

# L'ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARDISÉE

*Dr Fati Nourashemi – CHU, Service de Gériatrie, Hôpital La grave - Toulouse*

## INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population, la proportion de patients de plus de 65 ans traitée par les médecins a considérablement augmenté ces dernières années. Une des caractéristiques de cette population est son extrême hétérogénéité. Un certain nombre de ces sujets présente des incapacités physiques provoquées par des problèmes cognitifs, somatiques ou encore socio-économiques. En gériatrie, plus que dans toute autre spécialité, la santé du patient ne se résume pas à l'absence de pathologie. L'appréciation de l'état de santé d'une personne âgée doit tenir compte avant tout de son statut fonctionnel et de son autonomie.

Il faut se rappeler que pendant de nombreuses années, les médecins n'ont disposé que de leur sens clinique pour porter un diagnostic. Par la suite, une médecine très orientée vers les examens paracliniques s'est développée mais dont les limites apparaissent clairement aujourd'hui. L'Évaluation Gérontologique Standardisée (EGS) représente aujourd'hui, entre la médecine clinique et la médecine para-clinique, un outil efficace permettant une approche nouvelle de la personne âgée. Les outils standardisés et internationalement validés de l'EGS confèrent à la pratique de la gériatrie une de ses spécificités et permettent d'apprécier avec fiabilité l'autonomie, la marche, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives ou encore la thymie. Cette évaluation permet d'envisager l'instauration de mesures préventives visant à devancer la survenue d'éventuels incidents assombrissant souvent le pronostic fonctionnel ou vital des personnes âgées vulnérables.

## HISTORIQUE

Ce sont les médecins anglais qui, les premiers, se sont intéressés à la notion d'évaluation fonctionnelle du sujet âgé. Les difficultés rencontrées pour soigner les personnes âgées hospitalisées et la prise de conscience de la grande fréquence des complications au cours du séjour ont motivé cette approche différente.

Par la suite, il a fallu attendre 1984 et la publication des travaux de Rubenstein. Ce médecin américain fut l'un des premiers à avoir véritablement démontré que le devenir des patients âgés hospitalisés bénéficiant d'une EGS était significativement différent de celui des patients bénéficiant d'un suivi hospitalier dit « classique ». Il a ainsi prouvé que l'évaluation globale de la personne âgée permettait de réduire la morbi-mortalité et limiter les dépenses de santé.

**Depuis, l'EGS est devenue une pratique universelle.** Une méta-analyse des travaux majeurs de la littérature internationale témoigne des bienfaits de la pratique de l'EGS en cours d'hospitalisation: réduction de la mortalité (de 14 %), réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations (de 12 %), augmentation de la survie des patients à domicile (de 26 %), amélioration des fonctions cognitives (de 41 %) et amélioration du statut fonctionnel (de 72 %) (*Lancet 1993, 342 : 1032-1036*).

## ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARDISÉE (EGS)

L'EGS permet de repérer les facteurs physiques, cognitifs, psychosociaux et environnementaux pouvant affecter la santé du sujet âgé. Elle doit faire partie de l'examen initial de toute personne âgée (spécialement après l'âge de 75 ans). Elle

permet par ailleurs la mise en place d'un projet de soins adapté et d'un suivi objectif de la personne dans le temps.

### **Statut fonctionnel**

L'évaluation du statut fonctionnel est une des étapes les plus importantes de l'EGS. Les capacités pour les activités de base de la vie courante sont mesurées par l'échelle **ADL** (Activities of Daily Living) qui évalue les capacités du patient pour l'habillage, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts ou encore la prise alimentaire. L'incapacité à réaliser ces performances est en général la résultante d'une pathologie chronique comme la démence, les pathologies cardiovasculaires ou encore rhumatologiques. L'autonomie pour ces activités de base de la vie quotidienne est indispensable pour une vie indépendante à domicile. Les activités plus complexes de la vie quotidienne sont évaluées par l'**IADL** (Instrumental Activities of Daily Living) : capacité d'utiliser le téléphone, de préparer un repas, de faire le ménage, de faire les courses, d'utiliser les moyens de transport, de prendre les traitements médicamenteux et de gérer un budget personnel.

En général, c'est le sujet lui-même qui évalue ses capacités mais parfois une vérification auprès des proches s'impose (par exemple si le patient présente des troubles cognitifs). L'évaluation précoce de ces incapacités permet la mise en place de moyens interventionnels rapides (exemple : tierce personne pour l'aide à l'alimentation ou la prise des médicaments) et, par conséquent, une stabilisation ou même une amélioration de la situation.

### **Évaluation cognitive**

L'altération cognitive joue un rôle important pour le devenir du patient.

En cas d'altération des fonctions supérieures :

- les durées d'hospitalisation sont plus longues ;

- il existe un plus grand risque d'événements indésirables après une éventuelle hospitalisation ou une intervention chirurgicale ;
- la mortalité est plus élevée ;
- le risque d'institutionnalisation est plus grand.

Une altération cognitive peut avoir différentes origines (iatrogène, métabolique...) mais la maladie d'Alzheimer (MA) en est la cause la plus fréquente. Une évaluation cognitive permet de dépister précocement les troubles. La répétition régulière de l'examen (par exemple, une fois par an en dehors de tout problème particulier) permet d'avoir une idée précise de l'évolution des fonctions supérieures dans le temps.

Un des outils les plus communément utilisés est le Mini Mental Status ou **MMS** qui évalue en une dizaine de minutes les différents aspects des fonctions cognitives (orientation dans le temps et dans l'espace, apprentissage, attention et calcul, mémoire à court terme, langage, praxie). Une anomalie au MMS doit faire poser l'indication d'un examen plus complet des fonctions cognitives à l'aide des techniques et instruments appropriés.

