



# Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UEC 10

GÉRONTOLOGIE

## Vieillessement: échelles d'évaluation en gériatrie

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.*

*Rédigé par Ambre FAUCHER à partir du cours de Mme ETCHEBARNE présenté 30/10/2023.*

# Vieillesse : échelles d'évaluation en gériatrie

## I. PARTIE A : Généralité sur le vieillissement

### a. Introduction :

Définition du vieillissement :

Le vieillissement est un ensemble de processus :

- Physiologique et psychologique
- Modifiant la structure et les fonctions de l'organisme
- A partir de l'âge mûr

Le vieillissement est le résultat de plusieurs facteurs :

- Facteurs génétiques : vieillissement intrinsèque
- Facteurs environnement : vieillissement extrinsèque

Le vieillissement est un processus physiologique, il est différent des effets des maladies b.

Vieillesse :

Il existe différentes définitions selon les besoins :

- L'OMS définit le 3<sup>ème</sup> âge > 65 ans
- Pour l'économie sociale : on détermine l'âge de la retraite entre 55 et 60 ans
- L'accueil de résidents en EHPAD se fait > 60 ans
- En service gériatrique l'âge moyen est environ de 85 ans

### c. Espérance de vie :

L'espérance de vie à la naissance diffère entre les hommes et les femmes :

- Femme : 85,1 ans
- Homme : 79,1 ans

On remarque qu'au cours des derniers siècles l'espérance de vie augmente, avec une baisse de la mortalité infantile et donc une augmentation de la longévité.

En France on compte au total plus de 67 millions d'individus. Sur ces 67 millions de personnes environ 18 millions de personnes ont > 60 ans soit environ 26% de la population française.

### d. Épidémiologie :

- Dans la population des plus de 65 ans 4% vivent en EHPAD
- Dans la population des personnes de plus de 70 ans, 10% des sujets sont dépendants
- La population des plus des 80 ans représentaient 3 millions en 2007. On estime que cette population représentera environ 5 millions de personnes en 2030

60-64 ans	98,3%	⇒ Quand on regarde le pourcentage de personnes âgées vivants à domicile on observe un transfert progressif de la gestion des personnes âgées de la sphère privée (gestion familiale) à la sphère collective (professionnelle)
65-69 ans	98,2%	
70-74 ans	97,2%	
75-79 ans	95,3%	
80-84 ans	90,2%	
85-89 ans	80,4%	L'augmentation de la population âgée a un impact économique conséquent, en raison de :
> 90 ans	64%	

- Les retraites et les pensions

- Dépenses en santé ++
- Besoin de places en institution
- Hausse des prestations sociales
- Augmentation de l'activité sanitaire sociale
- Pouvoir économique important

On estime que le coût de la santé que représenteront les personnes âgées en 2050 sera de 0,5 à 2.5% du PIB.

Aux vues de ces dépenses en santé on voit apparaître l'âgisme. L'âgisme se définit comme toute forme de discrimination fondée sur l'âge envers les personnes âgées. Dans la pratique médicale, l'âgisme c'est ne prendre en compte que l'âge du patient sans prendre en compte ses autres caractéristiques (antécédents, comorbidité, autonomie). On retrouve souvent de l'âgisme dans les demandes de soins lourds (types réanimation ou exploration invasives)

f. Au total :

Le vieillissement est fréquent (dû au vieillissement de la population), et à un coût pour la santé (prise en charge médico-sociale +++).

On peut donc définir le vieillissement par une modification des structures de l'organisme, avec une diminution des capacités fonctionnelle survenant à un âge mûr.

Ce qui amène à se demander si la prévention des effets du vieillissement pourrait réduire le coût que représentent les personnes âgées à ce jour.

**II. Hétérogénéité du vieillissement** a.  
Hétérogénéité du vieillissement

Les patients en gériatrie présentent une forte hétérogénéité. On divise la population gériatrique en 3 parties :

- Les populations robustes : concerne 60 à 70% de la population âgée. Ce sont des personnes qui ont un vieillissement actif, autonome et à domicile
- Les populations fragiles : concerne 20 à 30% de la population âgée. Ce sont des personnes qui sont autonomes, qui vivent ou non à domicile avec une diminution des capacités de réserves, qui sont à risques de basculer dans la dépendance.
- Les populations au vieillissement pathologique : concerne environ 10% de la population âgée. Ce sont des personnes qui sont dépendantes, vivant en EHPAD ou en USLD.

