

UNIVERSITE DE LA MEDITERRANEE
FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE

EVALUATION GERONTOLOGIQUE STANDARDISEE

INTERET ET APPLICATIONS DANS L'APPROCHE GLOBALE
DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.
APPORT DE L'INFORMATIQUE DANS SON UTILISATION.

A PROPOS DE 27 CAS DE PERSONNES ACCUEILLIES EN EHPAD.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ LE 8 OCTOBRE 2003
EN VUE DE L'OBTENTION DE LA CAPACITÉ DE GÉRONTOLOGIE

PAR JEAN MORLIERE

SOUS LA DIRECTION DU PR. MARC HEIM

A MONSIEUR LE PR. MARC HEIM

A MADAME LE DOCTEUR CATHERINE MOLINES
A MADAME LE DOCTEUR ANNE GENTRY

A JEREMY ROGER, CONCEPTEUR DU LOGICIEL « EGS »

A BRIGITTE SPITZ, CADRE INFIRMIER,

A NATHALIE,

A LAURA, STÉPHANIE, ROSELYNE, LUGDIVINE, CHANTAL,
OLIVIA, MURIEL, EUREKA, EVELYNE, JOSIANE, SIMONE, DANY
MME SARAVELLI ET TOUTE L'ÉQUIPE DES « 4 TRÈFLES »

A MR JEAN KEMLER, P.D.G. DES 4 TRÈFLES

A MARION, MARINE, LISA, KARYN, KAKOU, RAPHAËL ET SYLVAIN

A HELENE...

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	- 6 -
A. Vieillessement « usuel », vieillissement pathologique et vieillissement avec succès	- 6 -
B. Pourquoi, et dans quels secteurs d'activité, évaluer le plus précisément possible les personnes âgées ?	- 8 -
1) Sur le plan médico-social	- 8 -
2) Sur le plan de la « solidarité » nationale.....	- 9 -
3) Sur le plan des établissements d'accueil.....	- 10 -
C. Que faut-il évaluer chez la personne âgée, comment, pourquoi et à quel moment ?	- 12 -
1) Quels sont les domaines indispensables à évaluer chez la personne âgée ?.....	- 12 -
2) Les domaines devant rentrer dans le cadre de l'EGS	- 13 -
II - L'UTILISATION DE L'EGS EN EHPAD	- 15 -
A. La notion de « situations environnementales » de la personne âgée.....	- 15 -
B. Conditions de l'étude	- 16 -
C. Les domaines retenus pour une EGS dans ce type d'EHPAD	- 17 -
D. Les tests retenus dans chaque domaine.....	- 19 -
1) Evaluation de la dépendance	- 19 -
2) L'état nutritionnel, le risque de dénutrition et de déshydratation.....	- 20 -
3) L'état cognitif et thymique	- 22 -
4) L'état trophique et le risque d'escarre.....	- 24 -
5) L'autonomie locomotrice et le risque de chute.....	- 25 -
6) L'évaluation du risque iatrogénique	- 28 -
7) Les grands repères physiologiques et biologiques	- 28 -
E. Elaboration d'un outil informatique de recueil simplifié, de synthèse et d'interprétation standardisé des tests.....	- 29 -
F. Résultats de l'étude	- 36 -
1) Données épidémiologiques	- 36 -
a. Sexe.....	- 36 -
b. Age	- 36 -
c. Provenance.....	- 37 -
2) Les données de l'Evaluation Gérontologique Standardisée	- 37 -
1. DEPENDANCE.....	- 37 -
2. ETAT NUTRITIONNEL ET RISQUE DE DENUTRITION	- 38 -
3. ETAT COGNITIF ET THYMIQUE.....	- 39 -
4. ETAT TROPHIQUE ET RISQUE D'ESCARRE	- 42 -
5. AUTONOMIE LOCOMOTRICE ET RISQUE DE CHUTE.....	- 43 -
6. EVALUATION DU RISQUE IATROGENIQUE	- 45 -
7. EVALUATION DES GRANDS REPERES PHYSIOLOGIQUES.....	- 47 -

III - DISCUSSION.....	- 49 -
1. Données épidémiologiques et facteurs de risque.....	- 49 -
2. Utilisation de l'EGS en EHPAD.....	- 50 -
a) le problème de l'admission en EHPAD.....	- 50 -
b) Le dépistage des risques à l'entrée en EHPAD	- 50 -
c) La mise en place des actions spécifiques.....	- 51 -
d) Le suivi des actions entreprises et le contrôle de leur efficacité.....	- 53 -
IV – CONCLUSIONS	- 54 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 58 -

I - INTRODUCTION

A. Vieillessement « usuel », vieillissement pathologique et vieillissement avec succès

L'apparition et l'essor de la gérontologie dans les dernières décennies, de la gériatrie dans le domaine purement médical, a été particulièrement favorisé par la prise de conscience générale d'un phénomène démographique et sociologique particulier à certaines populations à haut niveau de vie : le vieillissement global et exponentiel de la population.

Ce phénomène porte à l'heure actuelle sur deux versants distincts

- L'augmentation de la durée de vie moyenne et la moindre natalité de ces populations.
- L'augmentation de la proportion des personnes très âgées, porteuses pour la plupart de pathologies non spécifiques au vieillissement (pathologies cardio-vasculaires, cancers, diabète, etc..) dont la morbidité et la mortalité sont de plus en plus maîtrisées par l'efficacité des traitements. La morbidité et la mortalité de ces personnes très âgées « en bonne santé » apparaissent alors de plus en plus souvent directement rattachées à des facteurs tout à fait spécifiques, eux, d'une pathologie du vieillissement en tant que tel, responsable de l'évènement morbide déterminant (dénutrition, dysautonomies, chutes, troubles trophiques, etc...)

De toute évidence, l'existence de personnes vivant à un âge très avancé n'est pas une donnée démographique nouvelle, et nombre de pays en voie de développement ou n'ayant pas des niveaux de vie comparables, peuvent afficher des données statistiques assez basses concernant l'espérance de vie moyenne, tout en s'enorgueillissant d'avoir des « taux » de centenaires » très importants. Cette remarque est également valable en dehors de considérations géographiques, puisque l'histoire, voire l'antiquité ne manquent pas de grands vieillards célèbres à toutes les époques et à tous les coins du globe.

On ne peut que s'interroger alors sur ces franges de population « résistantes » à toutes les pathologies susceptibles d'intervenir chronologiquement chez tout être humain (maladies infantiles, traumatismes de l'adolescent et du jeune adulte, cancers et maladies cardio-vasculaire de l'adulte, diabète et pathologies cérébrales du 3^o âge).

Elles sont en effet la plupart du temps « indemnes » de tout traitement spécifique d'une quelconque pathologie d'organe, et la plupart du temps morbidité et mortalité sont très directement liés chez elles à des incidents parfaitement prévisibles dans la plupart des cas (chutes, infections, dénutrition, etc..).

D. BALAS (1) met en évidence les notions :

- de **vieillissement pathologique**, avec ses pathologies prévalentes (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers épithéliaux, démences, etc..)
- de **vieillissement avec succès** des personnes vieillissant sans incapacité majeure
- de **vieillissement usuel**, habituel ou par usure (du terme anglo-saxon « usual »), à forte spécificité gérontologique, et concernant les personnes âgées se désadaptant petit à petit lors de crises successives (chute, hospitalisation, choc émotif)

On peut ainsi estimer (2) que :

- 65 % de la population âgée vieillit en bon état de santé (vieillissement avec succès)
- 15 % de la population âgée est « malade » (pathologies, polyopathologies)
- 20% de la population est considérée comme « fragile »

Les personnes jouissant d'un vieillissement avec succès sont toutefois susceptibles à un moment donné (événement pathologique intercurrent) de basculer dans cette dernière catégorie « fragile », fortement marquée par l'installation et la majoration des grands facteurs de risque.

Leur prise en charge globale sera rendue d'autant plus difficile que l'action sur la pathologie ou le symptôme le plus spectaculaire va souvent être privilégiée, au détriment des autres facteurs de morbidité gérontologique (dénutrition, détérioration cognitive, dysautonomie locomotrice) qui s'installent de façon insidieuse à l'arrière-plan, et vont finir par précipiter l'issue d'un événement pathologique d'organe qui aurait pu être éventuellement bénin chez la personne âgée bénéficiant d'une prévention énergique de ses facteurs de risque gérontologiques dûment recensés et évalués.

Dans nos établissements pour personnes âgées, nous connaissons tous la différence considérable de pronostic pour une pathologie intercurrente telle qu'une fracture du col du fémur existant entre une personne âgée aux facteurs de risque connus et maîtrisés et celle qui va voir son pronostic vital mis en jeu immédiatement, car déjà globalement fragilisée au moment de l'évènement pathologique.

B. Pourquoi, et dans quels secteurs d'activité, évaluer le plus précisément possible les personnes âgées ?

Dès la fin du XX^e siècle, il est apparu nécessaire de pouvoir évaluer les personnes âgées sur un certain nombre de critères de fonctionnement au niveau cognitif et thymique, locomoteur et postural, sphinctérien, trophique, et sur leur indépendance fonctionnelle vis-à-vis des actes de la vie quotidienne :

- ◆ ...dans une optique de prévention tout azimut ou ciblée sur l'altération d'une fonction chez des personnes âgées éprouvant des difficultés à rester à domicile
- ◆ ...afin de mieux cerner les besoins des personnes âgées entrant dans la dépendance
- ◆ pour assurer enfin le suivi des actions entreprises et la pertinence de l'organisation des soins à intervalles réguliers.

1) Sur le plan médico-social

Ainsi est née l'idée d'évaluer le plus systématiquement possible les personnes âgées, au vu des résultats d'études comme celle menée par RUBINSTEIN en 1984 (devenir de patients âgés [encore à domicile, en maison de retraite ou décédés] un an après une hospitalisation, avec une prise en charge incluant ou non une évaluation gériatrique standardisée) (3).

Pourquoi standardisée ?

L'évaluation gériatrique a plus ou moins toujours été pratiquée de façon informelle par les médecins, les équipes, mais son caractère subjectif et non universel ne lui donnait pas la fiabilité et le rendement d'un outil validé. Incluant à titre de pré requis la condition de l'excellence des praticiens, ce type d'évaluation ne pouvait avoir d'intérêt en terme d'outil objectif : elle excluait de fait toute notion d'utilisation de masse, de valeur extrapolative, et finalement de référence en terme de prévention/prévision des risques liés à un déroulement pathologique du vieillissement.

Il fallait donc dans ces conditions :

- ◆ d'une part identifier ce qui devait être évalué : à la vue de tous les domaines du vieillissement actuellement étudiés, on peut dire que le consensus s'est fait petit à petit sur la nécessité d'évaluer principalement les facteurs de risque d'un vieillissement « anormal » et d'entrée dans la dépendance, en dehors des pathologies dites « d'organes », elles-mêmes porteuses d'un potentiel de dépendance important parfaitement identifié.

Une évaluation gérontologique standardisée se devait donc de pouvoir apprécier à travers l'identification - suivant les travaux de WOOD - de déficiences génératrices d'incapacités, elles mêmes source de handicaps, le potentiel fonctionnel global des personnes et son retentissement dans la vie quotidienne, que ce soit à domicile, ou en milieu protégé institutionnel. (4)

- il fallait d'autre part inventer des outils gérontologiques, les tester, les fiabiliser, les diversifier, et essayer de les utiliser de façon systématique et massive dans l'approche de la personne âgée, afin de donner à tous les acteurs sociaux, médicaux et para-médicaux de la gérontologie une vision objective, rationnelle et scientifiquement validée de leur action. La conception de ces outils, source de débats passionnés, d'études longues à réaliser, est toujours d'actualité. Pour autant certains outils ont pu se dégager, par leur facilité d'emploi, leur potentiel prédictif et leur capacité d'appréciation des actions entreprises.

Ainsi, la gérontologie et la gériatrie ont contribué à briser - et continuent à le faire - une vision fataliste de la vieillesse, sorte de loterie où les plus forts s'en sortent, échappent à la dépendance et ont une « belle mort ».

2) Sur le plan de la « solidarité » nationale

On ne doit pas oublier qu'au-delà de l'intérêt évident pour le patient âgé d'une telle évaluation, en vue de mieux satisfaire ses besoins et d'assurer un meilleur suivi de sa prise en charge, d'autres paramètres sont venus s'ajouter, en même temps qu'apparaissait la notion de la maîtrise des coûts : si l'on payait, il fallait pouvoir savoir pourquoi, et à quel niveau.

A ce titre il n'est donc pas étonnant de savoir que c'est aux USA que la notion d'évaluation gérontologique a connu d'emblée le plus de succès - et de polémiques - puisque d s 1970 apparaissaient les premiers programmes d'évaluation dans le « Department of veterans affairs », visant à définir les besoins nécessaires à une prise en charge des personnes âgées, sur les bases de critères de qualité qui pouvaient être critiquables, mais qui avaient le grand mérite, déjà, de définir certains seuils, référentiels et opposables. De multiples Geriatric evaluation and management unit (GEMU) furent créées dans ce but. (5)

Dès les années 80, la loi OBRA-B7 issue d'un rapport de l'Institut de Médecine de l'Académie Nationale des Sciences américain au Congrès imposait aux établissements pour personnes âgées l'utilisation d'une méthode uniforme d'évaluation des capacités du résident à accomplir les actes de la vie quotidienne et d'identification des détériorations significatives de ces capacités . La loi définissait, dans le cadre de Medicaid ou Medicare, les grands objectifs assignés aux établissements :

- réaliser une évaluation complète, précise, standardisée et reproductible de la capacité de chaque résident à effectuer les actes de la vie quotidienne.
- Effectuer cette évaluation à l'admission, puis annuellement et chaque fois qu'intervenait un « changement significatif » de l'état du résident.
- Chaque résident devant être examiné au moins tous les trois mois pour garantir l'exactitude et la réactualisation de l'évaluation.
- L'évaluation précise et complète était considérée comme primordiale pour l'identification des ressources et des problèmes du résident et pour le développement d'un plan de soins, ce qui garantissait que chaque résident aurait les moyens d'atteindre le plus haut niveau possible de performance physique, mentale ou psychosociale.

Le fait de ne pas réaliser cette évaluation... supprimait le financement

En 1993, une méta-analyse oubliée par STUCK et coll., faisait apparaître une réduction de mortalité de 14 %, une diminution de la fréquence des hospitalisations de 12 %, une augmentation de la survie à domicile de 26 %, une amélioration des fonctions cognitives de 41 %, et du statut fonctionnel de 72 %, pour les personnes âgées suivies dans le cadre des GEMU, et bénéficiant d'une évaluation gériatrique standardisée.(6)

Dans les pays européens, et notamment en France, la première « grille » d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR) initiée par le Syndicat national de Gériatrie Clinique (JM VETEL) et les Caisses d'Assurance Maladie plus de 20 ans après (1994), a connu un succès et une diffusion très importants, en tant qu'outil validé et accepté (malgré ses imperfections). La forte promotion de cet outil a également plus répondu sur le fond à des objectifs budgétaires que médicaux, mais il faut reconnaître qu'il constitue à l'heure actuelle une sorte de « base » évaluative dont le grand mérite est d'être le seul test d'évaluation aussi massivement utilisé.

Le potentiel justement pressenti d'outils d'évaluation gériatrique plus performants qu'AGGIR dans le domaine de la maîtrise des coûts et dans celui de la juste répartition des ressources médico-sociales explique l'investissement croissant des organismes financeurs dans toutes les initiatives visant à mettre en place des outils permettant d'évaluer correctement les risques inhérents au vieillissement ainsi que les pathologies et leur coût.

3) Sur le plan des établissements d'accueil

A travers la récente création du poste de médecin coordonnateur en EHPAD, l'intérêt porté par tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées à l'évaluation la plus fine et la plus appropriée de leur « profil gériatrique » ressort clairement dans l'énoncé de ses missions propres à propos des résidents (existants ou futurs) de (ou des) établissements dont il a la charge :

- appréciation de l'adéquation des admissions au potentiel de la structure
- mise en place de plans et protocoles de soins adaptés au « profil gérontologique »
- définition des actions de prévention et de prise en charge
- appréciation de l'efficacité et la pertinence de ces actions

Ainsi, les établissements d'accueil, à côté des médecins et des organismes payeurs, adhèrent fortement à cette dynamique d'évaluation.

Le corps des établissements d'hébergement pour personnes âgées, reconnu et chargé de missions tout à fait précises dans le cadre de la longue et laborieuse réforme des « maisons de retraite » voit dans la pratique d'évaluation (auto-évaluation globale « angélique » conduisant à un plan quinquennal d'objectifs, évaluation de la charge en dépendance [AGGIR], et bientôt en soins [Pathos], évaluation gérontologique standardisée), le moyen d'obtenir en retour de façon indiscutable les crédits nécessaires à la prise en charge de catégories de personnes âgées de mieux en mieux « ciblées ».

De même que l'outil PMSI permet désormais (aussi bien aux pouvoirs publics qu'aux établissements hospitaliers) de donner au dialogue budgétaire des bases d'évaluation de coûts difficilement contestables, l'EGS pourra à terme, en identifiant et quantifiant les besoins exacts des populations accueillies, permettre de définir des ratios (de personnel, source sempiternelle de désaccord - cf comparaison des ratios dans les pays européens) conciliant la maîtrise des coûts et les besoins incontournables des personnes âgées.