### **La dépression**

Les symptômes dépressifs sont relativement fréquents chez les personnes âgées. Ils peuvent être à l'origine d'un isolement social, d'une perte de poids ou encore d'une perte d'autonomie. C'est pourquoi le dépistage de ces symptômes et la mise en place de moyens thérapeutiques adaptés sont nécessaires. Différents outils de dépistage ont été élaborés, parmi lesquels l'échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale ou **GDS**). Si le dépistage se révèle positif, le patient doit pouvoir bénéficier d'un bilan diagnostique précis et d'un éventuel traitement spécifique.

## **Évaluation visuelle et auditive**

Les altérations visuelles liées à l'âge concernent l'acuité visuelle centrale et périphérique mais également la vision des couleurs et les contrastes. La cause la plus fréquente est la « dégénérescence maculaire liée à l'âge » (DMLA). La cataracte ou le glaucome sont également des causes fréquentes et potentiellement curables. Ils doivent être recherchés avec soin car ils peuvent être à l'origine de chutes, d'accidents ou encore d'isolement social.

La baisse de l'audition concerne environ 40 % des sujets de plus de 75 ans. Pour dépister une éventuelle hypoacousie, un des moyens simples est de murmurer 3 mots en se tenant à une distance approximative d'une trentaine de centimètres d'une oreille en ayant pris soin de couvrir l'autre oreille. L'incapacité du patient à répéter les 3 mots peut être le témoin d'une baisse des capacités auditives et doit faire rechercher un bouchon de cérumen suivi si besoin d'un examen spécialisé. Plus le diagnostic est précoce et plus l'acceptation d'un éventuel appareillage est facile.

## **Troubles de l'équilibre et risque de chute**

Les chutes et leurs conséquences peuvent être graves chez le sujet âgé : fracture du col, perte d'autonomie ou encore institutionnalisation. Les différentes causes, ainsi que les moyens d'évaluation et de prise en charge, sont exposés dans un chapitre spécifique.

Rappelons que l'**épreuve de Tinetti** permet une évaluation clinique de l'équilibre et de la marche.

L'anomalie de la **station unipodale** est un bon marqueur de risque de chute grave (c'est-à-dire nécessitant des soins d'urgence). Il suffit de demander au sujet de rester au moins 5 secondes sur une seule jambe.

Le dépistage des troubles de l'équilibre et de la marche permet la mise en place de programmes de rééducation pouvant être réalisés par le sujet lui-même ou grâce à l'aide d'un kinésithérapeute.

### **Statut nutritionnel**

La population âgée est à haut risque d'amaigrissement et de dénutrition. Différents facteurs sont à l'origine de ce phénomène, parmi lesquels : la grande fréquence de pathologies chroniques, les incapacités physiques, les difficultés de mastication, l'isolement social ou encore la polymédication.

La majorité des personnes âgées n'ont aucune idée de leurs poids. Le rôle du médecin est ici indispensable car le suivi du poids permet de dépister rapidement un amaigrissement, avant l'apparition des complications (sarcopénie, chutes, perte d'autonomie, déficits immunitaires...). À affection égale, la durée d'hospitalisation est deux à quatre fois plus longue chez un malade dénutri.

Le Mini Nutritional Assessment ou **MNA** est un outil validé et standardisé d'appréciation de l'état nutritionnel.

Un score  $\geq$  à 24 (sur 30) est le reflet d'un bon statut nutritionnel. En revanche, un score  $<$  à 17 est le témoin d'une malnutrition protéino-énergétique. Dans ce cas, il est important de prévoir une alimentation hypercalorique et hyperprotéique. Enfin, un patient avec un score entre 17 et 23,5 est un sujet à très haut risque de malnutrition. Il est important chez ces personnes de réaliser le dosage des paramètres nutritionnels biologiques (albumine, pré-albumine, CRP...) afin de mieux préciser la gravité et la cause.

Outre sa valeur diagnostique, il permet de réaliser une petite enquête nutritionnelle et de rechercher les éventuelles causes favorisantes de la dénutrition et par conséquent de guider les moyens d'intervention.

Les différentes techniques de mesures anthropométriques permettent également d'évaluer l'état nutritionnel d'une personne âgée :

- **La distance talon-genou (dTG)**: est bien corrélée à la taille à l'âge adulte. Elle permet d'estimer la taille des personnes qui ne peuvent se tenir debout ou qui présentent des déformations ostéo-articulaires.

$$\text{Taille (homme)} = (2.02 \times \text{dTG cm}) - (0.04 \times \text{âge}) + 64.19$$

$$\text{Taille (femme)} = (1.83 \times \text{dTG cm}) - (0.24 \times \text{âge}) + 84.88$$

- **La circonférence du mollet** : genou à angle droit, mesurer la circonférence la plus importante.

- **Le périmètre brachial** : mesurer le périmètre à mi-distance entre le rebord postérieur de l'acromion et le sommet de l'olécrane.

- **Le pli cutané tricipital** : pincer tout en soulevant d'environ 1 cm, en regard de la voussure du triceps et à la hauteur du point de référence choisi pour la mesure du périmètre brachial, la peau et le tissu adipeux sous-cutané.

## CONCLUSIONS

L'EGS présente l'avantage d'améliorer l'état de santé du sujet âgé tout en réduisant le coût de sa prise en charge. Elle permet de détecter les déficiences et les insuffisances avant qu'elles ne soient flagrantes (population fragile). Elle est, par ailleurs, tout particulièrement utile chez les personnes âgées hospitalisées et celles entrant en institution.

En d'autres termes, elle permet la mise en place d'attitudes préventives. N'oublions pas que les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été mises en place précocement.