-

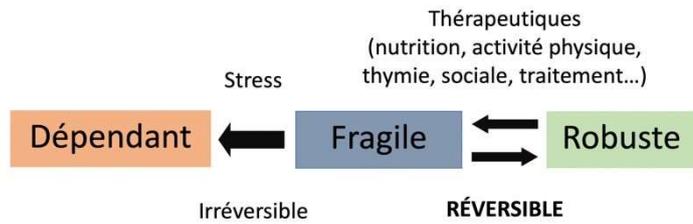
### III. Concept de fragilité a.

Définition :

Définition de la fragilité : « la fragilité est un état de vulnérabilité à un stress secondaire à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques » Réunion d'expert – (Hogan, 2003, Ferrucci, 2004, Walston, 2006, Bergman, 2007)

La fragilité se définit sur 5 critères :

- Perte de poids involontaire
- Sensation subjective d'épuisement
- Faiblesse musculaire
- Vitesse de marche lente (< 1 m/s)
- Activité physique réduite



Avec ces 5 critères, 3 états sont facilement repérables :

- Non fragile (0 critère)
- Pré – fragile (1 à 2 critères)
- Fragile (3 critères ou +)

Le syndrome clinique de la fragilité chez les personnes âgées :

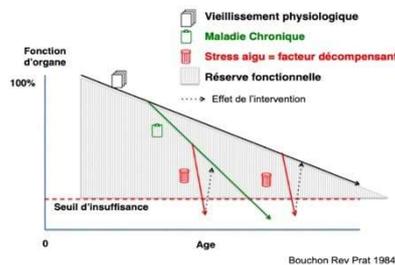
- Diminution des capacités physiologiques de réserves : altération des mécanismes d'adaptation au stress - Marqueur de risque de mortalité ou évènement péjoratif

La fragilité est dépistée et à prendre en charge car est potentiellement réversible b.

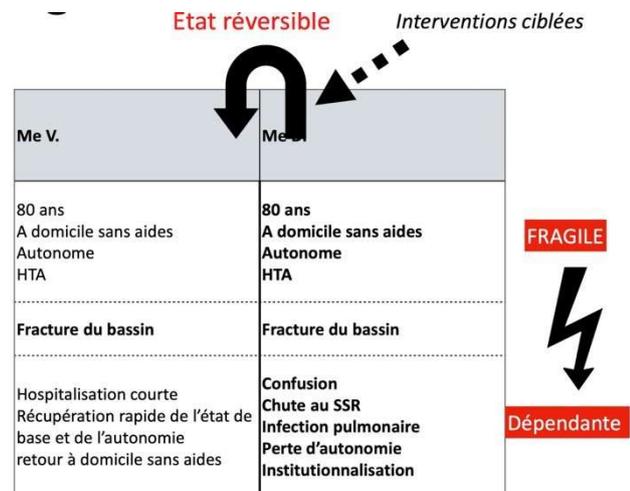
Exemple :

On remarque que l'état de fragilité chez une personne âgée est un état qui peut être réversible.

#### Raisonnement gériatrique selon JP BOUCHON



Le raisonnement gériatrique selon JP BOUCHON nous montre que le vieillissement physiologique se caractérise par une diminution de la fonction d'organe sans atteindre le seuil d'insuffisance et de défaillance d'organe.



### IV. Particularité de la démarche médicale en gériatrie a.

Approche adaptée au patient

Pour prendre en charge un patient en gériatrie il faut :

- Accepter la lenteur du sujet âgé
- S'adapter aux handicaps (comme la surdité)
- S'adapter aux troubles cognitifs
- Ne pas hésiter à avoir recours à l'entourage du patient

## b. Symptomatologie parfois différentes comparée à celle du sujet âgé

	Forme typique de l'adulte	Forme possible du sujet âgé
Infarctus du myocarde	douleur thoracique constrictive prolongée	Douleur faible, inconstante décompensation cardiaque chute confusion mentale vomissement
Pneumopathie	fièvre douleur basi-thoracique foyer de crépitants toux	engorgement bronchique bilatéral fièvre plus ou moins présente
Rétention aiguë d'urines	envie impérieuse et douloureuse globe vésical bien palpable	confusion mentale chute mictions par regorgement globe difficile à palper
Comitialité	crise convulsive focale ou généralisée	confusion mentale pas de convulsions
Pyélonéphrite	fièvre élevée frissons douleur lombaire unilatérale signes vésicaux	signes vésicaux fugaces fièvre modérée douleur variable
Ulcère duodénal	douleur épigastrique rythmée par les repas vomissements	anorexie prolongée perte de poids sans douleur, sans vomissements
Décompensation diabétique	polyurie/polydipsie	absence de polydipsie déshydratation hyperosmolarité sanguine.

