



# Les échelles d'évaluation

S.Ceulemans, J.Petermans

---

Le concept de “*Comprehensive Geriatric Assessment*” (CGA) développé par les Anglo-Saxons s'appuie largement sur les échelles d'évaluation. La finalité du CGA est de promouvoir le meilleur niveau fonctionnel de la personne âgée. Les moyens requis et notamment l'équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, infirmière, assistante sociale, diététicienne, psychologue et médecin) ne sont pas disponibles en médecine générale. Dans des domaines tels que la nutrition, l'évaluation cognitive, l'examen de la marche et de l'équilibre, les échelles d'évaluation sont devenues incontournables.

La pratique de la médecine générale impose aux procédures d'évaluations deux contraintes antinomiques : une qualité d'information maximale pour un temps d'évaluation minimal. Or, les échelles qui associent sensibilité, spécificité et temps passé réduit n'existent pas.

Bien que la plupart des échelles aient été développées en milieu hospitalier, le champ de l'évaluation est vaste en dehors de l'hôpital. La démence dont l'incidence augmente avec l'âge, pèsera lourdement sur le plan familial et social. Bien qu'à l'heure actuelle, nous ne disposions d'aucun traitement curatif, la pression de l'entourage familial est forte pour que le diagnostic de démence soit posé ou infirmé avec certitude et ce, même dans les formes débutantes de la maladie. La malnutrition, la dépression, les chutes et troubles de l'équilibre sont également des facteurs prédictifs de déclin fonctionnel. Premier interlocuteur du patient, le médecin généraliste peut se sentir démuni. Comment transformer la suspicion en évidence diagnostique ? Les échelles d'évaluation sont actuellement des outils méconnus mais d'une haute rentabilité dans la pratique au quotidien.

## A. Les exigences méthodologiques

La qualité première d'une échelle est que par son contenu, elle réponde à l'attente de l'utilisateur.

**La validité** est l'aptitude à fournir un reflet réel de ce que la grille a pour objet de mesurer. Elle sera définie par sa précision et sa reproductibilité. La précision a trait à la dispersion des mesures autour de la moyenne. La reproductibilité repose sur la variabilité des mesures inter-observateur ou intra-observateur. Rares sont les échelles qui satisfont à ces critères essentiels. On comprend aisément qu'un score nutritionnel établi sur des valeurs biologiques aura une bonne variabilité inter-observateur. Par contre s'il est défini par des critères d'appréciation subjectifs - p.ex. estimer si le sujet est bien ou mal nourri -, la stabilité de la mesure entre différents observateurs devra être démontrée (reproductibilité ou fidélité inter-juges). **La sensibilité** d'un instrument de mesure est la qualité qui lui permet de différencier des grandeurs peu différentes. **La spécificité** de l'instrument correspond à sa capacité de ne réagir qu'en fonction des modifications de ce qu'il est sensé observer. En d'autres termes, la sensibilité correspond à la capacité à détecter au minimum tous les vrais positifs, la spécificité à n'isoler que les vrais positifs. Une grille doit être **fiable** c'est-à-dire dotée d'un haut pouvoir discriminant qui permet de dissocier des états peu différents. Une dernière qualité, déterminante pour le choix est le principe d'**acceptabilité**. Une grille complexe faisant appel aux compétences de différents intervenants alourdit la procédure de recueil. Elle ne doit être ni trop longue, au risque d'être mal ou non remplie, ni trop courte au risque de ne pas atteindre l'objectif fixé. Peu d'échelles sont validées.

En médecine générale	Les outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Les fonctions cognitives</li> <li>· La dépression</li> <li>· La malnutrition</li> <li>· Le risque de chute</li> <li>· L'indépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)</li> <li>· L'indépendance dans les activités élémentaires de la vie quotidiennes (ADL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Anamnèse, hétéroanamnèse Le <i>Mini Mental Status Test Examination</i> (MMSE) Test de l'horloge</li> <li>· Interrogatoire orienté <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)</li> <li>· Interrogatoire orienté Echelle de risque de dénutrition à domicile Biologie (albumine, cholestérol) Courbe de poids</li> <li>· Anamnèse Test "Get Up and Go" Echelle de Tinetti</li> <li>· Echelle de Lawton</li> <li>· Echelle de Katz, de Barthel.</li> </ul>