Deux domaines de prise en charge, individualisables, pourront être ainsi distingués :

- ✗ **les pathologies d'organe classiques** : champ cardio-vasculaire, cérébral, diabète, artériopathies, cancers, etc, répondant à des prises en charge médicamenteuses performantes (la prévention étant dépassée dans la plupart des cas car ne s'appliquant qu'à des tranches d'âge inférieures).
- ✗ **les pathologies du « mauvais » vieillissement** répondant dans la majorité des cas à des stratégies de prise en charge, très préventives, et fortement liées à des évaluations initiales et de suivi.

Ainsi, la démarche évaluative standardisée en gérontologie répond aux besoins de toutes les parties prenantes et c'est un bien que le corps médical puisse initier et conduire une démarche dans le domaine du vieillissement qui soit tout à la fois :

- performante sur le plan médical
- acceptée en terme de coût de prise en charge de qualité

C. Que faut-il évaluer chez la personne âgée, comment, pourquoi et à quel moment ?

1) Quels sont les domaines indispensables à évaluer chez la personne âgée ?

Selon D. BALAS, (1) l'EGS doit porter sur « les déficits cognitifs, les malaises et les troubles de la marche avec les risques associés de chute, l'incontinence, certains problèmes relationnels de la vie quotidienne, et la dénutrition »

Pour d'autres, les domaines devant être évalués sont plus vastes, et il s'agit d'un « bilan des modifications médicales et psychosociales des personnes âgées, ainsi que des incapacités fonctionnelles » (7), et peuvent être rajouté aux domaines précédents l'évaluation des conditions de vie, avec évaluation de l'environnement, les risques d'escarres et de la douleur.

D'autres auteurs (8) rajoutent l'évaluation du sommeil de la vision, de l'audition, des risques iatrogènes du traitement habituel, de la fonction rénale.

Il existe un grand nombre de domaines où la personne âgée doit être évaluée, et cette démarche d'évaluation est finalement utilisée depuis assez longtemps outre-atlantique.

Aux USA, de la dynamique législative (loi OBRA-B7) visant à introduire un minimum de qualité dans la prise en charge, est né un outil le Resident Assessment Instrument (RAI), qui est plus d'ailleurs une méthode (Méthode d'évaluation du résident) apportant une évaluation complète, sérieuse, standardisée et reproductible de l'état fonctionnel du résident. Elle a été élaboré par une équipe universitaire américaine, en collaboration avec des professionnels de santé de diverses disciplines, des représentants de consommateurs (!), des professionnels du secteur administratif, et des spécialistes de l'évaluation.(9)

Les domaines retenus comme devant être évalués par le RAI sont énumérés ci-dessous. L'expérience a montré que les personnes âgées entrant en institution avaient au moins un problème dans 8 des domaines les suivants :

État confusionnel aigu (delirium)	Perte cognitive/démence
Fonction visuelle	Communication
AVQ/Potentiel de réadaptation fonctionnelle	Incontinence urinaire et sonde à demeure
Bien-être psychosocial	Humeur
Occupations	Chutes
Etat nutritionnel	Alimentation par sonde
Déshydratation/équilibre liquidien	Soins dentaires
Escarres (ulcères de décubitus)	Usage de médicaments psychotropes
Contention physique	

Remanié et amélioré constamment, le RAI, hormis un défaut majeur lié à sa « chronophagie » présentait plusieurs avantages :

- son exhaustivité dans l'approche des grands domaines d'évaluation
- le caractère universel et validé des tests attachés à chaque domaine
- son large emploi
- le fait qu'au travers d'intérêts différents (confort, qualité des soins, maîtrise des coûts, gestion des moyens humains), le patient, l'équipe médicale, le financeur, le gestionnaire d'établissement pouvaient se retrouver autour d'évaluations consensuellement référentielles pour décliner leurs objectifs .

En Europe à l'heure actuelle, il semble que Le RAI soit de plus en plus utilisé, alors qu'en France, le seul outil gérontologique permettant que financeurs, gestionnaires et équipes de soins puissent baser leur évaluation sur le même mode de recueil est la grille AGGIR.

2) Les domaines devant rentrer dans le cadre de l'EGS

Avant de recenser les différents tests utilisés pour l'évaluation en gériatrie, il convient d'essayer de lister un ensemble de domaines, liés à des fonctions ou à des risques particuliers à la gériatrie. (10)

Il convient de définir également si l'on prend en compte, dans le cadre d'une évaluation exhaustive de la personne âgée :

- ◆ uniquement une étude des fonctions nécessaires à l'autonomie (cognitives, locomotrices, alimentaires) débouchant sur une évaluation centrée uniquement autour de la dépendance,
- ◆ associée ou non à une évaluation (pour le domicile surtout) de la qualité de l'environnement, du confort de vie et du bien être...
- ◆ ou si l'on y ajoute une étude des facteurs de risque (les deux domaines se recouvrant parfois),
- ◆ l'évaluation des pathologies (polyopathologies) organiques non directement liées au vieillissement,
- ◆ et l'évaluation du « fardeau » des acteurs de la prise en charge

5 grands champs sont ainsi définis, et l'on comprend bien qu'une étude exhaustive de chaque paramètre (ils sont parfois plusieurs) appartenant à tel ou tel domaine puisse conduire à la mise en place d'un outil dont la lourdeur le paralyse de facto, et qui ne réponde plus aux conditions d'universalité, de facilité d'usage, et de variété d'angle d'exploitation dont on a pu souligner la nécessité plus haut.

Nous avons préféré, dans le cadre de notre étude, que l'évaluation des pathologies et polyopathologies ne soit pas intégrée d'emblée à l'EGS, car le domaine est trop lourd, et vouloir le simplifier ne pourrait conduire qu'à des erreurs d'appréciation.

Par contre, la réaliser de façon parallèle et introduire dans son interprétation une connexion permettant de moduler le risque lié aux pathologies organiques en fonction de la présence de telle ou telle dépendance accentuée ou de tel facteur de risque peut être envisageable.

En ce qui concerne l'environnement, le bien être et le confort de vie, ce sont des paramètres susceptibles d'avoir à des degrés divers un impact non négligeable sur la perte d'autonomie. Un test simple permettant une mise en alerte rapide à propos de situations pathogènes peut cependant être intégré à l'EGS réalisé à domicile.

Il en est de même à propos de l'évaluation de l'incidence de la prise en charge, sur ses acteurs et l'aidant principal : il semble que cette évaluation doive absolument faire partie de l'EGS « domicile », ou du moins qu'elle soit mise en œuvre à la moindre suspicion de défaillance des aidants (notamment dans le domaine de la prise en charge à domicile des personnes présentant une altération évolutive des fonctions cérébrales supérieures).

Nous proposerons donc, dans le cadre des domaines devant être évalués par l'EGS, les chapitres suivants, modulés en fonction de la situation environnementale de la personne âgée et des objectifs de l'évaluation, de même que les tests utilisés à l'intérieur de chaque domaine d'évaluation :

- l'évaluation du degré d'autonomie ou de dépendance globale
- l'évaluation de l'état nutritionnel et du risque de déshydratation
- l'évaluation de l'autonomie locomotrice et des risques de chute
- l'évaluation de l'état cognitif et thymique
- l'évaluation du risque d'escarre
- certains grands repères physiologiques (poids, taille, prot, PCR., creat,)
- l'évaluation de la douleur en cas d'allégation ou de suspicion
- l'évaluation du risque iatrogénique
- l'audition et la vision
- les conditions de vie, l'évaluation sociale et de l'environnement (domicile)
- l'évaluation du fardeau des aidants

En fonction de notre pratique sur le terrain, nous avons donc choisi d'illustrer l'intérêt de la pratique de l'EGS de façon systématique dans le cadre institutionnel, c'est-à-dire chez des personnes âgées accueillies en EHPAD, à l'aide d'un « outil » EGS dont les champs d'investigations ont été choisis en fonction de cette importante donnée situationnelle/environnementale : le passage (définitif) en institution.

II - L'UTILISATION DE L'EGS EN EHPAD

A. La notion de « situations environnementales » de la personne âgée

Nous verrons, dans le chapitre de présentation des tests utilisés et validés qu'ils sont extrêmement nombreux, et qu'ils n'ont pas le même intérêt suivant l'étape à laquelle ils sont utilisés dans le parcours (non inéluctable) de la personne âgée, et dans quel objectif.

Il existe en effet deux types d'environnements différents auxquels toute personne âgée est confrontée un jour ou l'autre : l'EGS y a autant d'intérêt, avec des objectifs différents :

dans les environnements « transitoires »

- l'hôpital, c'est-à-dire en court séjour, gériatrique ou non (chirurgie)
- le moyen séjour : « soins de suite, de rééducation, gériatriques ou « indifférenciés »

Une évaluation rapide et précise sera l'indispensable outil pour définir la « suite », c'est-à-dire l'orientation :

- retour à domicile : parfois inopportun, mal préparé, dans le cadre d'une mauvaise évaluation, il peut conduire irrémédiablement à une nouvelle et rapide hospitalisation beaucoup plus lourde de conséquences.
- institutionnalisation : mal à propos chez une personne tout à fait capable, avec un projet construit, de rester encore longtemps à domicile, elle est pathogène.

dans les environnements à visée pérenne

- le domicile, que ce soit dans le cadre d'un maintien ou d'un retour
- l'EHPAD ou l'unité de soins de longue durée

Une évaluation plus fine servira dans la pratique au recensement des besoins de la personne et à la mise en place des moyens et des actions adéquates.

B. Conditions de l'étude

Médecin « coordonnateur » depuis 1986 dans un établissement marseillais (avant que la fonction soit créée), nous avons commencé à évaluer les personnes admises d'une façon de plus en plus systématique pour finir, lors de la signature de la convention, par « figer » une EGS et la systématiser à l'entrée dans l'établissement.

« Les 4 Trèfles », établissement de 90 lits, est un « Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes » (EHPAD) depuis mai 2003 : c'est en effet à cette date que l'établissement a signé la fameuse « Convention tripartite » dans des conditions de négociations avec les organismes de tutelle pas toujours faciles...

La réforme des « maisons de retraite » ou « convention tripartite » introduit la notion de financement par l'Etat (et surtout les collectivités territoriales) de l'indispensable mise à niveau des établissements d'accueil pour personnes âgées, en échange de leur engagement de s'inscrire, après évaluation de leur existant (auto-évaluation ANGÉLIQUE), dans une politique de qualité pouvant leur permettre de répondre à de multiples et saines exigences de qualité, voire d'acquiescer à terme une sorte de label (10)

Dans cet engagement de qualité, outre l'hébergement et la prise en charge de la dépendance, la prise en charge médicale fait l'objet d'une vision de qualité ambitieuse en s'appuyant sur la création et le financement de deux acteurs majeurs d'un projet coordonné au sein des établissements : l'infirmière référente et le médecin coordonnateur.

A leur charge de mettre en place un certain nombre de « bonnes pratiques » médicales, de projets de services et de soins, de procédures et de protocoles divers, d'actions de formation et de prévention, en bref une politique de qualité basée sur des actions et sur la mise en pratique de référentiels autour d'un certain nombre de thèmes « obligatoires » ou optionnels, identifiés par de nombreuses commissions d'étude et de sociétés savantes « représentatives » comme prépondérants pour une bonne prise en charge des personnes âgées [douleur, maltraitance, chutes, fugues, escarres, etc...]

Cette vision a le mérite de reconnaître clairement l'évidence que la dépendance et sa prévention, le « mal vieillir » sont des notions capitales en gérontologie, au même titre que la qualité de l'hébergement (jusqu'alors principal moteur de l'exigence des pouvoirs publics) ou la prise en charge des pathologies d'organe (déléguée jusqu'alors aux intervenants libéraux, sans véritable prise en charge gériatrique globale systématique associée, et sans vrai regard de la collectivité sur la réalité de la qualité des soins).

Reconnues comme ayant une incidence majeure sur la qualité de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, ces notions capitales de dépendance, de vieillesse pathologique sont ainsi devenues susceptibles de faire l'objet tout à la fois de dotations financières et de droit de regard en retour sur la qualité de leur prise en compte dans tout projet gérontologique.

Ce travail de mémoire a été réalisé au cours d'une période particulièrement mouvementée de l'existence de l'établissement (départ des intervenants libéraux, canicule), et le fait d'avoir délibérément associé chaque intervenant spécifique (AS, IDE, Kinés, orthos) à une évaluation aussi complète et multisectorielle, parfois en tant qu'évaluateur référent dans son domaine, a pu contribuer à donner un sens plus précis à l'action de chacun, et une solidarité d'équipe permettant de faire face à ces conditions difficiles.

Les objectifs de l'étude étaient donc de savoir en quoi un outil EGS approprié pouvait répondre à un certain nombre de questions importantes pour l'établissement, les soignants, et les personnes âgées :

- Le maintien à domicile est-il bien devenu impossible ou trop risqué ?
- l'état de la personne accueillie est-il en adéquation avec les moyens dont dispose l'établissement ?
- dans quel domaine l'utilisation de l'EGS a-t-elle permis de dépister des risques passés inaperçus ?
- quel projet de soins et de vie peut-on proposer à la personne accueillie au terme de l'EGS, sont-ils comparables à ceux mis en place auparavant ?
- quel projet de service l'établissement doit-il construire en fonction de la dépendance des personnes qu'il accueille ?
- quel projet médical au sein du projet d'établissement ?
- quelle efficacité de ces différents projets par rapport à leurs objectifs ?

C. Les domaines retenus pour une EGS dans ce type d'EHPAD

En établissement d'accueil de longue durée l'évaluation gériatrique standardisée permet la concrétisation de l'importante notion de « projet individuel de prise en charge médico-social », par le biais d'actions personnalisées en fonction d'une évaluation tout à la fois standardisée (paramètres mesurables) et humanisée (pondération en fonction des objectifs, de la situation environnementale, des polyopathologies, etc...)

Elle n'est jamais cependant assez complète, car plus elle est complète, plus elle est longue à faire, et donc irréaliste dans les établissements, et a fortiori à domicile.

La possibilité d'en faire un outil pluridisciplinaire, où chaque test va être confié à l'intervenant le plus apte à le pratiquer (et à le re-pratiquer), va permettre une certaine fiabilité et constance dans les évaluations successives, en évitant les problèmes de fidélité inter-juge (12)

Ainsi, aide-soignantes et infirmières pourront prendre en charge, après formation, l'évaluation de la dépendance (ADL, AGGIR), de la douleur, du risque d'escarre

Psychologues et orthophonistes (si l'établissement a la chance d'en disposer) pourront prendre en charge, au cours de leurs entretiens, la passation des MMS, GDS, Hamilton.

Les kinésithérapeutes pourront initier leur prise en charge par un bilan incluant l'évaluation de la locomotion et des risques de chutes (Get up and Go, TMM, Tinetti)

Le médecin prendra en charge l'évaluation de la nutrition, la synthèse des paramètres physiologiques, l'évaluation du risque iatrogénique.

Il devra surtout :

- garantir une certaine fiabilité des tests en fonction de la relation de collaboration avec les évaluateurs, en les supervisant au besoin.
- synthétiser et pondérer ces tests et leur résultat standardisé, en fonction de son appréciation du patient, des interrelations entre les différents tests en fonction de certaines associations (démence/nutrition).
- corrélérer enfin cette évaluation à la fréquente polyopathie présente dans cette catégorie de populations, en déterminant les facteurs de risque croisés.

Après concertation, et en fonction de l'état de dépendance avancé des résidents étudiés, les principaux domaines d'évaluation retenus pour l'étude réalisée aux « 4 Trèfles » (et par extension pour une EHPAD à « GMP » supérieur ou égal à 800) ont été retenus sur la base d'une évaluation systématique réaliste et faisable, en gardant un caractère facultatif à tous les tests intéressant des sous-populations (exemple : dépression chez la personne âgée démente (échelle de CORNELL), anxiété chez la personne démente (questionnaire de SCHALDER), troubles du comportement (échelle NPI), échelles d'évaluation de la douleur (DOLOPLUS, ECPA).

D'autres, pourtant nécessaires à une évaluation globale, n'ont pu être inclus de manière systématique dans cette étude pour différentes raisons, (par ex : vision, audition nécessitant un minimum de coopération).

Ainsi les domaines suivants ont été sélectionnés comme représentant le minimum indispensable (et pratique) à l'évaluation d'une population de personnes âgées dans cette situation environnementale :

le degré de dépendance

L'état nutritionnel, le risque de dénutrition et de déshydratation

L'état cognitif et thymique (état cognitif, dépression, anxiété)

L'état trophique et le risque d'escarre

L'état locomoteur et le risque de chutes

L'évaluation du risque iatrogénique

Les grands repères physiologiques

D. Les tests retenus dans chaque domaine

Dans chacun des domaines retenus pour cette évaluation, il a été nécessaire de discuter et choisir les tests utilisés en fonction d'un certain nombre de paramètres :

- a) Leur validation et l'ampleur de leur utilisation
- b) Leur « ergonomie »
- c) Leur capacité à mesurer l'adéquation des résidents aux capacités de prise en charge de la structure.
- d) Une certaine « finesse » d'évaluation (essayer de trouver des tests qui permettent une interprétation graduée et quantitative allant un peu plus loin que la simple « présence/absence » du trouble ou du risque, et susceptibles servir de repères d'efficacité lors du suivi)
- e) Leur utilité dans l'élaboration du projet de vie individualisé (projet de prise en charge de la dépendance, projet de soins, projet « social »)
- f) Leur dispositions « innées » à se prêter à une informatisation, aussi bien en ce qui concerne le recueil des données et leur interprétation, qu'un éventuel traitement a posteriori, indispensable à une appréciation de l'action de la structure et à un déploiement pertinent de ses moyens, par le biais du « rapport annuel d'activité » désormais imposé aux EHPAD conventionnés.