## V. L'évaluation gériatrique standardisée

Pourquoi utiliser des échelles gériatriques standardisées ? Car la population accueillie présente une très grande hétérogénéité. Ces échelles vont permettre de prendre en charge le sujet âgé de manière plus globale et vont permettre de tenir compte de :

- Des antécédents et des maladies actuelles
- Prévenir les complications
- Le retentissement fonctionnel des pathologies (niveau d'autonomie)
- La conservation de l'autonomie et la qualité de vie du patient
- Le devenir social du patient

La mesure de ces différents aspects va permettre de mettre en place et de réaliser des actions.

Il existe de nombreuses échelles :

- IADL, ADL : pour évaluer le statut fonctionnel
- Appui monopodal, vitesse de marche, SPPB : trouble de la marche
- Ouïe/vue : sensorielle
- Polymédication/ iatrogénie
- MMSE, test des 5 mots : cognition
- GDS : thymie (humeur)
- MNA : statut nutritionnel

Pour voir l'efficacité de ces échelles gériatriques standardisées on a suivi 123 personnes de plus de 65 ans. 63 ont été évaluées par des échelles d'évaluation gériatrique standardisées (EGS) en unité spécialisée, et 60 ne subissent qu'un simple contrôle. Les résultats montrent que sur un 1 an de suivi les personnes suivies par les EGS présentent :

- Une réduction de la mortalité (23,8% contre 48,3%  $p < 0,005$ )
- Réduction de l'institutionnalisation (12,7% contre 30%,  $p < 0,005$ )
- Réduction du nombre et de la durée des hospitalisations
- Amélioration du statut professionnel ( $p < 0,05$ )

- Réduction du coût pour la santé

L'EGS peut être considéré comme de la gériatrie moderne

a. EGS des fonctions cognitives

- MMSE (mini mental status examination) : le score normal est  $\geq 26/30$ . Le score est à pondérer en fonction du niveau socio-culturel.
- Test de l'horloge - Test de 5 mots de Dubois

b. EGS de l'humeur (la thymie)

- Gériatric depression scale (GDS) : permet de rechercher une dépression, (version simplifier : mini-GDS, score sur 4)

c. EGS autonomie et dépendance iatrogène évitable

1. EGS autonomie

- ADL: activities of Daily Living
- IADL: instrumental activities of daily living

Permet de refléter les capacités fonctionnelles de la personne âgée.

2. La dépendance iatrogène

La dépendance iatrogène a une part le plus souvent évitable et est due à l'hospitalisation. Les principales causes sont :

- La mise en place de changes complets chez des patients qui n'en nécessite pas (utilisation de protections non appropriées)
- Repos au lit immérité (alitement prolongé, pas de stimulation/ kiné, pas de transfert aux toilettes)
- Sondage urinaire mal indiqué ainsi qu'un maintien prolongé
- Gestion insuffisante de la douleur
- Infections nosocomiales

d. EGS de la marche et risque de chute

- Test d'appui monopodal : demander au patient de tenir sur une jambe pendant 5 secondes, permet de déterminer le risque de chute
- Vitesse de marche : on fait marcher le patient sur 4 mètres avec son aide technique s'il en dispose d'une, on considère une marche lente si les 4 mètres sont fait en plus de 5 seconde (vitesse de 0.8ms-1). Et permet de déterminer l'augmentation du risque d'incapacité motrice, de troubles cognitifs, de mortalité, d'institutionnalisation/ hospitalisation.

e. EGS de nutrition

- Mini Nutritional assessment (MNA) : 6 questions pour la forme « mini » contre 18 pour la forme normale. C'est un instrument à la fois de dépistage et de diagnostic
- On distingue 3 stades nutritionnels :
  - o Si le score est  $< 17$  : dénutrition
  - o Si le score se situe entre 17 et 23,5 : risque de malnutrition
  - o Si le score  $> 23,5$  : bon statu nutritionnel

L'aspect nutritionnel est très important à évaluer car une défaillance nutritionnelle peut être le point de départ de plusieurs autres défaillances. Il peut à la fois être un facteur de récupération (quand le statut nutritionnel est bon) mais aussi un facteur dégradant (en cas de mal nutrition ou de dénutrition).

f. EGS Risque d'escarres

- Échelle de Norton : échelle permettant d'évaluer le risque d'escarres g. EGS social

- Mode de vie : on cherche à savoir le lieu de vie (maison/ appartement), si le logement est adapté, si l'entourage familiale est présent, et si la personne est sous une mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)

- Aide à domicile : si les aides sont formelles (encadrement et organisation professionnelle), ou informelles (famille/ entourage)