## B. Les échelles et outils d'évaluation utiles en médecine générale

### La démence

"Docteur, je perds la mémoire, est-ce un début de maladie d'Alzheimer ?". Cette question qui masque la légitime inquiétude de la personne âgée ou de son conjoint, ne peut plus être éludée d'un geste de la main accompagné d'une dénégation paternaliste. Si la confirmation diagnostique d'une éventuelle affection dégénérative débutante appartiendra bien souvent au spécialiste, le généraliste doit pouvoir entamer une première démarche scientifique. L'anamnèse, l'hétéroanamnèse de l'entourage familial et l'exploration des fonctions cognitives sont accessibles en médecine générale. Le *Mini Mental Status Test (MMS)* de *Folstein* permet en dix minutes d'explorer les fonctions dites cognitives (orientation, mémoire, concentration, langage, praxie). Une valeur inférieure à 24 permet d'affirmer une atteinte cognitive sans préjuger de son étiologie. La difficulté consistera à dissocier la dépression ou la confusion d'un état démentiel. Les valeurs normales doivent être corrigées en fonction de l'âge du patient et de son niveau socioculturel.

La procédure de réalisation du *test de l'horloge* est la suivante. Le patient est assis, une feuille et un crayon sont placés à portée de main. On demande d'exécuter les instructions suivantes :

1. Dessinez un cadran de montre.
2. Inscrivez toutes les heures.
3. Placez les aiguilles de la montre sur 11 h 10 minutes.

Le test de l'horloge explore la mémoire, la concentration, la représentation spatiale. Ici également il faudra tenir compte de pathologies intriquées (confusion, démence) et de troubles visuels ou moteurs. Il n'existe pas de critères reproductibles qui permettent d'établir un score pour le test de l'horloge. Les erreurs sont d'autant plus grossières que les fonctions cognitives sont altérées : oubli du positionnement des aiguilles pour les formes modérées, erreurs dans la numérotation, utilisation de stratégies complexes, répétitives et non adaptées qui aboutissent soit à l'échec, soit à la représentation non structurée de l'horloge.

L'association d'un MMS inférieur à 24 et d'un test de l'horloge pathologique permet d'affirmer une démence avec une sensibilité de 85% et spécificité de 80%. On gardera la notion que l'association de ces deux stratégies d'évaluation laisse un risque d'erreur diagnostique par excès de 20%, ce qui est considérable.

**MMSE: Version originale**

ORIENTATION	SCORE
<p>Pouvez-vous me dire ?</p> <p>En quelle année sommes-nous aujourd'hui ?</p> <p>En quelle saison sommes-nous ?</p> <p>Quelle est la date aujourd'hui ?</p> <p>En quel mois sommes-nous ?</p> <p>Quel est le jour de la semaine aujourd'hui ?</p> <p><i>(un point pour chaque réponse correcte)</i></p>	<p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>... 5</p>
<p>Pouvez-vous me dire où vous vous trouvez maintenant ?</p> <p>Dans quel pays ?</p> <p>Dans quelle province ?</p> <p>Dans quelle ville ?</p> <p>Dans quel hôpital ? (rue)</p> <p>A quel étage sommes-nous ?</p> <p><i>(un point pour chaque réponse correcte)</i></p>	<p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>( )</p> <p>... 5</p>
<p><b>ENREGISTREMENT</b></p> <p>Citez trois mots non apparentés (1 seconde par mot).            Demandez au patient de répéter les trois mots.            La première tentative détermine le score.            Accordez un point pour chaque réponse correcte.            Répétez les 3 mots jusqu'à ce que le patient puisse les répéter.            Six tentatives sont permises au total.            Si le patient n'arrive pas encore à répéter les 3 mots après 6 tentatives,            la mémoire ne peut être testée.            Nombre de tentatives:.....  <i>(un point pour chaque réponse correcte)</i></p>	<p>( ) 3</p>
<p><b>ATTENTION ET CALCUL</b></p> <p>Soustraire 7 de 100, puis à nouveau 7 du résultat, et ainsi de suite.            Arrêtez après 5 réponses et donnez un point par réponse correcte.</p> <p>Une alternative, si le patient refuse ou ne peut calculer,            est de faire épeler le mot "MONDE" - ou            « ROUGE » à l'envers et accordez un <i>point par réponse correcte.</i></p>	<p>( ) 5</p>
<p><b>MEMOIRE</b></p> <p>Demandez de répéter les trois mots qui viennent juste d'être cités.  <i>Accordez un point par réponse correcte.</i></p>	<p>( ) 3</p>
<p><b>LANGAGE</b></p> <p>Montrez un crayon et une montre et demandez au patient de les nommer <i>(2 points)</i>.</p> <p>Faites répéter la phrase suivante: "Pas de si, ni de mais"  <i>(un point si la phrase complète est correcte)</i></p> <p>Faites exécuter une tâche en trois temps:            "Voulez-vous prendre cette feuille de papier avec la main droite,            la plier en deux et la poser sur le sol" <i>(un point pour chaque séquence correcte);</i></p> <p>Lisez et effectuez l'instruction écrite "Fermez les yeux" <i>(1 point)</i></p> <p>Ecrivez une phrase? <i>(1 point)</i></p> <p>Faites-lui copier une figure <i>(1 point)</i></p>	<p>( ) 2</p> <p>( ) 1</p> <p>( ) 3</p> <p>( ) 1</p> <p>( ) 1</p> <p>( ) 1</p>
<p><b>SCORE TOTAL</b></p>	<p>..... <b>30</b></p>