1) Evaluation de la dépendance

Les tests disponibles pour évaluer le degré de dépendance, sont assez nombreux, plus ou moins complexes et « ciblés » par rapport aux circonstances dans lesquels ils sont utilisables :

- la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) , intéressante parce que sensible en raison de ses 18 items à 7 graduations, n'a pas été retenue, en fonction d'une certaine lourdeur et d'un détail plus volontiers réservé à une utilisation en milieu de Rééducation fonctionnelle.
- Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMIF) très utilisé au Canada, très complet mais lourd, est plutôt adapté à l'évaluation fine de l'efficacité d'un traitement. Il ne s'adaptait pas à une utilisation systématisée et de maniement aisé.
- La démarche du Resident Assessment Instrument (RAI), évoquée plus haut, validée aux USA, mais très ciblée sur le plan de soins (9), n'a pas été retenue en raison de l'ampleur de l'évaluation et de sa difficulté à être traitée informatiquement.

- L'indice de KATZ (ADL : Activity of Daily Living), plus propice à une évaluation rapide de l'autonomie, n'a pourtant pas été retenu non plus, en raison d'une certaine redondance avec la grille AGGIR.
- L'indice de LAWTON et BRODY (IADL : Instrumental activities of daily living) a été jugée inutile en raison du fort degré de dépendance de la population étudiée, et d'une adéquation plus appropriée au domicile.
- La grille de KUNTZMANN, GERONTE, intéressants pour la mise en place des soins et l'approche de la charge en soins en établissement, n'ont pas été retenus non plus, car moins faciles à utiliser, et demandant beaucoup de temps.

Nous avons donc retenu la grille AGGIR, parce que bien connue des équipes, souvent utilisée parce qu'obligatoire en EHPAD.

2) L'état nutritionnel, le risque de dénutrition et de déshydratation

La malnutrition protéino-énergétique (MPE), en raison de sa grande prévalence en institution gériatrique, de son impact sur la perte d'autonomie, et de ses interrelations avec les autres facteurs de risque de la personne âgée, représente une étape capitale de l'EGS (13).

Il représente pour les pouvoirs publics une préoccupation ayant fait l'objet de textes (14), compte tenu de la forte prévalence observée chez les patients à risques.

Divers tests ont été proposés pour l'évaluer, certains validés :

- « The scales »
- « Public awareness check-list »
- l'échelle de BROCKER
- l'échelle de BLANDFORD (utilisable chez la personne âgée souffrant de troubles cognitifs)
- l'échelle de TULY (Eating Behaviour Scale) assez simple et qui présente l'intérêt d'être corrélée positivement au score du MMS et négativement à la durée du repas (15).

Nous avons plutôt retenu le Mini Nutritional Assessment (MNA), outil largement partagé (16)(17), d'utilisation aisée (à domicile également), fiable et reproductible, et présentant deux volets :

- l'un de dépistage
- l'autre d'évaluation

Il est complété normalement par un bilan sanguin comportant l'albuminémie, préalbuminémie et CRP ; pour notre part, en fonction des coûts et des difficultés d'avoir rapidement certains dosages en ville, nous avons utilisé la protidémie en première intention.

En ce qui concerne le risque de déshydratation, pour lequel il existe peu de littérature, nous avons tenu à l'évaluer car finalement on intervient trop souvent lorsque la déshydratation est patente et son retentissement important. Dans un établissement habitué à ce problème (aussi bien en été qu'en hiver : personnes âgées trop couvertes, chauffages trop puissants en hiver, semaines chaudes, sans climatisation en été), le risque est évalué à l'aide d'une échelle simple en cinq items, indiquant un risque croissant de déshydratation, et permettant de mettre en œuvre des mesures préventives graduées. Il s'agit bien entendu d'une échelle non validée, mais qui permet une sensibilisation écrite et systématique au risque, chez des personnes cliniquement et biologiquement non déshydratées :

Il est ainsi demandé de coter systématiquement les cinq items suivants, avec 1 point pour chaque :

- hydratation spontanée impossible ou absente
- ne réclame pas à boire
- troubles de la déglutition aux liquides
- pathologie agressive en cours (infection, escarre, retour d'hospi, syndrome post-chute)
- modifications du comportement (d'origine iatrogénique, organique ou autre) susceptibles de perturber une hydratation jusque là équilibrée ou d'aggraver un risque déjà présent.

L'existence et l'état du risque sont ainsi interprétés :

- 0 point : risque faible, incitation éventuelle à s'hydrater
- 1 point : existence d'un risque, surveillance, incitation, réévaluation régulière
- 2 et 3 points : risque confirmé, mesures de surveillance indispensables (« fiches » d'hydratation per os quotidiennes, avec complémentation si nécessaire, ionogrammes)
- 3 points et plus : risque majeur, action préventive indispensable (hypodermoclyse) même en l'absence de déshydratation clinique. Suivi clinique et biologique.

L'outil, non validé, a le mérite d'être simple et utilisé. Il permet de déterminer des groupes en établissement pour lesquels des schémas ciblés de prévention de la déshydratation peuvent être mise en place, à des niveaux interventionnistes croissants.

Il peut être la base d'une échelle d'évaluation entrant bien dans le domaine de l'EGS, puisque orientée vers un risque très fréquent, à l'origine de nombreuses perturbations physiques et psychiques des personnes âgées pouvant parfois induire des stratégies thérapeutiques inopportunes ou aggravantes (exemple classique de la prescription de psychotropes sédatifs en cas de troubles du comportement chez une personne en voie de déshydratation), aggraver des risques existants (aggravation de troubles de l'alimentation par sécheresse de la bouche, aggravation d'une constipation, effet favorisant des infections urinaires et décompensations rénales, augmentation de la concentration des principes médicamenteux actifs, etc...).

3) L'état cognitif et thymique

En ce qui concerne l'état cognitif, compte tenu du fait qu'il était réalisé de façon systématique par les orthophonistes de l'établissement lors de leur bilan initial, le MMS (Mini Mental State Examination de FOLSTEIN) dans sa version GRECO, a été choisi comme test :

- pour sa bonne capacité de dépistage
- mais aussi, compte tenu de sa fréquente perturbation chez les patients admis en EHPAD, pour sa capacité de « tri » des fonctions cognitives atteintes (18).

D'autres tests que nous n'avons pas retenus, sont également intéressants car plus rapides à réaliser à domicile par exemple, mais n'évaluent qu'une ou deux fonctions cognitives :

- le test de l'Horloge pour les fonctions exécutives et les praxies visuo-constructrices
- le test des Cinq mots pour la mémoire épisodique

Le MMS a été interprété de la façon suivante, sur 30 points [parfois sur moins, en raison de difficultés techniques, liées à une cécité, une apraxie rendant une question inopérante] :

- 27 à 30 : absence probable de troubles cognitifs
- 24 à 27 : existence probable de troubles cognitifs
- moins de 24 : présence certaine d'un déficit cognitif

Ces interprétations brutes, délivrées par l'outil informatique, sont pondérées par le médecin de la façon suivante :

- 27 à 30 : absence probable de troubles cognitifs : à vérifier chez les sujets à haut niveau d'éducation
- 24 à 27 : existence probable de troubles cognitifs : chez les sujets à bon niveau d'éducation, mais à vérifier chez les sujets à bas niveau d'éducation

Le MMS n'est pas forcément utilisé ici pour le dépistage d'une démence. Il représente certes un appoint important pour le diagnostic (en ce qui concerne les démences dégénératives surtout), mais il permet surtout, corrélé au projet de soins global, de déterminer le degré de collaboration que l'on est en droit d'attendre du patient dans certains domaines évalués (attention, apprentissage, orientation surtout), et de suivre son évolution cognitive dans le temps, encore plus en cas de traitement spécifique. (19)

En ce qui concerne **l'évaluation de la dépression**, le choix devait se faire entre :

- la Mini-Geriatric Depression scale (mini GDS), en 4 items, très rapide et facile à passer, permettant un dépistage simple, notamment à domicile et en court séjour
- la forme abrégée en 15 items de la Geriatric Depression Scale, validée en 1986 (20)
- la version complète de la GDS en 30 items
- l'échelle de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)

La version complète de la GDS a finalement été choisie, bien que plus longue à effectuer, car le taux de prévalence des états dépressifs chez la personne âgée en institution pouvant atteindre 45 % (21), il était intéressant d'utiliser une échelle permettant d'évaluer également de façon assez fine la sévérité de l'état dépressif, toujours en vue d'une évaluation de l'efficacité des traitements éventuellement entrepris ou en place à l'arrivée.

Cotée sur 30 questions fermées (oui-non), elle est parfois difficile à mener, car bon nombre de personnes âgées vont vers une réponse mitigée (« c'était mieux avant », ou bien « pas tous les jours », etc...). Elle nécessite également un certain degré de connaissance, voire de confiance de l'examineur, et pour cette raison, les orthophonistes s'en sont également chargé, au bout de quelques séances, pour éviter la connotation un peu indiscreète, voire stressante des questions de l'échelle.

L'existence et la sévérité de l'état dépressif était ainsi appréciés selon les critères de cotation, chaque question cotant 1 point (pour certaines réponses : oui, pour d'autres : non). L'interprétation informatisée de cette échelle est indiquée, car son décompte final manuel est fastidieux :

- score de 0 à 9 : score normal, pas d'élément en faveur d'un état dépressif
- score de 10 à 19 : dépression modérée
- score de 20 à 30 : dépression sévère
- le score-seuil à partir de 13 a une bonne sensibilité et spécificité sur la présence d'un état dépressif.

En ce qui concerne l'existence d'une dépression chez les personnes âgées démentes en institution, nous avons inclus aux tests proposés dans l'outil informatique conçu dans l'optique de notre mémoire et de notre pratique de médecin coordonnateur une échelle d'évaluation de la dépression chez la personne démente, l'échelle de CORNELL (22) (Cornell Scale for Depression in Dementia), en raison de l'impact de l'existence d'un état dépressif sur le comportement des personnes démentes, et de sa difficulté à le diagnostiquer.

Elle n'est pas « évidente » à remplir, du fait de la graduation des items en 3 degrés, et d'une appréciation difficile chez la personne démente (anxiété, suicide, faible estime de soi). Elle constitue toutefois une piste intéressante à l'aide au diagnostic, mais n'a pas été retenue dans notre travail, en raison de la nécessité d'une bonne expérience de son usage, et d'un emploi réservé à une sous-population.

L'évaluation de l'anxiété a été retenue comme importante en institution, en raison de la mauvaise connaissance de sa prévalence exacte chez la personne âgée institutionnalisée d'une part, et de son incidence sur un grand nombre d'actes de la vie quotidienne où la personne est assistée, en terme de comportements oppositionnels. Une bonne appréciation déjà de l'existence d'un syndrome anxieux (volontiers frustré ou masqué chez la personne âgée), puis de sa sévérité nous semble important.

L'échelle de HAMILTON (HAMA), a été retenue en raison de sa validation, de sa capacité d'évaluation de la sévérité, tout en ayant un score seuil (23). Elle recense 14 items, cotés de 0 à 4 (absent, intensité légère, intensité moyenne, intensité forte, intensité maximale).

Sept items évaluent l'anxiété psychique, sept l'anxiété somatique.

En dépit des mêmes réserves faites plus haut à propos de l'échelle de Cornell dans une utilisation systématique (lourdeur, cotation délicate des degrés d'intensité, nécessité d'une certaine expérience des évaluateurs), elle a été utilisée, et son « ergonomie » (comptage, interprétation) a pu être améliorée par l'outil informatique.

L'existence d'un syndrome anxieux se traduit par un score de 20 ou plus.

4) L'état trophique et le risque d'escarre

Nous sommes dans ce domaine, dans l'essence même de l'EGS, c'est-à-dire dans l'évaluation d'un risque lourd de conséquence s'il est négligé.

En pratique, nous vérifions de plus en plus l'utilité d'une telle évaluation, (notamment pour motiver les soignants, surtout aides-soignantes de plus en plus responsables de l'hygiène en établissement, et qui interviennent de façon régulière, avec les infirmières dans l'évaluation de ce risque au moyen d'une échelle).

Plusieurs outils ont été recensés, notamment dans une conférence de consensus de l'ANAES (25), mais seules les échelles anglo-saxonnes ont été validées :

- l'échelle de NORTON est la plus classique, la plus simple, et probablement la plus utilisée. Bien qu'elle ne prenne pas en compte l'aspect nutritionnel, elle présente une sensibilité importante en soins de suite ou de longue durée (75 à 81 %), et une spécificité correcte (59 à 67 %) (25).
- L'échelle de BRADEN est elle aussi utilisée, un peu moins simplifiée et demandant un peu plus d'expérience, avec une sensibilité plus importante en court séjour, et de 61 à 70 % en SLD, et une spécificité de 68 à 74 % en SLD
- L'échelle de WATERLOO , plus complexe, a une bonne sensibilité, mais une assez faible spécificité (10 à 44 %). Elle a par contre une bonne valeur prédictive négative en cas de score inférieur à 10

Le choix a été assez difficile à faire entre les échelles de NORTON et BRADEN, toutes deux incluses dans l'outil informatique, en raison de leurs intérêts respectifs.

Pour des raisons de bonne pratique de la part des soignants, nous avons retenu l'échelle de NORTON, avec le projet de basculer dès cette année vers l'échelle de BRADEN (après une période de formation), en raison de sa plus grande capacité d'orientation du projet de soins en terme d'actions ciblées (nutrition, friction, cisaillement).

L'interprétation des résultats de l'échelle de NORTON ne donne qu'un score seuil fixé à 16 pour l'existence d'un risque d'escarre. Il est difficile, dans le cadre d'une interprétation standardisée sur le plan informatique, de quantifier la sévérité, au fur et à mesure que le score obtenu baisse. Il a tout de même été possible, en interne, de rattacher certaines fourchettes de score à des actions préventives de plus en plus graduées, actions préventives devenant de plus en plus techniques et précises en raison d'actions ciblées et efficaces pouvant être entreprises notamment :

- sur la nutrition
- sur la diminution des pressions par la protocolisation des posturages, la diminution des cisaillements par l'utilisation de lève-malades...
- sur l'utilisation de supports de plus en plus sophistiqués, jouissant actuellement d'une dynamique de développement sans précédent et relativement accessibles en établissement (surmatelas à mémoire de forme, surmatelas à air ou à eau, coussins de fauteuil à mémoire, fauteuils « coquilles », talonnières de lit préformées type « gel », etc..)

Le retentissement financier, la charge de travail et le désagrément important pour la personne âgée induits par la longueur du « cycle » de traitement d'une escarre sacrée ou talonnière, même dans le meilleur des cas, justifient l'intérêt particulier que portent désormais les soignants à l'évaluation du risque. Les mesures de prévention ciblées ont en effet une telle efficacité en cas d'individualisation d'un facteur de risque, que l'évaluation du risque d'escarre doit être absolument systématique en institution (court, moyen ou long séjour), et sa réévaluation périodique.

5) L'autonomie locomotrice et le risque de chute

Les troubles de l'équilibre et les chutes représentent une caractéristique pratiquement constante du syndrome de fragilité du grand vieillard.

Il apparaît intéressant d'évaluer chez la personne âgée, en dehors de ces deux items, son autonomie physique en général, tant elle peut influencer, par exemple au niveau des membres supérieurs (ne faisant que peu l'objet d'une évaluation systématique) dans des actes fondamentaux de la vie quotidienne, tels les repas, les transferts, l'utilisation des aides à la marche, etc...

Il n'existe pas, à notre connaissance d'échelles d'évaluation permettant de dresser un portrait global de l'autonomie physique, tous niveaux confondus, hormis en service de Médecine Physique et de Réadaptation : ce sont des investigations longues, techniques qui sortent du cadre d'un instrument à vocation systématique ; un « portrait » global et facile à utiliser (plus centré sur l'évaluation de capacités que de risque) serait tout de même utile.

Par ailleurs, plus de 2 millions de personnes âgées chutent tous les ans en France, avec un risque trois fois plus élevé en institution : deux études prospectives comprenant un système de surveillance et d'enregistrement régulier des chutes (TINETTI et coll. 1988 (CAMPBELL et coll. 1990) indiquent que le taux annuel de chutes dans la population générale de 65 ans et plus varie entre 680 et 800 pour 1 000 , et jusqu'à 1 600 pour 1 000 en institution (RUBENSTEIN et coll. 1988) .

Nous avons donc retenu l'évaluation de l'équilibre et du risque de chute comme devant être systématique et prioritaire dans notre EGS.