- Ressource financières/ aide de l'état

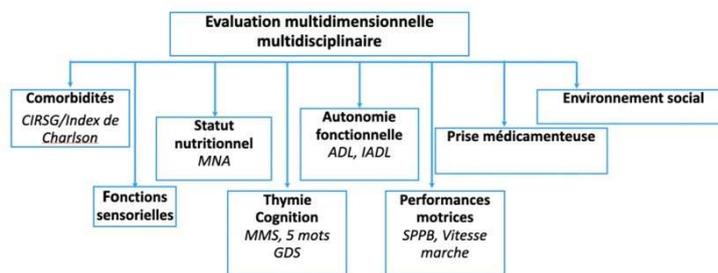
h. EGS fardeau de l'aidant

L'aidant est une personne, le plus souvent un membre de la famille, qui aide le patient à domicile.

- Échelle de Zarit : permet de faire l'inventaire du fardeau du proche aidant, il existe une version simplifiée : mini-Zarit

i. L'objectifs de l'EGS

L'EGS permet donc d'évaluer les fonctions cognitives, l'humeur, l'autonomie, la marche, la nutrition, les risques d'escarres, le mode de vie, et le fardeau des aidants. Ce score fait entrer une dimension multidimensionnelle, interdisciplinaire et donne lieu à des scores valides.



On veut donc, avec l'EGS, identifier les situations à risque de dépendance, de déterminer les objectifs de soins (éviter la sous ou la sur-médicalisation), hiérarchiser les priorités de prise en charge et prévenir la ré-hospitalisation précoce.

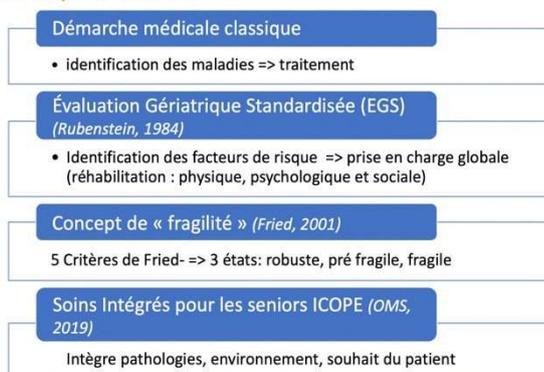
L'EGS, est fait pour TOUS les sujets âgés fragiles et dépendants, il se fait PARTOUT où les sujets âgés sont accueillis. Ces échelles gériatriques standardisées se font en pluridisciplinarité (médecin, infirmier, AS ++).

VI. ICOPE

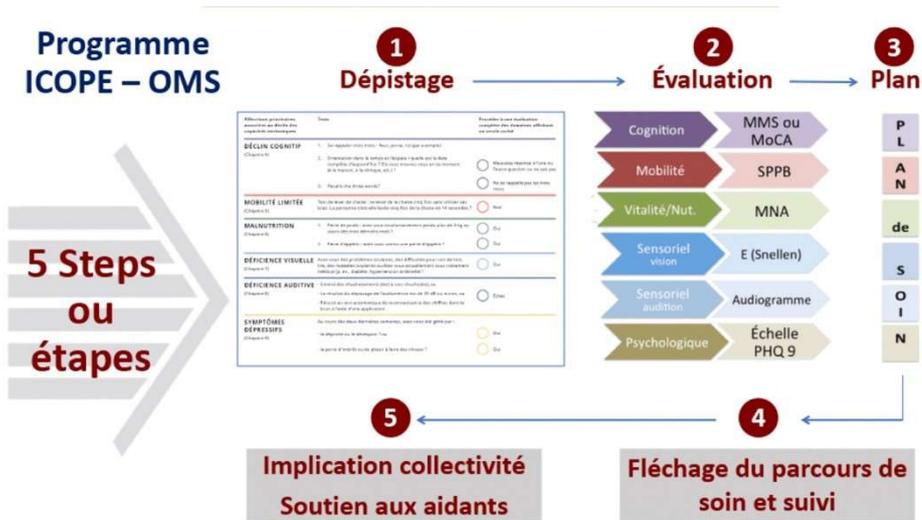
Permet de faire de la prévention sur la perte d'autonomie et de la dépendance. Se fait en 5 étapes :

- Dépistage
- Évaluation
- Plan

Évolution de la prise en charge gériatrique : vers la prévention



- Fléchage
- Implication, collectivité, soutien aux aidants



## VII. Conclusion

Les échelles d'évaluation en gériatries sont variées et validées => évaluation gériatrique standardisée (EGS)

3 populations gériatriques :

- Robuste
- Fragile
- Dépendant