## CLOCK DRAWING TEST (Test de l'horloge)

Le test qui consiste à dessiner un cadran de montre est une tâche complexe qui mobilise le fonctionnement des aires corticales frontales et temporo-pariétales. Le test est perturbé lorsqu'il existe une apraxie constructive, mais aussi lorsqu'il existe des déficits spatio-temporaux. Il permet d'identifier des déficits cognitifs débutants, comme dans les formes peu évoluées de démence d'Alzheimer.

Cependant, le test de l'horloge ne permet pas d'affirmer un diagnostic de démence. Son intérêt réside dans le dépistage des patients pour lesquels une évaluation cognitive complémentaire peut être utile.

### Instructions

Demandez au sujet de dessiner un cadran de montre, de placer à l'endroit correct les chiffres indiquant les heures. Lorsque c'est fait, demandez-lui de placer les aiguilles de la montre de telle sorte que soit indiqué 11 heures 10 ou 8 heures 20.

### Score

Il existe plusieurs systèmes de cotation.

Globalement, la présence d'erreurs dans la présentation des chiffres indiquant les heures ou dans le positionnement des aiguilles, le caractère incomplet du dessin ou la tendance à rester dans une seule zone du dessin témoignent de troubles cognitifs ou visuo-spatiaux.

### Score à 4 points

- 1 point: pour le tracé d'un cercle fermé
- 1 point: pour la mise en place correcte des chiffres indiquant les heures
- 1 point: pour la présence des 12 chiffres
- 1 point: pour la mise en place correcte des aiguilles

### Interprétation

Des erreurs, telles qu'un cercle fortement déformé ou le positionnement de chiffres en dehors du cercle, sont hautement suggestives d'atteinte cognitive. Un faible score justifie une évaluation complémentaire.

## La confusion

Les états confusionnels sont fréquents dans la population gériatrique. Dans la classe d'âge de plus de 75 ans, la prévalence de ces états varie selon les services entre 40% (services de médecine) - 60% (services de chirurgie). Ces situations pourtant lourdes de conséquences en terme de mortalité ou de risque de placement institutionnel sont souvent méconnues par les médecins hospitaliers. Les états confusionnels existent et sont insuffisamment diagnostiqués dans les maisons de repos ou institutions. La démence, la polyopathie, la polymédication et la dépression sont des facteurs favorisants.

Le recours aux critères de la CAM (*Confusion Assessment Method*) est une aide précieuse au diagnostic de confusion.

<i>Confusion Assessment Method (CAM)</i>	
1.	Modification soudaine du statut cognitif
2.	Symptômes fluctuants
3.	Difficultés de concentration et/ou
4.	Pensée incohérente
5.	Modification de l'état de conscience

### Critères diagnostiques de confusion mentale :

Les trois premiers critères doivent être présents et associés au moins à l'un des deux derniers.