Parmi les nombreux tests intéressants, certains sont largement utilisés : ils permettent d'évaluer rapidement mais sommairement l'équilibre, le risque de chute ou la mobilité :

- ✚ le simple test de ROMBERG donne déjà une appréciation intéressante
- ✚ le test de l'appui unipodal a montré que les sujets âgés qui ne pouvaient se maintenir durant 5 secondes sur un pied avaient un risque de chute élevé
- ✚ le « Timed up and go », version chronométrée du "Get up and Go test", est validé et permet de déterminer la mobilité des patients suivant trois degrés (26) :
 - moins de 20 sec : sujets totalement indépendants
 - plus de 20 et moins de 30 sec : aptitudes de mobilité incertaines
 - plus de 30 sec : dépendance physique pour les actes de la vie quotidienne

D'autres échelles , plus complètes, permettent une évaluation plus fine et graduée, et de l'aptitude à la marche, et des risques de chute :

- ✚ le Test de TINETTI, évalue suivant trois niveaux (normal, adaptatif et anormal) l'équilibre statique et l'équilibre dynamique, c'est-à-dire en gros l'équilibre et la marche. Assez complet, validé, il doit renseigner 13 items pour l'équilibre, et 9 items pour la marche. Un score global inférieur à 26/28 indique un problème, un score inférieur à 19 indique un risque de chute multiplié par 5 (27).
- ✚ Le Get up and GO test évalue les transferts assis, debout, la marche et les changements de directions du patient, suivant une cotation de 1 (normal) à 5, à propos de 7 actions (équilibre assis, transfert, équilibre debout à l'arrêt, équilibre lors de la marche, lors d'un demi-tour, marche en direction d'une chaise, transfert debout-assis). Plus simple que le TINETTI, il est surtout pratique pour la clinique et le suivi de la réhabilitation.

✚ Le **Test Moteur Minimum** comporte 20 items répartis en 4 thèmes : la mobilité en décubitus, la position assise, la position debout, la marche.

Deux items hors cotation (antécédents de chute, capacité à se relever seul) permettent de donner un éclairage au score final.

Une intéressante étude effectuée sur quatre centres gérontologiques (28), a permis de démontrer la fidélité inter-observateur de ce test, et sa corrélation significative au degré d'autonomie. Aisément réalisable, même chez des personnes très âgées et fragiles, il présente en outre l'avantage de n'être que peu perturbé par la présence d'altérations cognitives, en terme de faisabilité. La grande dépendance non plus n'empêche pas sa réalisation, ce qui le rend attractif en EHPAD et long séjour.

Elaboré dès la fin des années 80 par le Centre gériatrique de Dijon, il offre en outre l'intérêt de déterminer pour un individu donné, un programme personnalisé de réhabilitation.

Son interprétation ne comporte donc pas de score seuil, mais permet de déterminer une note motrice sur 20. Cette note ne permet pas une interprétation informatisée et automatisée, mais permet, après quelques utilisations, d'avoir une image globale de l'autonomie locomotrice (note sur 20) satisfaisante, et de dépister et quantifier les risques de chute.

Nous avons donc retenu le Test Moteur Minimum dans notre évaluation pour les raisons suivantes :

- l'existence d'un risque de chute étant facile à apprécier par le simple appui unipodal,
- surtout chez une population (EHPAD) présentant ce risque à plus de 90 %
- il nous semblait plus intéressant (en pratique plus que dans une visée purement épidémiologique), en l'intégrant au « bilan » systématique effectué par les kinésithérapeutes, de l'utiliser comme évaluation globale des risques et des aptitudes,
- et d'établir, grâce à la finesse du test, des programmes adaptés à chaque personne en fonction des thèmes « déficitaires »
- sa faible interactivité avec les troubles cognitifs et une dépendance même lourde nous a semblé enfin en faire un bon outil en EHPAD.

6) L'évaluation du risque iatrogénique

C'est un risque réel en gériatrie, impressionnant par les chiffres :

Selon l'enquête PAQUID , 38 % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile prendraient de 5 à 10 médicaments par jour.

Plus de 8 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 70 ans est en rapport avec un problème iatrogénique (GONTHIER, 1994), que cela soit du à un mésusage ou à un effet indésirable, ou à des interactions négligées.

Nous avons l'habitude de porter notre attention, outre les médicaments connus comme dangereux à utiliser chez la personne âgée, au problème des interactions médicamenteuses.

Autant, la vérification a pu être longue et fastidieuse il y a quelques années, autant elle est aujourd'hui simplifiée par l'informatique (Thésaurus VIDAL), et mérite d'être réalisée systématiquement (quelques minutes suffisent) à l'admission du résident, lorsque l'on examine son ordonnance d'entrée.

Nous avons donc évalué pour chaque résident :

- le nombre de médicaments à l'entrée
- les interactions médicamenteuses

Cette évaluation a permis le dépistage d'un certain nombre de « liaisons dangereuses ».

7) Les grands repères physiologiques et biologiques

Nous en avons fait un chapitre de l'EGS, car il s'agit de paramètres évalués systématiquement, en relation étroite avec certains domaines d'évaluation.

Ils tiennent une place importante dans le dépistage (nutrition, insuffisance rénale), la prévention et les ajustements thérapeutiques.

Ils ont été inclus dans le logiciel d'EGS utilisé, car certains demandent des calculs, et l'informatique a l'avantage de donner immédiatement les résultats, lorsque les paramètres ont été saisis une fois, et ce à chaque évaluation ou re-évaluation.

Les paramètres physiologiques recensés :

- poids
- taille (réelle ou évaluée par la formule de CHUMLEA (genou-talon)
- Indice de masse corporelle
- Indice de BUZBY (Indice de risque nutritionnel) (30)

Les paramètres biologiques indispensables :

- l'évaluation de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft
- la protidémie
- l'albuminémie (en 2° intention)
- la préalbuminémie (en 2° intention)
- la CRP (en 2° intention)

E. Elaboration d'un outil informatique de recueil simplifié, de synthèse et d'interprétation standardisé des tests

Depuis quelques années, à la suite des nombreux travaux sur l'EGS évoqués plus haut (RUBENSTEIN, STUCK, BALAS, LEROUX, etc..), de nombreuses tentatives visant à réduire les temps de passation, normaliser les outils, automatiser l'interprétation standard des tests à l'aide de l'informatique se sont développées, afin de lever le frein lié aux contraintes techniques de l'EGS. Nous en citerons quelques-unes, de façon non exhaustive :

- le Resident Assessment Instrument (RAI) handicapé par son extrême lourdeur (due à sa grande exhaustivité) serait actuellement en passe d'être entièrement informatisé, avec des temps d'évaluation très réduits, l'apparition automatique « d'alertes » dans les différents tableaux de bord, et une ergonomie susceptible de compenser le caractère rédhibitoire lié à son ambitieux concept (9).
- Le « LAGER » (LAngage GÉrontologique de Repérage), est un outil de repérage conçu pour les médecins généralistes, les gériatres ou les médecins coordonnateurs. A l'origine du concept, C. JEANDEL et A. FROBERT (31), soutenus par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, ont cherché à concevoir un outil informatique pratique (logiciel permettant un stockage des informations, un traitement statistique et épidémiologique), doublé d'un outil « papier » (carnet à laisser au domicile du malade ou dans son dossier de soins).
Il permet facilement, dans 15 domaines, un repérage des « problèmes » en consultation, à l'entrée en maison de retraite, ou à domicile, leur hiérarchisation, et l'élaboration d'un projet de soins.
- L'Union Régionale des Médecins libéraux de Corse a présenté un excellent programme sous Excel, présentant une évaluation gérontologique standardisée incluant ADL, IADL, GDS (version 15 items), MNA, et MMS (32). L'outil permet de coter une vingtaine de résidents, d'établir des moyennes et des graphiques ; il donne une interprétation standard de chaque test. De par son extrême simplicité d'utilisation, il peut permettre à tout médecin en établissement ou à domicile d'avoir un outil de base efficace.

- Ph. ETCHEVERRY a proposé, dans un travail de mémoire (33), un excellent outil d'EGS qui regroupe une vingtaine de tests validés, avec interprétation immédiate, d'ergonomie étudiée pour un usage systématique, en EHPAD ou à domicile.
- Beaucoup de logiciels utilisés désormais en établissements de court, moyen et long séjour, et en maison de retraite commencent à inclure dans leur cahier des charges une véritable Evaluation gérontologique dans au moins 5 à 7 domaines.

Pour notre part, à l'occasion de ce mémoire, et devant le nombre de tests d'évaluation existant dans chaque domaine et l'idée qu'une évaluation gérontologique standardisée ne comprendrait pas les mêmes tests à domicile, à l'hôpital, en long séjour ou en EHPAD, ou même suivant les préférences de l'évaluateur principal, nous avons essayé d'élaborer avec l'aide d'une association* un outil informatique dont le cahier des charges était le suivant :

- recenser et mettre en forme le plus grand choix de tests d'évaluation, ce qui permettrait à chaque évaluateur de construire son EGS en fonction de ses paramètres préférés, des domaines retenus, et de la situation environnementale (domicile, hôpital, SSR, EHPAD)

* A.A.I.A.M.S. : Association d'Aide à l'Informatisation des Associations Médico-Sociales

b. permettre une saisie rapide directement à l'écran :

Les Tests

Nouveau

AciamS INGENIERING

Evaluation Gérontologique Standardisée : Les tests

Fichier Administration Tests Imprimés Outils Aide

Récapitulatif
Autonomie
Etat cognitif, comportemental et thymique
Etat nutritionnel
Etat locomoteur
Etat trophique
Douleur
Paramètres physiologiques et biologiques

Robert

Test réalisé le 27/09/2003

MNA

Brockner

il une perte d'appétit ?

Anorexie modérée

Perte de poids (< 3 mois)

Ne sait pas

Motricité

Autonomie à l'intérieur

Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois

NON

Problèmes neuropsychologiques

Démence ou dépression sévère

Indice de masse corporelle

IMC entre 19 et 21

Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

NON

Prend plus de 3 médicaments

OUI

Escarres ou plaies cutanées

NON

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

2 repas

c. permettre d'imprimer des fiches de recueil papier vierges pour chaque test (annexe), de diffusion facile, normalisées, et stockées dans le dossier une fois remplies.

d. donner l'interprétation « standard » validée liée à chaque test

- e. permettre de visualiser et d'imprimer une fiche récapitulative globale de l'EGS, présentant le recueil des paramètres physiologiques, et le résultat de chaque test retenu par l'évaluateur :

The screenshot shows a software window titled 'Evaluation Gérontologique Standardisée : Les tests'. The interface includes a menu bar (Fichier, Administration, Tests, Imprimés, Outils, Aide), a dropdown menu for 'Le Résident' (X. Robert), and a date field 'Commentaire du 27/09/2003'. On the left, there is a logo 'Les Tests' and buttons for 'Nouveau' and 'Imprimer'. Below the buttons is a small image of a waterfall and the 'Aciams INGENIERING' logo. The main content area displays two sections of data:

Paramètres physiologiques :	
Age :	86
Poids actuel :	58 kg
Poids de référence :	65 kg
Taille réelle :	165 cm
Taille estimée :	160 cm
IMC :	21
IRN :	90.4

Paramètres biologiques :	
Clairance :	36.3 ml / min
Albuminémie :	35
Pré-albuminémie :	19
CRP :	10

- f. permettre que cette fiche récapitulative comporte deux espaces où l'évaluateur principal puisse pondérer les résultats « standard » des tests, les commenter, et dresser la liste des interventions de prévention ou de soins souhaitables.

Evaluation G erontologique Standardisée : Les tests

Fichier Administration Tests Imprimés Outils Aide

Le Résident : X. Robert

Commentaire du 28/09/2003

Les Tests

Nouveau

Pr c dent

Imprimer

Fiche Récapitulative Paramètres physiologiques

A.D.L. :	4	Autonomie altérée, précautions à prendre
A.G.G.I.R. :	4	GIR 4
M.M.S. :	25	Atteinte cognitive débutante probable, mais tenir compte du niveau d'�ducation
G.D.S. :	23	Dépression sévère
HAMILTON :	19	Absence d'anxiété
M.N.A. :	11.5	Existence d'une malnutrition
T.M.M. :	14	Troubles sérieux de la marche et de la verticalité. A surveiller ++
T. up and go :	> 30	Troubles sévères de la marche : passer le Get Up and Go
NORTON :	16	Pas de risque

1. Conclusions du médecin :
Autonomie locomotrice avec risques de chute à surveiller, début de troubles cognitifs et syndrome dépressif sévère. Présence d'une malnutrition. Patient semblant en perte d'autonomie globale. Clairance créat limite.

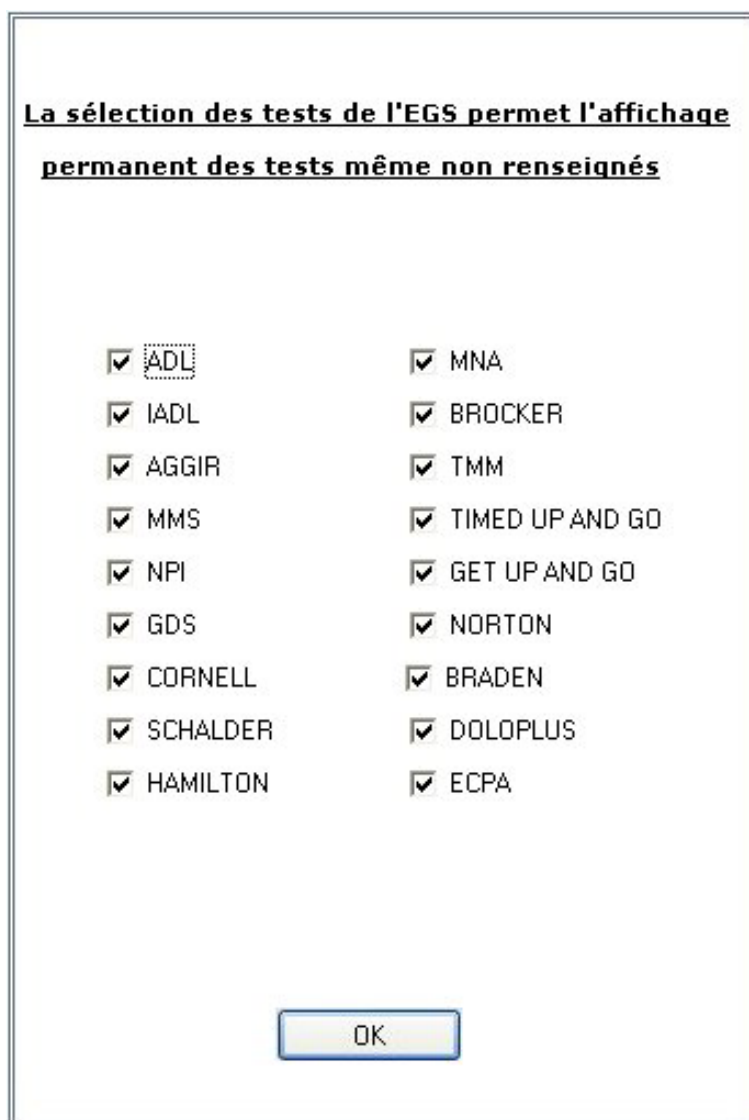
2. Interventions proposées :
Réadaptation à la marche soutenue. Traitement du syndrome dépressif. Mise en place d'un programme de renutrition. Atelier mémoire. Surveillance des traitements médicamenteux et des risques iatrogènes (clairance basse).

Aciaims
INGENIERING

- g. permettre un archivage des différents tests effectués pour une même personne, afin de pouvoir les comparer, donc faciliter le suivi.
- h. permettre un certain nombre de statistiques et de requêtes visant à utiliser la banque de données ainsi recueillie au fil du temps, pour améliorer la stratégie d'accueil et de soins de l'établissement (notamment par l'intermédiaire du rapport annuel d'activité figurant au cahier des charges de la convention tripartite)
- i. permettre la sauvegarde, l'exportation et l'importation des données.

L'utilisation de ce logiciel a mis rapidement en évidence plusieurs avantages dans le cadre de l'utilisation d'une EGS assez lourde du type choisi pour notre étude dans l'EHPAD :

- la possibilité, pour le médecin responsable (ou coordonnateur en EHPAD) de se confectionner une EGS personnalisée, en fonction des caractéristiques de son établissement ou de ses préférences :



- la maniabilité du recueil manuel sur des fiches normalisées, distribuées à plusieurs « familles » d'évaluateurs, le médecin pouvant saisir les résultats dans un second temps, après les avoir discuté avec l'évaluateur (annexes).
- la possibilité d'insérer ces fiches papier dans les dossiers de soins ou médical

- la possibilité de créer et d'imprimer une sorte de « **fiche d'identité gériatologique** » de chaque nouvel arrivant, incluant le résultat global de l'EGS, avec les principaux paramètres physiologiques et biologiques, et de proposer des interventions (de la part du médecin coordonnateur en EHPAD) qui n'empiètent pas sur la prise en charge d'un médecin traitant venant soigner son patient. Le prétexte de cette évaluation (obligatoire) a permis dans tous les cas d'engager le dialogue autour de ce document avec le médecin traitant, et de le faire adhérer confraternellement au projet médical d'établissement dans la mesure où les actions envisagées étaient complémentaires de son art, sans remettre en question son statut (annexe)
- la possibilité de mettre rapidement en place les **interventions nécessaires**, graduées pour chaque domaine expertisé, et de les globaliser autour d'un plan de soins détaillé.
- la possibilité, grâce à la sauvegarde de tous les tests réalisés antérieurement, de pouvoir (rapidement et facilement) faire des comparatifs et **apprécier l'efficacité des interventions** sur la base d'évaluations faite dans les mêmes conditions.
- la possibilité d'intervenir, grâce à des **études statistiques**, dans le projet d'établissement, avec des arguments objectifs, à propos du recrutement, de l'adéquation des moyens. Le même avantage se retrouve au moment des discussions budgétaires avec les organismes de tutelle, autour d'une population parfaitement expertisée en terme de besoins.

