas à tous les patients âgés

Conclusions

- Les échelles sont pertinentes si:
 - on les maîtrise
 - on connaît leurs indications et leurs limites
 - on les intègre dans leur contexte clinique
- Elles ne remplacent en aucun cas le jugement et l'examen cliniques
- Leurs utilités: attirer l'attention sur des domaines parfois négligés, apprécier une évolution, offrir un langage commun, préciser la nécessité d'une évaluation complémentaire...