Les deux premiers critères imposent une hétéroanamnèse (famille, personnel soignant). La capacité d'attention repose sur la réalisation d'un test simple : effectuer cinq soustractions successives de 7 à partir de 100 (93/86/79/72/65) ou épeler le mot *monde* à l'envers. Les niveaux de conscience vont de l'agitation anxieuse à l'état comateux. Dans la pratique gériatrique institutionnelle (hôpital ou maison de repos) la difficulté diagnostique des états confusionnels est liée à l'association avec les états démentiels préexistants. Ces deux pathologies induisent des modifications cognitives. La modification brutale du statut cognitif par rapport à l'état habituel est certainement un des critères déterminants pour suspecter la confusion aiguë.

## La dépression

La prévalence des états dépressifs n'est pas plus grande à l'âge avancé. Le diagnostic des états dépressifs de la personne âgée pose des difficultés. La recherche des symptômes d'anhédonie, de dysphorie, d'agitation, de difficultés de concentration, de perte d'estime de soi ou d'idées suicidaires fait rarement partie de l'entretien orienté. La perte d'élan vital, la tendance au confinement, les troubles du sommeil ou l'inappétence sont parfois assimilés aux effets du vieillissement physiologique normal. Depuis quelques années, les états dépressifs de la personne âgée sont davantage reconnus et traités. Ici encore le médecin traitant est en première ligne. Comment dissocier affects dépressifs et dépression, deuils réactionnel et pathologique ? Le médecin peut dans sa démarche diagnostique s'appuyer sur les échelles de dépression. Par ailleurs, ces échelles permettent de mesurer l'efficacité du traitement antidépresseur. La GDS (*Geriatric Depression Scale*) est adaptée à la personne âgée mais doit être remplie par le patient lui-même. L'expérience montre que pour les états dépressifs sévères, la GDS induit souvent des réactions émotionnelles intenses (pleurs, tristesse). L'intérêt de ces échelles dans la population dépendante institutionnalisée est relatif.

### GDS-Version à 15 items

	OUI	NON
Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	0	1
Avez-vous abandonné beaucoup de vos activités et centres d'intérêts?	1	0
Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	1	0
Est-ce que vous vous ennuyez souvent?	1	0
Etes-vous habituellement de bonne humeur ?	0	1
Redoutez-vous que quelque chose vous arrive?	1	0
Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps ?	0	1
Eprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	1	0
Préférez-vous rester chez vous plutôt que de sortir et de faire de nouvelles choses ?	1	0
Considérez-vous que vous avez plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ?	1	0
Estimez-vous que la vie actuelle est passionnante?	0	1
Vous sentez-vous actuellement sans valeur ?	1	0
Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	0	1
Pensez-vous que votre situation est désespérée ?	1	0
Pensez-vous que la majorité des gens vivent mieux que vous ?	1	0
<b>Score total</b>	...	...

Le score "1" traduit l'item "dépressif" positif.

Score > 5 points: dépression probable

Score > 10 points : dépression hautement probable

## La dépendance

Evaluer la dépendance est une préoccupation constante pour le gériatre. Elle l'est également pour le médecin généraliste. La finalité de l'intervention autour du patient à profil gériatrique n'est-elle pas de limiter la dépendance de la personne âgée et ce faisant, de préserver ou restaurer son autonomie ? Par évaluation fonctionnelle, on entend décrire les performances ou aptitudes de la personne âgée dans la réalisation des activités élémentaires de la vie journalière (AVJ). Lorsque l'on parle de dépendance, on définit le besoin d'une tierce personne pour la réalisation de ces activités fondamentales. L'échelle la plus répandue est celle de Katz (*Activities of Daily Living - ADL*) qui définit le besoin d'aide pour la réalisation de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation, des déplacements et de la continence.