Si beaucoup de ces avantages sont en fait directement imputables à la pratique régulière et systématique d'une évaluation gériatologique standardisée de qualité dans les établissements, un outil informatique adapté va permettre :

- de minimiser le caractère assez fastidieux du recueil des données et de leur interprétation
- d'augmenter considérablement le nombre de données recueillies, et surtout leur potentiel de traitement
- de rendre finalement l'EGS « faisable » et très vite utile dans la pratique, là où beaucoup d'équipes renoncent à une utilisation systématique en raison de l'important déploiement de moyens humains qu'elle nécessite, hors assistance informatique.

F. Résultats de l'étude

L'étude a été réalisée sur 30 patients accueillis dans l'EHPAD «Les 4 Trèfles» au cours de l'année 2003.

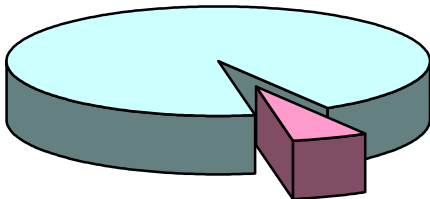
Tous les tests n'ont pu être réalisés sur chaque patient (exemple MMS ou MNA chez des personnes en état de démence très avancée), mais dans l'ensemble le taux de recueil a été important.

Trois résidents sont sortis rapidement de l'étude, et n'ont pu y être inclus (sortie prématurée, décès) pour cause de résultats trop incomplets.

1) Données épidémiologiques

a. Sexe

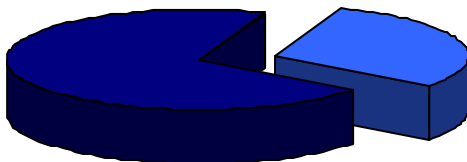
□ hommes = 6 □ femmes = 21



b. Age

Il s'échelonnait de 61 à 102 ans, avec une **moyenne de 82.62 ans**

■ 60 - 79 ans ■ 80 ans et plus

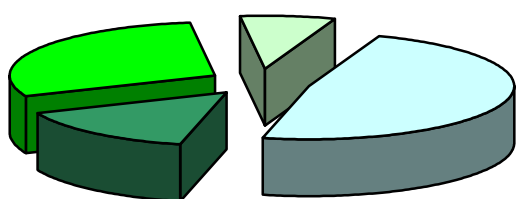


L'âge moyen d'entrée en institution est comparable avec les chiffres cités au niveau national. Il montre bien la grande spécificité nécessaire aux établissements d'accueil, et la nécessité qu'elles développent un véritable projet médico-social étroitement adapté à la prise en charge de ce type de population très âgée.

c. Provenance

La proportion de personnes âgées venant directement du domicile est étonnante, compte tenu des caractéristiques assez élevées de dépendance et de pathologies. Elles s'expliquent toutefois par la clientèle de proximité, des conditions de vie assez aisées (8^o arrondissement) associées à un environnement familial très présent ayant permis un maintien à domicile assez prolongé, dans de bonnes conditions.

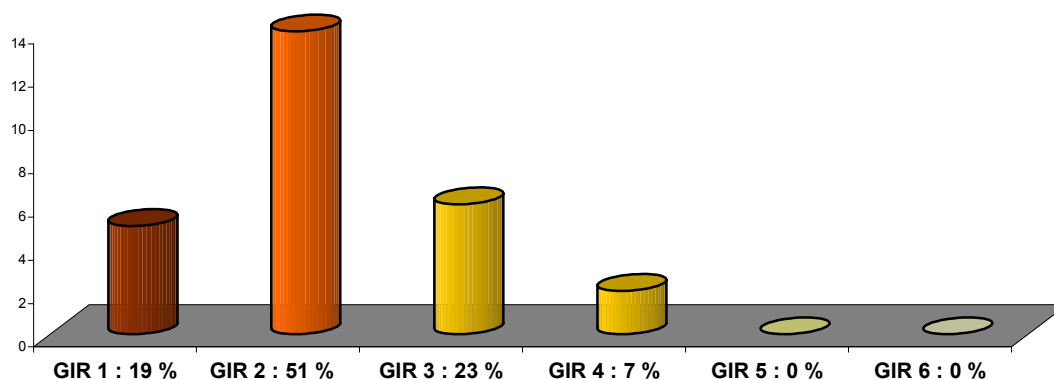
- Domicile 48 %
- Court séjour (hôpital) 14 %
- Moyen séjour (soins de suite) 29 %
- Autre Maison de retraite 7%



2) Les données de l'Evaluation Gérontologique Standardisée

Les chiffres donnent une photographie de l'état des personnes âgées au moment de l'évaluation. Les résultats de l'interprétation des tests sont standardisés, avant personnalisation par l'évaluateur principal de l'ensemble des tests, et le compte rendu global (annexe)

1. DEPENDANCE



70 % des personnes accueillies appartiennent au groupe iso-ressources 1 et 2, c'est-à-dire des niveaux de dépendance assez élevés, que ce soit sur le plan physique ou mental. L'évaluation des risque de chute chez les personnes au comportement cognitif très altéré, mais déambulant, l'évaluation de la dénutrition ou des risques trophiques chez les personnes alitées sont capitales pour une bonne prise en charge dans ces deux groupes,

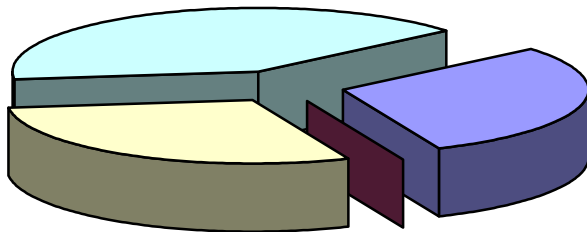
2. ETAT NUTRITIONNEL ET RISQUE DE DENUTRITION

L'état nutritionnel

Évalué par l'intermédiaire du Mini Nutritional Assessment

Évaluation de la nutrition

- pas de risque de dénutrition (test de dépistage négatif) : 30 %
- supérieur à 23,5 : équilibre correct (surveillance mensuelle du poids) : 0%
- compris entre 17 et 23,5 : risque de MPE (évaluation clinique et para-clinique nécessaires) : 30 %
- inférieur à 17 : malnutrition (enquête alimentaire et bilan biologique nécessaires) : 40 %



40 % des résidents accueillis présentaient un état de malnutrition, confirmé par la clinique,

30 % des résidents présentaient un risque de malnutrition protéo-énergétique
seules 30 % des personnes accueillies présentaient un état nutritionnel correct

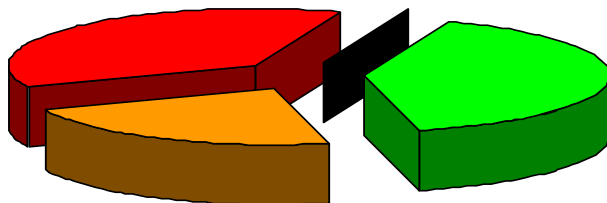
Le MNA nous a semblé un excellent outil de mesure en terme de risque. En effet, il ne demande que peu de participation du patient, peut être éventuellement rempli avec la famille ou l'aidant principal. Nous avons été surpris, en le corrélant au poids et à la protidémie, de son potentiel de dépistage, quand l'impression générale et l'examen clinique ne nous orientaient pas vers une telle réalité.

le risque de déshydratation

Il s'agissait donc, en dehors de toute déshydratation clinique et des différents moyens, parfois sophistiqués pour en faire le diagnostic (34) de mesurer le risque de déshydratation des personnes accueillies, en mesurant les conditions de base indispensables à une hydratation correcte (échelle interne, non validée). Ces conditions ont trait pour la plupart à la capacité des sujets à avoir des initiatives pour s'hydrater (boire spontanément), manifester leur besoin (demander à boire), aux altérations physiques (troubles de la déglutition), et aux conditions pathologiques actuelles interférentes (pathologie intercurrente, infection, sédation). Les patients déshydratés cliniquement n'ont pas été pris en compte.

Risque de déshydratation

- risque faible, incitation simple : 40 %
- existence d'un risque : incitation, surveillance : 22 %
- risque confirmé, surveillance rapprochée, compléments éventuels : 37 %
- risque majeur, action préventive indispensable (hypodermoclyse) : 0 %



Près de **60 %** des résidents accueillis présentaient un ou plusieurs facteurs de risque susceptibles d'induire une déshydratation, résultat largement confirmé dans les semaines suivantes, par l'observation et la surveillance des soignants.

3. ETAT COGNITIF ET THYMIQUE

Les tests retenus pour évaluer ce domaine ont été :

- le Mini Mental State Examination (MMS) de FOLSTEIN, dans la version GRECO, pour les troubles cognitifs : une personne atteinte de maladie d'Azheimer avancée n'a pu être évaluée, d'autres personnes ont été cotées sur 27 ou 28, en fonction d'incapacités ou handicaps (cécité, apraxies).
- La Geriatric Depression Scale (version 30 items) pour évaluer l'état dépressif
- L'échelle de HAMILTON (HAM-A) pour évaluer l'anxiété

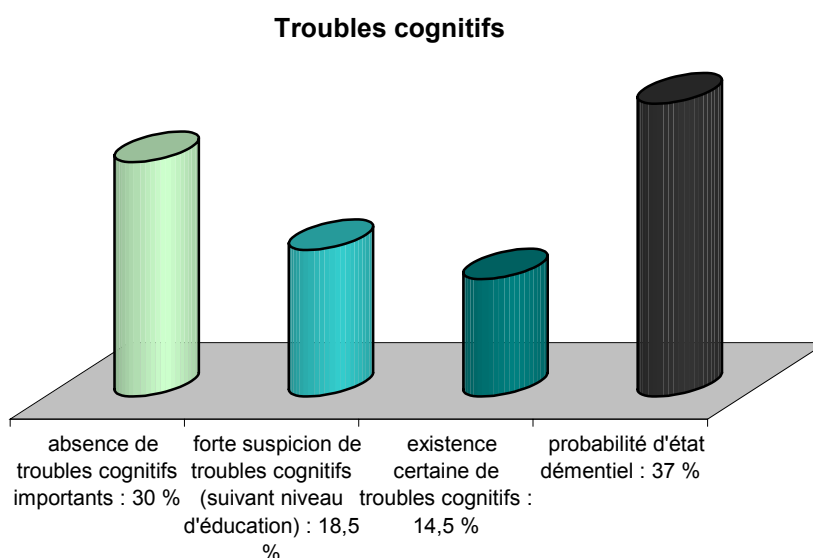
✚ Etat cognitif (MMS)

70 % des personnes accueillies présentaient une **détérioration cognitive**, dont plus de la moitié un état démentiel probable (dégénératif dans la majorité des cas, vasculaire ou psychiatrique vieilli pour quelques-uns). L'interprétation du MMS se faisait ainsi :

27 à 30 : absence probable de troubles cognitifs

24 à 27 : existence probable de troubles cognitifs

moins de 24 : présence certaine d'un déficit cognitif



L'importance de ce score ne nous a que peu surpris, dans la mesure où il semble que la détérioration cognitive demeure de loin le principal facteur d'institutionnalisation, alors que des pathologies organiques même lourdes sont de plus en plus aptes à être maintenues à domicile (progrès considérable de « l'hospitalisation à domicile », non pas au sens du service hospitalier ayant cette dénomination, mais au sens de toute la dynamique de sociétés, associations, services fournissant le matériel nécessaire et sa maintenance ; au sens également de l'amélioration du remboursement de certaines prestations et matériels à domicile (oxygénothérapie, alimentation entérale, chimiothérapies, pansements complexes, etc..).

La limite du maintien à domicile reste donc la nécessité de la présence d'une tierce personne, lorsque l'aidant principal, après plusieurs années difficiles, va « jeter l'éponge ».

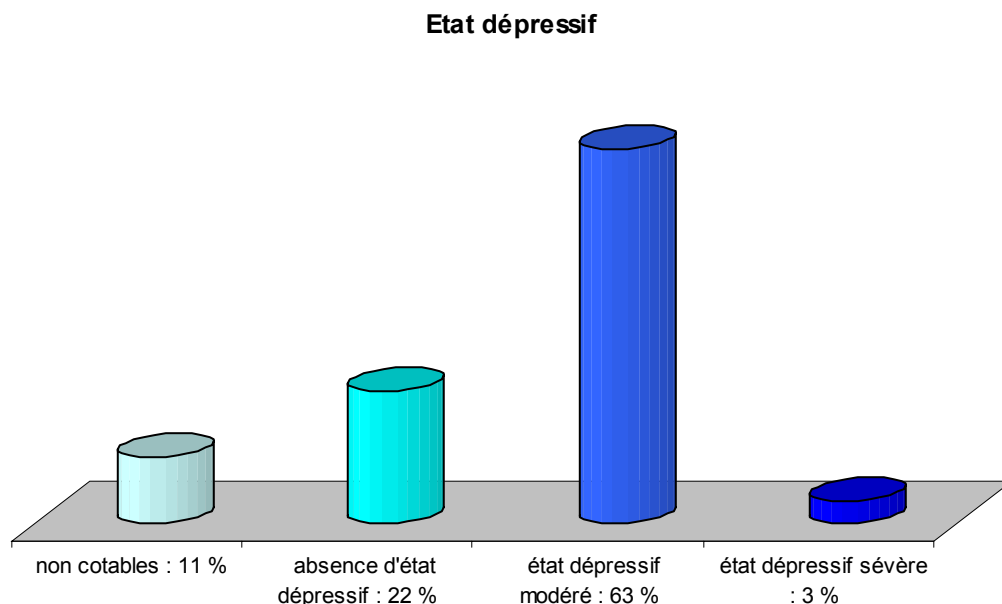
L'évaluation cognitive à l'entrée confirme cette constatation.

En terme de prise en charge en EHPAD, elle invite surtout les acteurs du soin à ne pas oublier que les troubles cognitifs agissent de façon aggravantes sur l'ensemble des autres dimensions gérontologiques. Hormis cette vision, l'évaluation des troubles cognitifs a moins d'importance en terme de dépistage des risques. En effet, les MMS sont pratiquement tous perturbés, à des degrés divers, et il est difficile, sur les scores intermédiaires (24 -27), de faire la part du vieillissement et des hypothétiques maladies dégénératives dans l'initiation de traitement non dénués d'effets secondaires (après 80 ans).

Dans le sens inverse, il nous arrive parfois de pouvoir remettre en question des diagnostics de démence sur la fois de MMS redevenus tout à fait normaux, les déséquilibres des autres domaines gérontologiques ayant été corrigés !

✚ Etat dépressif

Apprécié à l'aide de l'échelle GDS (30 items), il a laissé l'impression d'un test relativement difficile à rendre fiable chez les personnes présentant des troubles cognitifs, l'existence d'une anosognosie ou d'une présentation moriatique étant susceptibles de rendre le test douteux. Par ailleurs 3 personnes n'ont pu effectuer le test. On signalera également la difficulté pour les personnes de se tenir aux questions fermées (oui - non), et leur tendance à faire des réponses ouvertes, difficilement interprétables.



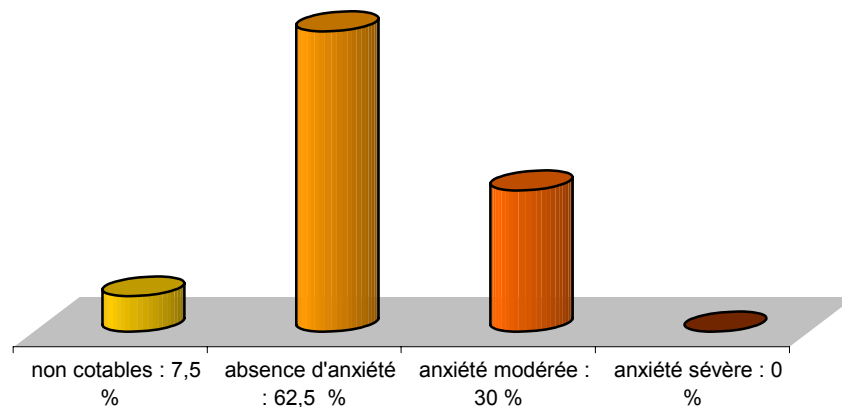
Nous avons retenu l'échelle à 30 items en raison de l'existence d'un score seuil (13, pour la certitude de l'existence d'un état dépressif), ce qui nous intéressait dans le cadre d'un dépistage. **14 personnes sur 27**, soit plus de 50 % entraient dans ce cadre.

Plus intéressant, **37 % d'entre elles ne bénéficiaient d'aucun traitement.**

Evaluation de l'anxiété

L'anxiété a été évaluée à l'aide de l'échelle de HAMILTON, outils assez ancien, mais valide. Sa principale difficulté, en usage courant, tient à la graduation de chaque item. En effet, l'échelle de LIKERT permettant cette appréciation (absent, intensité légère, intensité moyenne, intensité forte, intensité maximale (invalidante), n'est pas évidente d'utilisation et nécessite un entraînement de l'utilisateur.

Evaluation de l'anxiété



Les résultats sont à interpréter en fonction de la présence importante de troubles cognitifs dans cette population, et de la large diffusion des traitements anxiolytiques, que ce soit à domicile ou dans les établissements de soins.