*Le travail princeps (KATZ 1963) avait pour but de mesurer l'impact du degré de dépendance sur le devenir et la mortalité des personnes âgées après fracture du col du fémur. Katz a montré l'existence d'une relation entre l'état fonctionnel des patients avant l'intervention et leur devenir. Les décès étaient plus fréquents et la perte fonctionnelle était d'autant plus marquée que les personnes étaient plus dépendantes avant l'opération.*

Autour de cette grille ont été développées de nombreuses échelles toutes mieux adaptées, plus simples selon leurs seuls auteurs. Le dénominateur commun de ces échelles est le respect des besoins fondamentaux définis par Katz. Certains items sont ajoutés : fonctions cognitives, troubles du comportement. Les niveaux de cotations varient : à trois, quatre, voire cinq niveaux de cotation. L'échelle de Katz a subi nombre d'interprétations et de traductions dont l'auteur aurait probablement beaucoup de mal à reconnaître la paternité. On trouvera en annexe une traduction de la version originale de Katz. Cette grille est à trois niveaux de gravité et chaque niveau d'aide est défini selon des critères rigoureux.

La libre utilisation de la grille de Katz, ou ce qu'il en reste comme outil d'évaluation dans une optique de financement des maisons de repos ou de mesure des handicaps constitue une aberration épidémiologique. Mais nos décideurs et financeurs n'ont probablement pas nos soucis de rigueur épidémiologique

D'autres outils ont été développés afin d'explorer la capacité de l'individu à rester au domicile. Ce domaine concerne celui des activités instrumentales (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*): utilisation du téléphone, faire les courses, entretenir sa maison, utiliser les moyens de transports, faire la lessive, gérer son budget et sa prise de médicaments. Ces tâches requièrent un haut niveau de capacités physiques et d'intégration cognitives. Ces échelles sont adaptées pour évaluer la population âgée non institutionnalisée.

### Echelle de Katz : version originale

<p>TOILETTE (simplement se laver ou prendre une douche ou un bain)</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: se lave entièrement de manière autonome ou n'est aidé que pour une partie du corps (par exemple, pour le lavage du dos ou d'un membre déficitaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: a besoin d'aide pour laver plus qu'une partie du corps; a besoin d'aide pour entrer et sortir du bain ou ne se lave pas entièrement lui-même.</p>
<p>HABILLAGE</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: retire lui-même les vêtements de l'armoire ou du tiroir, s'habille et peut mettre des vêtements lâches sans problèmes. Nouer les lacets de chaussures n'entre pas dans l'évaluation.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: ne s'habille pas lui-même ou arrive avec difficultés à s'habiller partiellement.</p>
<p>ALLER AUX TOILETTES</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: peut se rendre aux toilettes ou en revenir sans aide, s'asseoir et se relever des toilettes et s'essuyer lui-même. Il peut éventuellement utiliser seul un bassin hygiénique ou un urinal la nuit. L'utilisation d'aides mécaniques est permise.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: le patient ne peut se rendre aux toilettes ou en revenir sans aide partielle (stimulation, contrôle) de tiers et/ou s'asseoir ou se relever des toilettes. Il a besoin d'aide pour utiliser un bassin hygiénique.</p>
<p>DEPLACEMENT DANS LA MAISON:</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: peut se coucher et se lever de manière tout à fait autonome d'un lit ou d'un fauteuil (peut pour cela utiliser des aides mécaniques)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: a besoin d'aide pour se mettre au lit ou s'asseoir dans un fauteuil et s'en relever; ne se déplace pas de manière autonome.</p>
<p>CONTINENCE</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: le patient assure sa continence tant au niveau urinaire que fécal.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: il existe une incontinence urinaire ou fécale partielle ou totale. Pour assurer un contrôle partiel ou total de la continence, on recourt à des lavements, des sondages, la mise à disposition d'un bassin hygiénique ou d'un urinal.</p>
<p>ALIMENTATION</p>	<p><input type="checkbox"/> Indépendant: porte les aliments de l'assiette à la bouche de manière autonome. Les manipulations préparatoires, telles que découper la viande ou beurrer le pain, ne sont pas évaluées.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendant: a besoin d'aide pour s'alimenter ou doit être alimenté (même artificiellement).</p>

SCORE	A	Indépendant pour les 6 fonctions
	B	Dépendant pour 1 des 6 fonctions
	C	Dépendant pour se laver et 1 autre fonction
	D	Dépendant pour se laver, s'habiller et 1 autre fonction
	E	Dépendant pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes et 1 autre fonction
	F	Dépendant pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer et 1 autre fonction
	G	Dépendant pour toutes les fonctions
	Autre	Dépendant pour au moins 2 fonctions, mais n'est pas à classer en C, D, E ou F

### ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AIVQ)

Les AIVQ reflètent les capacités des personnes âgées à fonctionner dans les domaines cognitifs, de la capacité à interagir socialement et de la capacité à assumer des fonctions complexes. Ces capacités sont évaluées à l'aide des échelles AIVQ.

#### Echelle AIVQ (version originale selon Lawton & Brody)

	1 2 3 4	<b>Aptitude à utiliser le téléphone:</b> se sert du téléphone de sa propre initiative (cherche les numéros, les choisit, etc.) ne choisit que certains numéros décroche le téléphone, mais n'appelle pas lui-même ne peut utiliser le téléphone
	1 2 3 4	<b>Faire les courses:</b> fait toutes les courses lui-même fait les courses lui-même pour les petits achats a besoin d'accompagnement pour toutes les courses totalement incapable de faire les courses
	1 2 3 4	<b>Préparation des aliments:</b> planifie, prépare et sert des repas équilibrés de manière indépendante prépare des repas équilibrés s'il dispose des ingrédients réchauffe des repas préparés et les sert ou prépare des repas mais n'assure pas une alimentation suffisamment équilibrée les repas doivent lui être préparés et servis
	1 2 3 4 5	<b>Ménage:</b> s'occupe seul du ménage ou le fait avec une aide occasionnelle (par exemple, pour les travaux ménagers lourds) exécute des tâches quotidiennes légères (fait la vaisselle, refait les lits...) exécute des tâches journalières, mais superficiellement. a besoin d'aide pour toutes les tâches ménagères ne participe absolument pas aux tâches ménagères
	1 2 3	<b>Lessive:</b> fait la lessive lui-même lave le petit linge, les chaussettes, les bas, etc. la lessive doit être réalisée par une tierce personne
	1 2 3 4 5	<b>Transport:</b> voyage seul en utilisant les transports en commun ou utilise sa propre voiture organise lui-même ses déplacements avec un taxi, mais n'utilise pas les transports en commun utilise les transports en commun, s'il est aidé ou accompagné les déplacements reposent sur le recours au taxi ou à la voiture, mais seulement avec l'aide de quelqu'un ne se déplace absolument pas
	1 2 3	<b>Gestion thérapeutique:</b> assure la préparation et la prise des médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées gère la prise des médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés est incapable de préparer et prendre seuls ses médicaments
	1 2 3	<b>Capacité de gérer ses finances:</b> règle lui-même de manière autonome ses affaires financières (budget, établissement de chèques, paiement du loyer et des factures, aller à la banque), contrôle ses revenus assure les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations bancaires, les achats importants, etc. incapable de gérer les affaires financières

Une valeur de 8 témoigne d'une autonomie conservée pour les activités instrumentales.

## L'état nutritionnel

La relation entre excès pondéral et hypertension, insuffisance cardiaque, diabète, arthrose ou goutte est loin d'être établie dans la classe d'âge gériatrique. Par contre, les conséquences de la malnutrition sont incontestables dans la population âgée, qu'elle soit hospitalisée ou non.

La population âgée à domicile doit également bénéficier d'une évaluation nutritionnelle. L'interrogatoire permet un premier dépistage. Certains recommandent comme démarche d'évaluation du risque de déficit nutritionnel d'inspecter le contenu du réfrigérateur : un approvisionnement réduit couplé à une proportion importante de denrées périmées témoigne de difficultés majeures de gestion de l'alimentation. Les facteurs sociaux et économiques sont probablement la première cause de déficit nutritionnel. La surveillance de la courbe de poids est également une démarche rentable. Une perte de poids de 5% sur un an est un facteur prédictif individuel de mortalité accrue sur un an. Sur le plan biologique, un taux d'albumine inférieur à 35 g/l constitue un risque de mortalité majoré par 5.3. L'association hypoalbuminémie-hypocholestérolémie constitue un risque majoré soit de déclin fonctionnel, soit de mortalité.