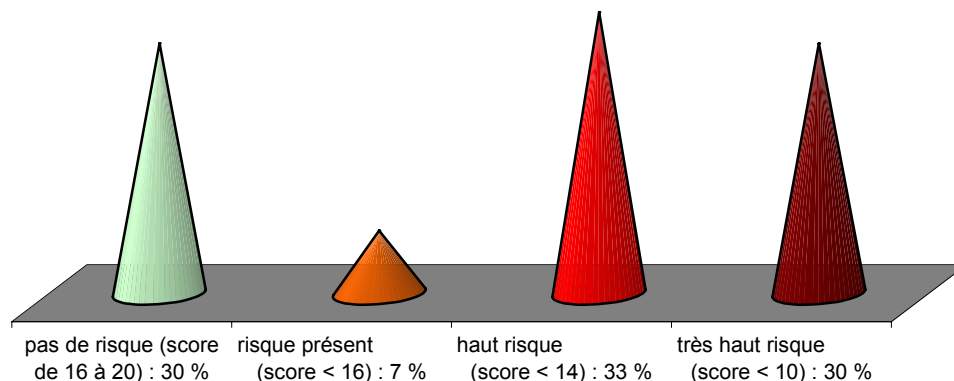
On peut donc penser qu'elle n'a que peu de valeur de dépistage (aucun cas d'anxiété sévère dépisté), et qu'on peut l'affecter au suivi de l'efficacité des traitements entrepris, surtout dans le versant des plaintes somatiques qu'elle individualise parfaitement : ces plaintes sont en effet fréquentes chez la personne âgée, dans l'expression anxieuse. (35)

4. ETAT TROPHIQUE ET RISQUE D'ESCARRE

C'est une évaluation qui se révèle, en dépit de l'apparente simplicité de l'échelle, d'une grande utilité, dans le cadre d'un dépistage des risques (plutôt sous-évalués en institution avant apparition d'une pathologie intercurrente sérieuse), et dans le cadre de la graduation des procédures à mettre en œuvre suivant le degré du risque.

L'échelle de NORTON a été utilisée, en raison de sa grande diffusion et de sa bonne connaissance de la part des acteurs du soins :

Risque de plaie de pression



Le score seuil de 16 pour l'existence ou non du risque a été retenu.

Dans cette population âgée et dépendante, moins d'un tiers des personnes accueillies ne présente pas de risque de développer une plaie de pression.

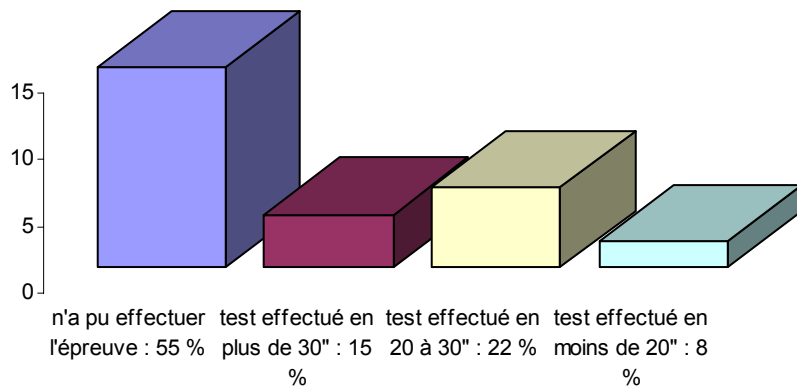
Un tiers des personnes, avec un score inférieur à 10, sont susceptibles de développer une plaie spontanément, même en l'absence d'agression physiologique intercurrente, si des moyens de prévention importants ne sont pas mis immédiatement en place.

5. AUTONOMIE LOCOMOTRICE ET RISQUE DE CHUTE

Nous avons utilisé deux types de tests :

- le simple « TIMED UP AND GO » qui évalue la vitesse avec laquelle une personne assise peut se lever, parcourir 3 mètres, faire demi-tour, revenir vers la chaise, la contourner, et se rasseoir. Une évaluation qualitative rapide de l'équilibre statique, de la marche et des transferts est possible dans ce test très simple.
- Le « Test Moteur Minimum » nous a également semblé intéressant, dans la mesure où il donne une « note motrice » globale (sur 20), permet d'apprécier les risques de chute et l'équilibre, et oriente la prise en charge vers les thèmes déficitaires (décubitus, position assise, position de bout, marche) importants dans une population âgée (par exemple, en axant la prise charge d'une personne grabataire sur la possibilité d'aider à se tourner sur le côté, se tenir durant les soins, etc...)

Timed up and go

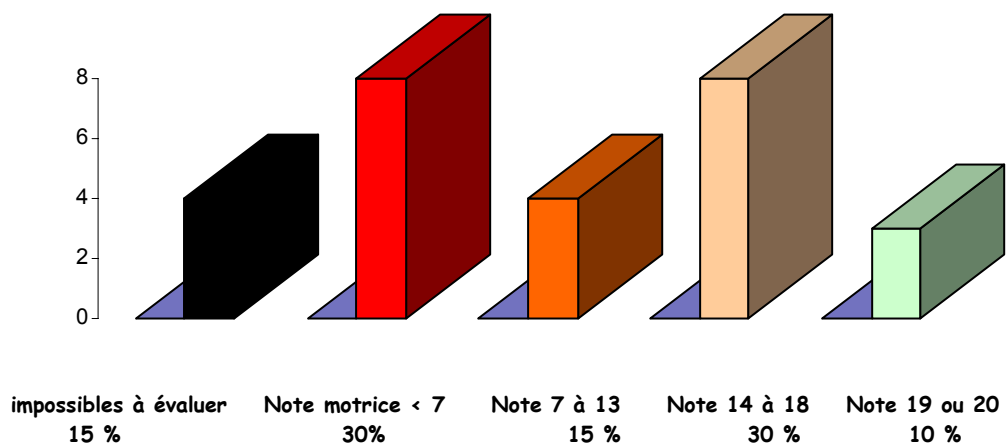


30 % des sujets ont pu effectuer le « Timed Up and Go » en moins de 30 secondes, 8 % seulement en moins de 20 secondes, seuil du risque concernant la mobilité.

En ce qui concerne le Test Moteur minimum, la « note motrice » nous a permis d'individualiser :

- les personnes ayant un score inférieur à 7 (grabataires ou semi-grabataires)
- les personnes ayant un score égal ou supérieur à 7 et inférieur à 14 présentant de sérieux troubles de la verticalité, avec risque de chute permanent,
- les personnes présentant un score égal ou supérieur à 14 et inférieur à 19 présentant des altérations de la marche et de l'équilibre, avec un risque de chute d'autant plus important qu'elles étaient quasi-autonomes pour leurs déplacements,
- les personnes présentant une note motrice de 19 et 20, présentant peu de risques.

Test Moteur Minimum (note motrice)



Environ 65 % des personnes accueillies présentent donc à des degrés divers, des troubles de la verticalité, de l'équilibre et de la marche.

Seules 10 % des personnes (à rapprocher du « Timed up and go » : 8 %) n'ont que peu de risques de chuter.

Cette évaluation, outre son intérêt dans la mise en place de projets de prévention personnalisés, prend toute sa dimension lorsqu'elle est corrélée aux procédures de recensement des chutes, d'identification des causes (cause humaine ou environnementale), et de suivi des conséquences (hospitalisations). L'identification de chutes liées à une configuration inadaptée des locaux d'accueil ou de leur ameublement permet en effet de mettre en place une politique de réhabilitation des locaux, par ailleurs inscrite dans les contrats d'objectifs institutionnels..

6. EVALUATION DU RISQUE IATROGENIQUE

Le nombre de médicaments par ordonnance a été relevé à l'entrée.

- ✚ La personne en prenant le moins en prenait 3
- ✚ la personne en prenant le plus en prenait 12
- ✚ le nombre moyen de médicaments par personne était de 7.7

soit une **moyenne de 7.7 médicaments par résident à l'entrée.**

Les interactions médicamenteuses ont été relevées, grâce à la base de données de la version informatique du VIDAL, qui permet des analyses de prescription, et classe le risque d'interactions en 4 niveaux de gravité :

- niveau 1 : risque d'interaction à prendre en compte
- niveau 2 : précaution d'emploi
- niveau 3 : association déconseillée
- niveau 4 : contre indication

Entre 0 et 9 (pour une ordonnance) risque d'interactions ont été relevés, avec une **moyenne de 2 risques d'interaction par patient.**

Les tableaux ci-dessous montrent :

- le palmarès des risques les plus souvent rencontrés
- le type d'interaction rencontré par niveau de gravité

NATURE DE L'INTERACTION	Nombre de cas	Niveau de risque
Risque majoré de neurosédation	28	1
Risque majoré d'hypotension orthostatique	5	1
Risque d'insuffisance rénale malade à risque. Réduction effet antihypertenseur	4	2
Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointe	4	2
Risque de bradycardie excessive ou de BAV	3	2
Risque majoré de dépression respiratoire pouvant être fatale en cas de surdosage	2	1
Risque majoré de neurosédation	1	2
Risque majoré de neurosédation	1	3
Variations possibles de l'effet anticoagulant	1	1
Risque de diminution du taux d'haloperidol	1	2
Risque de majorer une hypokaliémie	1	4
Risque de limitation de l'effet antidépresseur	1	1
Risque majoré d'effets indésirables cardiaques	1	3
Risques majorés d'hypoglycémie	1	2
Risque de diminution de l'absorption digestive des sels de fer	1	2
Risque d'hypercalcémie	1	1
Risque de majoration de l'effet antihypertenseur	1	2
Risque d'augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral	1	2

Tableau 1 : risques d'interactions les plus souvent rencontrés

NATURE DE L'INTERACTION	Nombre de cas	Niveau de risque
Risque de majorer une hypokaliémie	1	4
Risque majoré de neurosédation	1	3
Risque majoré d'effets indésirables cardiaques	1	3
Risque majoré de neurosédation	1	2
Risque d'insuffisance rénale malade à risque. Réduction effet antihypertenseur	4	2
Risque de diminution du taux d'haloperidol	1	2
Risque de bradycardie excessive ou de BAV	3	2
Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointe	4	2
Risques majorés d'hypoglycémie	1	2
Risque de diminution de l'absorption digestive des sels de fer	1	2
Risque de majoration de l'effet antihypertenseur	1	2
Risque d'augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral	1	2
Risque majoré de neurosédation	28	1
Risque majoré de dépression respiratoire pouvant être fatale en cas de surdosage	2	1
Risque majoré d'hypotension orthostatique	5	1
Variations possibles de l'effet anticoagulant	1	1
Risque de limitation de l'effet antidépresseur	1	1
Risque d'hypercalcémie	1	1

Tableau 2 : risques d'interactions rencontrés par ordre de gravité

En terme de temps passé/rendement, on voit que le recensement des interactions à l'entrée en établissement est intéressant à faire de façon systématique.

On pourra corrélérer ces résultats :

- avec le risque de chute au premier plan (neurosédation, hypotension orthostatique, majoration de l'effet antihypertenseur) : 37 cas d'interactions et de risques pouvaient ainsi aggraver le risque de chute
- avec la bonne gestion des traitements cardio-vasculaires et anticoagulants (troubles du rythme, bradycardie, hypokaliémie, risque hémorragiques) : 17 cas d'interactions possibles intéressaient cette sphère.

7. EVALUATION DES GRANDS REPERES PHYSIOLOGIQUES

Notre EGS incluait systématiquement les repères suivants :

- poids actuel
- poids de référence (si possible)
- taille (ou taille estimée)
- Protidémie (avec albuminémie, pré-albuminémie et CRP en cas d'hypoprotidémie franche)
- Clairance de la créatinine suivant la formule de Cockcroft

L'informatisation du recueil de ces paramètres permet de déterminer automatiquement :

- le calcul de la **clairance** (âge et sexe ayant été entrés avant les tests)
- le calcul de l'**Indice de masse corporelle**
- le calcul de la **taille estimée**, à partir de la distance talon-genou, suivant la formule de CHUMLEA
- l'indice de BUZBY, **indice de risque nutritionnel** qui corrèle le poids, le poids de référence et l'albuminémie : il permet de donner un pourcentage de perte pondérale, et un indice (IRN) permettant de repérer une MPE sévère, modérée ou légère, ou l'absence de MPE.

Le calcul de la clairance de la créatinine semble avoir le plus fort potentiel de dépistage chez la personne âgée. Dans notre étude en effet, sur 27 patients, tous les dosages sanguins de créatinine étaient inférieurs à 12 mg/ml, sauf 5 dosages qui étaient à 13 (mg/l), et 1 à 14.

Le calcul de la clairance (bien que l'on puisse le pondérer en cas de très grand âge ou de surpoids) faisait apparaître :

- un premier groupe avec des résultats égaux ou supérieurs à 80 ml/mn : 4 personnes
- un groupe de 13 personnes ayant des résultats compris entre 30 et 60 ml/mn
- un groupe de 8 personnes ayant une clairance inférieure à 30 ml/mn

Dans l'ensemble, il était impossible de faire la part des choses en disposant du seul dosage sanguin de la créatinine ; des actions préventives concernant les traitements, la surveillance rapprochée en cas d'agression physiologique et de risque d'insuffisance rénale fonctionnelle pouvaient être ainsi négligées en l'absence du calcul de la clairance ;

Le poids, corrélé à la taille réelle ou estimée est un élément indispensable (pas toujours facile à relever chez des patients dysautonomes) à la prévention de la malnutrition .

La formule de CHUMLEA nous a permis d'évaluer **la taille** des patients. Plus de la moitié en effet étaient impossibles à mesurer pour des raisons techniques. La taille, même estimée, est indispensable au calcul de **l'indice de masse corporelle**, lui-même indispensable au MNA...

La protidémie (pour des problèmes de coût) a été utilisée de préférence à l'albuminémie/pré-albuminémie.

16 personnes présentaient une protidémie supérieure à 60, soit environ 60 %. Ce chiffre est à rapprocher de celui du MNA étudié plus haut : 30 % de personnes reconnues comme sans risque de dénutrition par le MNA, 30 % de personnes reconnues comme présentant un risque de malnutrition, 40 % de personnes dénutries.

On constate que **la moitié des personnes présentant une protidémie normale ont quand même un risque de malnutrition**, et que la seule protidémie a plus une valeur de constat que de prédiction. Associée au MNA, elle devient beaucoup plus « parlante » en terme de risque de dénutrition.

III - DISCUSSION

Au terme de cette étude et à la lumière des évaluations réalisées, nous pouvons essayer de répondre à plusieurs questions, commenter certains résultats.

1. Données épidémiologiques et facteurs de risque.

Le maintien à domicile.

Compte tenu de la proportion assez importante (48 %) de personnes venant directement du domicile, pour un âge moyen de plus de 82 ans, les résultats en terme de :

- dépendance : 70 % de personnes classées dans les groupes iso-ressources 1 et 2,
- d'autonomie locomotrice (10 % de toutes les personnes admises sans risque de chute),
- de nutrition (70 % des personnes accueillies présentant une malnutrition ou un risque de malnutrition)
- d'état cognitif (70 % des personnes ayant un état cognitif altéré)
- de risque iatrogène,

...laissent penser que les personnes admises l'ont été en raison des limites du maintien à domicile. La question que l'on pouvait se poser à propos de la pertinence de l'institutionnalisation trouve sa réponse dans ces chiffres :

- On peut en effet penser que compte tenu des nombreux risques dépistés à l'entrée, en l'absence apparemment d'une prise en charge en cours, ceux-ci ne l'avaient probablement pas été à domicile, du moins de façon systématique.
- On peut facilement imaginer que le maintien à domicile, qui a été poussé assez loin, aurait pu se faire dans de meilleures conditions encore si les risques avaient été tous recensés et fait l'objet d'actions de prévention ou de correction.
- L'institutionnalisation, qui s'est faite dans la majorité des cas en urgence (que les gens viennent du domicile ou après une hospitalisation), aurait pu alors se faire dans de meilleures conditions, lorsque l'évaluation aurait posé son indication, hors urgence.

Ces réflexions suggèrent qu'à domicile également, le praticien a besoin, à côté de sa « gestion » des grandes pathologies classiques du vieillard, d'un outil rapide d'évaluation gériatrique : risques de chute, risque de malnutrition, état dépressif et risque iatrogène semblent cependant être pour le moment des domaines pour lesquels l'intérêt de la prise en charge « de ville » semble assez lointain, si l'on se réfère aux résultats de notre évaluation. Ces risques sont pourtant de grands pourvoyeurs de dysautonomies physiques et mentales, et donc des facteurs d'apparition de la dépendance et d'institutionnalisation.

A chaque praticien donc de composer son outil d'évaluation à partir d'un certain nombre de tests, en fonction des certains paramètres de rapidité et de fiabilité.

2. Utilisation de l'EGS en EHPAD

L'utilisation de l'EGS en établissement nous a permis de mettre en évidence, grâce à cette étude, son impact sur un certain nombre de problématiques des acteurs du soin (mais également des acteurs administratifs) : elle renseigne en effet un certain nombre de paramètres importants qui vont permettre d'étayer des décisions à plusieurs niveaux : admission, mise en adéquation des moyens, organisation des soins, suivi de l'efficacité des actions entreprises.

a) le problème de l'admission en EHPAD

La réforme de la tarification a introduit la notion de *Gir Moyen Pondéré (GMP)*, score global moyen du niveau de dépendance des personnes accueillies dans un même établissement, qui régule le montant du prix de journée accordé par les organismes de tutelle.

Il appartient donc au gestionnaire et à l'équipe soignante, au moment d'une demande d'admission, d'évaluer le candidat afin de déterminer si son niveau de dépendance est en adéquation avec les moyens dont dispose l'établissement.

Il ne nous est pas toujours possible, en tant que médecin coordonnateur, de réaliser une EGS avant que l'admissibilité soit prononcée, et bien que l'établissement puisse se réserver le droit, dans le mois qui suit, de réviser son accord sur l'admission définitive (ce qui ne se fait jamais en pratique), nous devons compter sur la qualité des renseignements obtenus auprès des familles ou des services demandeurs avant l'admission.

C'est en ce sens que nous avons conçu un dossier de demande d'admission où les renseignements demandés (à remplir par le médecin traitant ou le service demandeur) s'appuient sur les grands chapitres de l'EGS, sous une forme simplifiée.

Le domaine de l'admission représente donc une première grande application de l'utilisation de l'EGS en établissement pour personnes âgées, sous une forme restant à formaliser de façon plus standardisée et familière aux médecins demandeurs (l'idéal restant bien entendu que chaque demande d'admission soit accompagnée des résultats d'une véritable EGS !)

b) Le dépistage des risques à l'entrée en EHPAD

La bonne évaluation des risques à l'admission en EHPAD est une nécessité absolue à bien des égards :

L'expérience nous a montré en effet que la période de l'entrée en institution est une période extrêmement « sensible » même chez une personne âgée apparemment en « bon état », en raison du stress induit par le changement de situation environnementale. La qualité et la rapidité de l'évaluation des risques sont indispensables, car la fragilité apparente n'est pas toujours une bonne image de la fragilité réelle en cas d'agression de ce type.

Les résultats de l'étude concernant surtout l'état nutritionnel, l'état cognitif et thymique, les risques de chute, le risque iatrogène, et le risque de plaie de pression, nous ont montré que dans bien des cas, ces risques pouvaient être méconnus ou ignorés antérieurement.

Ils ne pouvaient par ailleurs, qu'être difficilement suspectés lors d'un examen superficiel ou simplement clinique du patient.

c) La mise en place des actions spécifiques

Les établissements d'accueil pour personnes âgées sont passés en quelques années :

- du statut « d'hôtel » 3^o âge (et ce concept existe encore), où la prise en charge est centrée sur l'hébergement, les services associés (restaurant, linge, ménage, etc...), alors que la prise en charge médicale reste entièrement sous la responsabilité d'intervenants libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes) sans aucune notion de coordination, encore moins de « politique » gériatrique. L'apparition de la dépendance (troubles de la marche, incontinence) a valeur le plus souvent de rupture de contrat de la part de la personne accueillie, et implique une nécessité de « placement ».
- A celui tenu à l'époque par certains services hospitaliers , V 90 et V 120, unités de soins de longue durée, où une prise en charge médicale et de la perte d'autonomie a toujours été structurée autour des besoins d'une population très dépendante.

Aujourd'hui, les EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont amenés à prendre en charge sur le plan de l'hébergement (adapté), de la dépendance et des besoins médicaux cette population de grand vieillards ou de personnes ayant totalement perdu leur autonomie psychique et/ou physique. Leurs besoins en terme de surveillance médicale ou de gestion de la dépendance sont tels que leur satisfaction ne peut pas être organisé spécifiquement lors d'un maintien à domicile. Il en est de même pour les services de court séjour ou de moyen séjour gériatriques, tant les moyens nécessaires et les qualifications en personnel sont importants et difficiles à coordonner.

Ainsi, hors urgence vitale, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont désormais amenés à remplir un rôle - sur le plan médical - jusqu'alors réservé aux établissements du secteur sanitaire.

Il leur incombe donc, dès que la personne âgée est admise, de pratiquer un double « audit » :

1. **celui des pathologies en cours** (plus de 4 par patient aux 4 Trèfles selon l'évaluation PATHOS), avec l'aide du médecin traitant, afin d'assurer une continuité des soins optimale et exempte d'effets iatrogéniques.
2. **celui de l'état gériatrique exact**, en fonction des données de l'EGS

En fonction de ces 2 audits, les acteurs des soins vont pouvoir déclencher des actions à tous les niveaux de la prise en charge :

- continuité des soins (traitements, pansements, actes techniques quotidiens) à assurer immédiatement,
- diagnostics gériatriques nécessitant des actions immédiates (prévention des risques trophiques, nutrition, déshydratation, risques iatrogènes)
- évaluations gériatriques des risques à court et moyen terme (prévention des chutes, troubles cognitifs, amélioration de la dépendance, actions sur l'amélioration de l'autonomie locomotrice, gestion du risque rénal, etc..)
- prise en compte de certaines spécificités gériatriques, non étudiés dans cette étude (plutôt centrée sur le dépistage), mais dont la haute prévalence en institution nécessite une bonne maîtrise : douleur, communication, incontinence, infections nosocomiales, soins dentaires, syndromes confusionnels, contention, bien être psycho-social, lutte contre l'isolement sensoriel, soins palliatifs et accompagnement de fin de vie)

Dans notre établissement, à la suite de sa mise en place, l'EGS a commencé à bouleverser la stratégie de prise en charge, en personnalisant d'emblée les actions entreprises, grâce à son impact sur deux actions fondamentales de la prise en charge en EHPAD, dès l'admission :

- **l'élaboration d'un plan de soins et d'un projet médical individuels adaptés** : ces deux concepts, pourtant capitaux, n'étaient que peu construits de manière formelle jusqu'à présent dans les établissements, faute d'évaluations correctes. Le principe d'un audit exhaustif des risques, générateur d'actions ciblées spécifiques, en introduisant les notions d'évaluation initiale des risques et des besoins, d'évaluation de l'efficacité des actions entreprises, par le biais d'un projet formalisé, fait passer la prise en charge dans une autre dimension. Cette dimension, témoin d'une réalité de l'interdisciplinarité nécessaire à la prise en charge de cette population est à mettre à l'actif du concept d'évaluation gériatrique standardisée.

- **la gestion en urgence des problèmes liés au choc de l'institutionnalisation** que ce soit en provenance du domicile, de l'hôpital ou de services de moyen séjour. En effet, les patients sont encore parfois institutionnalisés un peu en catastrophe, profondément perturbés sur le plan psycho-affectif et en voie de décompensation de leurs grands équilibres (nutritionnel, trophique, thymique, locomoteur, etc..) : les établissements sanitaires sont en effet encore mal adaptés à la prise en charge gériatologique que suggèrent les textes organisant la filière de soins gériatrique (36) : services d'accueil d'urgence gériatriques ou équipes mobiles aux urgences, court séjour gériatrique, soins de suite gériatrique. La priorité souvent donnée à la pathologie d'organe ne laisse que peu de place à une évaluation et une prise en charge spécifiques des besoins indispensables au maintien ou à la restauration de ces équilibres.

d) Le suivi des actions entreprises et le contrôle de leur efficacité

En ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des actions entreprises, l'EGS se substitue heureusement à la simple évaluation clinique, à l'impression subjective des équipes (« aujourd'hui, il est mieux ») et à la tentation de relâcher de ce fait la surveillance et les actions. L'EGS permet alors de ne pas se satisfaire d'une amélioration clinique constatée, et de poursuivre les actions jusqu'à normalisation ou amélioration maximum des différents secteurs, par le biais d'évaluations successives et répétées.

Nous n'avons pas assez de recul pour mesurer les effets de cette évaluation des actions. On peut cependant estimer que sa pratique régulière doit avoir des conséquences favorables sur l'action d'une équipe ou d'une structure gériatologique, en lui faisant prendre conscience que la prise en charge globale des personnes âgées en institution représente désormais une discipline à part entière.

IV – CONCLUSIONS

Nous avons essayé de montrer l'intérêt de l'utilisation systématique de l'Évaluation Gérontologique Standardisée en EHPAD, en observant ses résultats et le grand nombre d'informations capitales qu'elle permet de recueillir sur 27 personnes accueillies, de provenance diverse.

Nous avons exposé l'intérêt de l'informatisation du recueil et du traitement standard des données, qui permet de rendre moins contraignant et plus efficace ce pré-requis indispensable que constitue l'EGS à toute prise en charge pluridisciplinaire et structurée.

Une bonne évaluation ne peut se faire rapidement qu'avec de bons outils, une bonne distribution des rôles en fonction des compétences (évaluateurs les plus performants pour chaque domaine étudié). L'apport de l'informatique est considérable, dans la mesure où il transforme un recueil de données souvent fastidieux en une opération presque ludique, à l'ergonomie étudiée, et au rendement élevé en terme de résultats immédiats.

Appliquée ici surtout au dépistage des risques et à la mise en place de moyens à court et long terme en institution, nous pensons que l'EGS doit également constituer l'étape initiale de la prise en charge dans les autres situations environnementales de la personne âgée :

■ L'EGS à domicile

Le praticien pourra, à l'aide d'un outil tel que celui proposé dans ce travail, choisir les tests les plus adaptés. On peut proposer, pour une « EGS domicile » type, dont l'objectif principal est d'apprécier les risques du maintien de la personne âgée dans son milieu, et de dépister les facteurs de risque du « mauvais » vieillissement, une évaluation incluant les tests suivants :

- échelle de KATZ (ADL) pour avoir une évaluation référentielle de la dépendance
- échelle de LAWTON et BRODY (IADL) surtout pour juger la capacité de vivre à domicile
- échelle simplifiée d'appréciation des troubles cognitifs (test des 5 mots, test de l'horloge)
- Timed up and Go et station unipodale pour l'équilibre et les risques de chute
- Mini nutritional assessment pour le dépistage de la malnutrition
- Indice de masse corporelle, protidémie et clairance de la créatinine

La passation de ces tests peut se faire durant une même consultation car ils sont rapides, faciles à utiliser et à haute valeur prédictive de l'existence d'un risque. Un dépistage positif invitera le praticien à approfondir l'évaluation dans le domaine concerné.

On pourrait imaginer l'existence d'une EGS « domicile » reposant sur ce type de tests rapides, permettant un dépistage « minute ». On peut également imaginer qu'autour d'une série de tests faisant l'objet d'un consensus, l'idée d'un « **score minimum domicile** » en deçà duquel le maintien à domicile serait hasardeux, puisse se généraliser, afin d'optimiser la décision et le choix d'un environnement plus sécurisé et plus adapté.

Les patients pour lesquels subsisterait un doute dans l'évaluation de certains domaines pourraient être adressés à des services hospitaliers d'évaluation en externe : il semble en effet que de telles **Consultations d'Evaluation Gériatologique Standardisée** soient en passe de devenir opérationnelles au sein de services hospitaliers de Gériatrie.

■ L'EGS en court séjour

En milieu hospitalier, où se pose également la question du devenir de la personne âgée après hospitalisation (retour à domicile, soins de suite, EHPAD ?), une EGS simple et centrée également sur les facteurs de risque peut être utilisée, avec un peu le même cahier des charges qu'à domicile :

- AGGIR, échelle de KATZ (ADL) pour avoir une évaluation instantanée de la dépendance.
- échelle de LAWTON et BRODY (IADL) pour juger de la capacité du retour à domicile.
- échelles simplifiées de dépistage des troubles cognitifs (test des 5 mots, test de l'horloge), MMS de FOLSTEIN si nécessaire
- mini-GDS et HAM-A pour l'état thymique.
- Timed up and Go et station unipodale pour l'équilibre et les risques de chute, mais également note motrice globale à l'aide du Test Moteur Minimum.
- Mini nutritionnal assessment pour le dépistage de la malnutrition.
- Etude biologique plus complète incluant, outre la clairance de la créatinine, l'albuminémie et pré-albuminémie, CRP le cas échéant, en plus du bilan standard en cours dans le service.

Déjà plus lourde à manier, cette EGS « court séjour » peut cependant permettre de diminuer le « délai social » du séjour (12), si l'inadéquation d'un retour à domicile est mise immédiatement à jour (en cherchant sans attendre une solution de suite adaptée), et de déclencher des actions thérapeutiques immédiates propres à un domaine identifié comme déficitaire (marche, équilibre), en sus du traitement de la pathologie aiguë. Son utilisation à la sortie d'hospitalisation permet de mesurer l'efficacité des soins et leur incidence sur l'amélioration des grands paramètres tels que la dépendance, la mobilité ou l'état thymique.

■ L'EGS en long séjour et en EHPAD

L'EGS devra être plus complète, car moteur d'une prise en charge à long terme, et outil de surveillance de son efficacité.

Nous avons proposé une EGS « EHPAD » type dans notre travail, réalisée à titre systématique.

L'évaluation doit cependant inclure « à la demande » un certain nombre de domaines que nous avons laissé de côté, car difficiles à réaliser de façon systématique (douleur, incontinence, évaluation des sens, état bucco-dentaire, bien-être); ces évaluations ont été réalisées cependant en cas de signe d'appel ou de suspicion d'un évènement péjoratif dans ces sphères.

L'Evaluation Gerontologique Standardisée entre donc de plein droit dans le cadre des outils désormais adoptés par les établissements (validation des soins, « bonnes pratiques », conseil de la Vie Sociale, dossiers de soins, auto-évaluation, questionnaires de qualité, livret d'accueil, etc..) afin de répondre à un cahier des charges devenant de plus en plus exigeant, vis à vis de populations présentant des besoins de plus en plus grands, et dont l'insuffisance de prise en charge est à même de créer ou d'aggraver un désavantage social flagrant.

Par le biais des dernières législations rénovant l'action sociale et médico-sociale, il est ainsi demandé de façon de plus en plus pressante aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, d'avoir des actions efficaces, susceptibles d'être contrôlées (et peut être de déboucher sur un « label ») dans un certain nombres de domaines, parmi lesquels :

- Droits des usagers
- Qualification du personnel
- Evaluation des besoins, analyse et programmation des actions
- Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- Respect des normes en vigueur
- Traçabilité et évaluation constante des actions
- Information de sujets et de leurs familles
- Accès au dossier

L'informatisation des outils, une certaine normalisation de leur contenu et de leur présentation deviennent indispensables pour suivre le train élevé de cet ensemble d'exigences.

L'utilisation de plus en plus répandue de dossiers de soins informatisés et d'autres outils informatisés de traçabilité dans les établissements donne à penser qu'en réduisant les contraintes de mise en place et d'utilisation de « bonnes pratiques » administratives professionnelles et médicales, l'informatique peut accélérer l'émergence d'un système de prise en charge du vieillissement de meilleure qualité parce que bien adapté à sa complexité et surtout à sa spécificité.

Cette spécificité, nouvelle dimension de la prise en charge gériatrique (notamment en EHPAD), trouve son origine dans l'émergence de certaines de ses nouvelles caractéristiques :

- la nécessaire maîtrise de certains aspects techniques liés une médicalisation plus poussée (retour d'hospitalisation précoces, utilisation plus fréquente de la voie parentérale [réhydratations rapides, traitements], alimentation entérale, maîtrise du traitement de la douleur, soins palliatifs).
- l'utilisation plus large de nouvelles compétences appliquées à la gériatrie institutionnelle : psychologues, psycho-motriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, nutritionnistes, médecins coordonnateurs. La prise en compte systématique et l'évaluation des actions relatives à certains domaines spécifiques (déglutition, nutrition, cognition, environnement ergonomique).
- L'intérêt d'une indispensable approche pluridisciplinaire, dont les méthodes d'action doivent faire l'objet d'un apprentissage certain de la part de tous les acteurs, pour que les stratégies retenues le soient toujours dans le cadre d'une vision globale de la personne âgée permettant une véritable personnalisation des soins.
- la nécessité permanente de mettre à jour, remanier les protocoles, procédures et actions à moyen terme mis en place dans tous les domaines où les risques, et leurs complications sont parfaitement identifiés. Il peut en être de même en ce qui concerne le domaine des principales urgences gériatriques connues, mais non prévisibles, pour lesquelles les conduites à tenir peuvent être évaluées à plus long terme

Cette spécificité ne peut être assumée que par la meilleure connaissance possible des besoins propres à la personne âgée, et l'évaluation régulière de l'efficacité des stratégies adoptées pour satisfaire ces besoins.

C'est en reflétant cette spécificité, que le concept d'EGS se pose comme garant de sa reconnaissance, et l'outil EGS comme garant de son fonctionnement.

Résultat tangible du développement de plus en plus universel de la gériatrie et de la gériatrie, en tant que science et discipline reconnues, l'Évaluation Gériatrique Standardisée représente ainsi le support d'une méthodologie d'approche de la prise en charge des personnes âgées basée sur une vision multifactorielle du risque et de sa prise en compte, sur la conscience de l'étroite interactivité des grands équilibres du vieillissement, et sur un consensus autour de la nécessaire pluridisciplinarité des stratégies à mettre en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BALAS D., GIORDANA J.Y., SAOS J., *Evaluation gérontologique standardisée : l'enjeu d'une gérontologie moderne* – Sud-Médecine, sept 2000
- (2) ROLLAND Y., LAROCHE-DECOTTIGNIES F., NOURHASHEMI F., LAFONT C., VELLAS B., ALBAREDE J.L., : *Evaluation et intervention gérontologiques standardisées ; La Revue de gériatrie*. 1999; 24 (2) : 109-113
- (3) RUBENSTEIN L.Z. JOSEPHSON K.R., WIELAND G.D., ENGLISH P.A., SAYRE J.A., KANE R.L. : *Effectiveness of a geriatric evaluation unit : a randomized clinical trial*. N. Engl. J. Med. 1984, 311, 1664-1670
- (4) ALBRAND G. : *De la maladie vers la dépendance. Evaluation de la personne âgée malade. La revue de gériatrie* 1998 ; 23 : 3-9
- (5) GIRARD BOUQUET DES CHAUX A. ; *Evaluation gérontologique standardisée :   propos de 30 patients en ambulatoire vivant en milieu rural* ; Mémoire présenté dans le cadre de la Capacité de Gérontologie 2001 AIX MARSEILLE N  01AIX20046
- (6) STUCK. A.E, SIU A.L., WIELAND G.D., ADAMS J., RUBENSTEIN L.Z. : *Effects of comprehensive geriatric assessment on survival, residence, and fonction : a metaanalysis of controlled trials* ; Lancet 1993, 342, 1032 -1036
- (7) BELMIN J., CHASSAGNE Ph., GONTHIER R., JEANDEL C., PFITZENMEYER P., *Gérontologie* – Masson 2003
- (8) GAUDOUT POUDENS L. ; *Evaluation gérontologique standardisée expérience en médecine générale avec réalisation d'une enquête prospective* ; Mémoire présenté dans le cadre de la Capacité de Gérontologie 2000 BORDEAUX N  87.
- (9) MIAS L., *Gérontologie en institution*. <http://membres.lycos.fr/papidoc>
- (10) VELLAS B. , ALBAREDE J.L., : *Evaluation du patient âgé. L'année gérontologique*. 1990, 4, 59-74
- (11) Décret n  99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
- (12) MOLINES C., *Qualité des soins et patients âgés hospitalisés en court séjour* ; Thèse doctorat en médecine – DES de Santé publique, Marseille 1999

- (13) Age-and-nutrition-Paris. 1997; 8 (1) : 45-54
- (14) CIRCULAIRE DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé
- (15) TULLY M.W., LAMBROS MATRAKAS K., MUIR J., MUSALLAM K., *The eating behaviour scale* ; Journal of gerontological, juillet 1997
- (16) FANELLO S., FOUCAULT S., DELBOS V., JOUSSET N., : *Evaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée* – Santé publique 2000, volume 12, n°1, 83-90
- (17) PFITZENMEYER P., *Dépistage de la malnutrition chez les sujets âgés* ; Rev Geriatrie 1995;20:229-31
- (18) FOLSTEIN MF., FOLSTEIN SE., MAC HUGH PR ; *Mini mental State : a practical methode for grading the cognitive state of patients for the clinician* ; J. psychiatr. Res. 1975, 12
- (19) DEROUESNE C., POITRENEAU J., HUGONOT L., KALAFAT M., DUBOIS B., LAURENT B., *Le Mini mental state examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif par le clinicien* ; Presse Med 1999 ; 28 : 1141-1148
- (20) SHEIK J.L., YESAVAGE J.A., *Geriatric depression scale : Recent evidence and development of a shorter version* ; Brink TL, Clinical gerontology : a guide to assessment and intervention ; 1986 , 165 -173
- (21) CLEMENT J.P., LEGER J.M., *Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé* ; *Les dépressions du sujet âgé 17-30* ; MASSON 1996
- (22) ALEXOPOULOS G.S., ABRAMS R.C., YOUNG R.C., SHAMOIAN C.A. ; *Cornell scale for depression in dementia* ; Biol. Psychiatry, 23, 271-284
- (23) COTTRAUX J., BOUVARD W., LEGERON P. : *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements* 141-145 ; Editions EAP 1985
- (24) ANAES – *Conférence de consensus – Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*. Texte des recommandations 2001 ; 11-15
- (25) BARROIS B. ; *Evaluation des facteurs de risque d'esacre : présentation des principales échelles de risque* ; Journal des Plaies et Cicatrisations 1996 ; 3 : 29-33
- (26) PODSIADLO D., RICHARDSON S., ; *The "Time Up and Go" : a test of basic functional mobility for frail elderly persons* ; J Am Geriatric Soc 1991 ; 39 : 142-148

(27) TINETTI ME., *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients* ; J Am Geriatric Soc 1986 ; 34 : 119-126

(28) CAMUS A., MOUREY., D'ATHIS P., BLANCHON M.A., MARTIN-HUNYADI C., DE REKENEIRE N., MISCHIS-TROUSSARD C., PFITZENMEYER P. *Test moteur minimum* ; La Revue de Gériatrie. 2002 ; 27 (8) 652-656

(29) INSTITUT DE SANTE PUBLIQUE, D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE DÉVELOPPEMENT ; *Etude PAQUID* ; Unité INSERM 593

(30) BUFFET D., *Evaluation de l'état nutritionnel – Indice de risque nutritionnel* – Nutrisenior.fr

(31) JEANDEL C., FROBERT A. ; *Langage gérontologique de repérage* – logiciel AxiAge LAGER ; Sauramps Médical 2001

(32) UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE CORSE ; *Evaluation gérontologique standardisée* ; <http://www.urml-corse.org>


(33) ETCHEVERRY Ph. ; *Logiciel « Evaluation gérontologique rapide »* ; Mémoire présenté dans le cadre de la Capacité de Gériatrie 2002 Bordeaux II

(34) DASENCO V., SCHUTE A. et coll : *La bioimpédancemétrie est-elle utile au lit du malade pour le diagnostic de déshydratation*. La revue de gériatrie 2003 ; 28 : B-27

(35) MICAS M., ARBUS C., NOURASHEMI F., VELLAS B. ; *Prise en charge de la dépression de la personne âgée*. La revue de gériatrie 2003 , 28,n°6,507-512

(36) CIRCULAIRE DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

ANNEXE 1

	Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) :
	Test réalisé par :
	En date du :


AGGIR

Evaluation de l'autonomie

- A : Fait seul, totalement, habituellement et correctement
B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
C : Ne fait pas

		A	B	C
1.	Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Déplacement intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Déplacement extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 2

	<p>Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) :</p> <p>Test réalisé par :</p> <p>En date du :</p>
---	--

MNA

*Mini Nutritional Assesment
Evaluation de l'état nutritionnel*

		Choix
A.	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? <i>A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?</i>	
	Anorexie sévère	<input type="checkbox"/>
	Anorexie modérée	<input type="checkbox"/>
	Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
B.	Perte récente de poids (< 3 mois)	
	Perte de poids > 3 kg	<input type="checkbox"/>
	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids entre 1 et 3 kg	<input type="checkbox"/>
	Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C.	Motricité	
	Du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>
	Autonomie à l'intérieur	<input type="checkbox"/>
	Sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D.	Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois	
	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
E.	Problèmes neuropsychologiques	
	Démence ou dépression sévère	<input type="checkbox"/>
	Démence ou dépression modérée	<input type="checkbox"/>
	Pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>

F.	Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² (poids en kg et taille en mètres))	
		IMC > 19 <input type="checkbox"/>
		IMC entre 19 et 21 <input type="checkbox"/>
		IMC entre 21 et 23 <input type="checkbox"/>
		IMC > ou égal à 23 <input type="checkbox"/>
G.	Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?	
		Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>
H.	Prend plus de 3 médicaments	
		Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>
I.	Escarres ou plaies cutanées	
		Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>
J.	Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?	
		1 repas <input type="checkbox"/>
		2 repas <input type="checkbox"/>
		3 repas <input type="checkbox"/>
K.	Consomme-t-il des produits laitiers au moins une fois par jour ?	
		Oui <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>
K.	Consomme-t-il des œufs ou des légumineuses une ou deux fois par semaine ?	
		Oui <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>
K.	Consomme-t-il chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?	
		Oui <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>
L.	Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?	
		Oui <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>

M.	Combien de verres de boisson consomme-t-il par jour ? (eau, café, thé, lait, vin, bière ...)	
	Moins de 3 verres	<input type="checkbox"/>
	De 3 à 5 verres	<input type="checkbox"/>
	Plus de 5 verres	<input type="checkbox"/>
N.	Manière de se nourrir	
	Nécessite une assistance	<input type="checkbox"/>
	Se nourrit seul avec difficulté	<input type="checkbox"/>
	Se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>

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

- Malnutrition sévère
- Ne sait pas ou malnutrition modérée
- Pas de problèmes de nutrition

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

- Moins bonne
- Ne sait pas
- Aussi bonne
- Meilleure


Q. Circonférence brachiale (CB en cm)

- CB < 21
- CB entre 21 et 22
- CB > 22

R. Circonférence du mollet (CM en cm)

- CM < 31
- CM de 31 et au-dessus

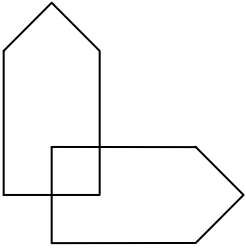
ANNEXE 3

	Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) :
	Test réalisé par :
	En date du :


MMS

*Mini Mental State assesment
Mini test mental*

		Point(s)	/Total
1.	Dans le temps	...	/5
	En quelle année sommes nous ?	...	/1
	Mois ?	...	/1
	Jour ?	...	/1
	Saison ?	...	/1
	Quelle est la date ?	...	/1
2.	Orientation	...	/5
	Dans quelle ville ?	...	/1
	Département ?	...	/1
	Région ?	...	/1
	Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin)	...	/1
	Quelle salle (ou endroit, cabinet, ...)	...	/1
3.	Mémoire immédiate	...	/3
	Nommez 3 objets (ex : drapeau, ballon, arbre). 1 seconde entre chaque. Demander au patient de les répéter. 1 point par réponse correcte. Répéter et 6 essais possibles. Compter les essais et le score		
	Score	...	/3
	Essais	...	/6
4.	Attention et calcul	...	/5
	Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois (100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65 - ...) 1 point par chiffre correct. Noter le nombre de réponses correctes (score sur 5) Si le patient ne peut ou ne veut effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot MONDE à l'envers (1 point par lettre correcte)	...	/5
5.	Mémoire à court terme (rappel)	...	/3
	Faire nommer les 3 objets répétés ci-dessus. 1 point par réponse correcte	...	/3

6.	Langage	...	/9
	Dénommer un crayon, une montre en montrant les deux objets (1 point par réponse)	...	/2
	Répéter « Il n'y a pas de si et pas de mais »	...	/1
	Faire exécuter l'ordre suivant « prenez ce papier dans la main droite, pliez-le en deux et jetez-le par terre »	...	/3
	Faire lire et exécuter un ordre écrit : « fermez les yeux »	...	/1
	Copier le dessin suivant 	...	/1
	Ecrire une phrase (au moins 1 sujet et 1 verbe, la grammaire et l'orthographe étant indifférentes)	...	/1

ANNEXE 4


	Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) : Test réalisé par : En date du :
---	---

GDS

Geriatric Depression Scale
Evaluation clinique de la dépression et de sa sévérité

	(* : 1 point pour oui)	OUI	NON
1.	Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Vous ennuyez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Avez-vous souvent besoin d'aide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	L'avenir vous inquiète-t-il ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Avez-vous souvent le cafard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ressassez-vous beaucoup votre passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Avez-vous beaucoup d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Désespérez-vous de votre situation présente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Avez-vous du mal à vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Refusez-vous souvent les activités proposées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Vous est-il facile de prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 5

	Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) :
	Test réalisé par :
	En date du :

HAMILTON

Echelle d'appréciation de l'anxiété


Cotation

0 = absent ; **1** = intensité légère ; **2** = Intensité moyenne ; **3** = intensité forte ; **4** = intensité maximale (invalidante)

		0	1	2	3	4
1.	Humeur anxieuse : <i>Ex : Inquiétude, attente du pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Tension : <i>Ex : Sensations de tension, fatigabilité, impossibilité de se défendre, réaction de sursaut, pleurs faciles, tremblements, sensations d'être incapable de rester en place</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Peurs : <i>Ex : Du noir, des gens qu'on ne connaît pas, d'être abandonné seul, des gros animaux, de la circulation, de la foule</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Insomnie : <i>Ex : Difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, rêves pénibles, cauchemars, terreurs nocturnes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Fonctions intellectuelles (cognitives) : <i>Ex : Difficultés de concentration, mauvaise mémoire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Humeur dépressive : <i>Ex : Perte des intérêts, ne prend plus plaisir à ses passe-temps, dépression, insomnie du matin, variations de l'humeur dans la journée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Symptômes somatiques généraux (musculaires) : <i>Ex : Douleurs et courbatures dans les muscles, raideurs musculaires, sursauts musculaires, secousses cliniques, grincements de dents, voix mal assurée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Symptômes somatiques généraux (sensoriels) : <i>Ex : Tintement d'oreille, vision brouillée, bouffées de chaleur ou de froid, sensations de faiblesse, sensations de picotements</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Symptômes cardiovasculaires : <i>Ex : Tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Symptômes respiratoires : <i>Ex : Poids sur la poitrine ou sensation de constriction, sensations d'étouffements, soupirs</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	Symptômes gastro-intestinaux : <i>Ex : Difficultés pour avaler, coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, perte de poids, constipation, dyspepsie (douleur avant ou après le repas, bâillonnement, nausées, vomissements)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Symptômes génitaux urinaires : <i>Ex : Mictions fréquentes, urgence de la miction, aménorrhée, ménorragies, apparition de frigidité, éjaculation précoce, absence d'érection, impuissance</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Symptômes du système nerveux autonome : <i>Ex : Bouche sèche, accès de rougeur, pâleur, tendance à la sudation, vertiges, céphalées de tension, horripilation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Comportement lors de l'entretien : <i>Ex : Tendus, agitation nerveuse, instabilité, tremblements des mains, faciès tendu, respiration haletante ou à rythme augmenté, sudation, battements des paupières augmentation du tonus musculaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 6


	Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) :
	Test réalisé par :
	En date du :

TMM

Test Moteur Minimum

		OUI	NON
DECUBITUS			
1.	Se tourne sur le côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	S'assied au bord de la table d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSITION ASSISE			
3.	Equilibre assis normal (absence de rétropulsion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Incline le tronc en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Se lève de la table d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSITION DEBOUT			
6.	Possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Sans aide humaine ou matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Station bipodale yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Station unipodale avec appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Equilibre statique normal (absence de rétropulsion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Réactions d'adaptation posturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Réactions parachute membres supérieurs avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Réactions parachute membres inférieurs avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Réactions parachute membres inférieurs arrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCHE			
15.	Possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sans aide humaine ou matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Déroulement du pied au sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Absence de flexum genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Equilibre dynamique normal (absence de rétropulsion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Demi-tour harmonieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	A chuté (au cours de 6 mois précédents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Peut se relever du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 7

	Pour le résident (nom, prénom, date de naissance) :
	Test réalisé par :
	En date du :

NORTON

Evaluation clinique du risque de survenue d'escarre

		Choix
A.	Condition physique	
	Bonne	<input type="checkbox"/>
	Moyenne	<input type="checkbox"/>
	Pauvre	<input type="checkbox"/>
	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
B.	Condition mentale	
	Alerte	<input type="checkbox"/>
	Apathique	<input type="checkbox"/>
	Confus	<input type="checkbox"/>
	Stuporeux	<input type="checkbox"/>
C.	Activité	
	Ambulant	<input type="checkbox"/>
	Marche avec aide	<input type="checkbox"/>
	Mis au fauteuil	<input type="checkbox"/>
	Confiné au lit	<input type="checkbox"/>
D.	Mobilité	
	Complète	<input type="checkbox"/>
	Légèrement limitée	<input type="checkbox"/>
	Très limitée	<input type="checkbox"/>
	Immobile	<input type="checkbox"/>
E.	Contenance	
	Pas d'incontinence	<input type="checkbox"/>
	Incontinence occasionnelle	<input type="checkbox"/>
	Incontinence urinaire permanente	<input type="checkbox"/>
	Incontinence totale	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 7

LES 4 TREFLES
88 avenue de mazargues
13 008 MARSEILLE

Evaluation Gérontologique Standardisée

Résident : X. Robert Né le : 12/10/1917 Entré le : 09/09/2003 Evaluation du : 29/09/2003

Analyse des tests :

A.D.L. : 4 Autonomie altérée, précautions à prendre
A.G.G.I.R. : GIR 4
M.M.S. : 25 Atteinte cognitive débutante probable, mais tenir compte du niveau d'éducation
G.D.S. : 23 Dépression sévère
HAMILTON : 19 Absence d'anxiété
M.N.A. : 11,5 Existence d'une malnutrition
T.M.M. : 14 Troubles sérieux de la marche et de la verticalité. A surveiller ++
T. up and go : > 30s Troubles sévères de la marche : passer le Get Up and Go
NORTON : 16 Pas de risque

Conclusions du médecin :

Autonomie locomotrice avec risques de chute à surveiller, début de troubles cognitifs et syndrome dépressif sévère. Présence d'une malnutrition. Patient semblant en perte d'autonomie globale. Clairance créat limite.

Interventions proposées :

Autonomie locomotrice avec risques de chute à surveiller, début de troubles cognitifs et syndrome dépressif sévère. Présence d'une malnutrition. Patient semblant en perte d'autonomie globale. Clairance créat limite.

Dr MORLIERE

ANNEXE 8

LES 4 TREFLES
88 avenue de mazargues
13 008 MARSEILLE

Paramètres physiologiques et biologiques

Résident : X. Robert Né le : 12/10/1917 Entré le : 09/09/2003 Evaluation du : 29/09/2003

Paramètres physiologiques :

Age : 86 ans
Poids actuel : 58 kg
Poids de référence : 65 kg
Taille réelle : 165 cm
Taille estimée : 160 cm
IMC : 21
IRN : 90,4

Paramètres biologiques :

Clairance : 36,3 ml / min
Albuminémie : 35
Pré-albuminémie : 19
CRP : 10

Dr MORLIERE