## NUTRITION SCREENING INITIATIVE ( adaptée selon White)

Je souffre d'une maladie qui a modifié la quantité ou la composition de mes aliments	2
Je mange moins de 2 repas par jour	3
Je mange peu de fruits, de légumes et de produits laitiers	2
Je bois chaque jour 3 verres ou plus d'une boisson alcoolisée	2
J'ai des problèmes dentaires, ce qui fait que j'ai des difficultés à manger	2
Je n'ai pas toujours suffisamment d'argent pour faire les achats nécessaires	4
Je mange seul la plupart du temps	1
Je prends au moins 3 sortes de médicaments chaque jour	1
Involontairement, j'ai perdu 5 kg pendant les 6 derniers mois	2
Je ne suis pas toujours assez en forme pour faire les courses, cuisiner ou m'alimenter moi-même	2
Total	

<i>Interprétation:</i>	<i>2-2 Pas de risque accru</i>
	<i>5-5 Risque modérément augment</i>
	<i>&gt; 6 Risque élevé</i>

Le *Mini Nutritional Assessment (MNA)* est une échelle d'évaluation nutritionnelle qui sera utile à l'omnipraticien dès lors qu'une intervention nutritionnelle orale ou entérale est envisagée (suppléments protéino-caloriques per os ou via une sonde gastrique). Le MNA rassemble 18 paramètres et permet d'établir un score. Une valeur supérieure ou égale à 24 rassure sur l'état nutritionnel. Une valeur située entre 17 et 23 est prédictive de risque de malnutrition et les valeurs inférieures à 17 permettent d'affirmer la malnutrition. Le MNA a une bonne reproductibilité interobservateur. Sa limite est sa relative complexité et le temps qu'il faut y consacrer (15 à 20 minutes).

## Les échelles de marche et d'équilibre

De par leur fréquence et leurs conséquences fonctionnelles, les chutes de la personne âgée constituent un problème de santé publique. Si les facteurs d'environnement (sols inadaptés, éclairage insuffisant, absence d'appui) sont des cofacteurs de chute, les troubles de la marche ou de l'équilibre sont sans aucun doute le premier facteur de risque de chute du patient gériatrique polyopathologique. Identifier le problème de marche ou l'instabilité doit faire partie de l'examen clinique de la personne âgée. Si la possibilité d'un traitement étiologique reste l'exception (hydrocéphalie, maladie de Parkinson), la kinésithérapie proprioceptive et de réassurance a démontré son efficacité en terme de primaire ou secondaire de la chute. Il importe donc d'identifier les patients à risque.

Le test le plus simple est le "*Get Up and Go Test*".

Le test consiste à mesurer le temps nécessaire pour se lever d'une chaise les mains posées sur les accoudoirs, marcher trois mètres faire demi-tour et s'asseoir. Cette épreuve simple et reproductible permet de suspecter un

risque de chute si le temps de réalisation est supérieur à 15 secondes.

*L'échelle de marche et d'équilibre de Tinetti* (voir appendix) est destinée à une utilisation institutionnelle (hôpital, service de revalidation). Le test est réalisé en deux temps. Une première série d'épreuves explore l'équilibre. Dans un second temps, c'est l'examen de la marche décomposée qui est réalisé. L'échelle de Tinetti impose un apprentissage et est davantage consommatrice de temps (15 minutes environ). La reproductibilité inter-observateurs est inconstante. Le score maximal est de 28. Une valeur inférieure à 19 est prédictive d'un risque de chute.

### **C. Conclusion**

Différentes échelles d'évaluation sont accessibles à la pratique de la médecine générale. Certains, souvent sans en connaître le contenu, les qualifient de réductrices. Elles constituent de notre point de vue un outil précieux d'aide à l'identification des facteurs de risque de déclin fonctionnel tels que les troubles cognitifs, la dénutrition, le risque de chute. En aucun cas, elles autorisent à négliger l'approche globale de la personne âgée. En complément de l'anamnèse, de l'interrogatoire du référent ou de l'entourage familial et de l'examen clinique les échelles permettent au médecin généraliste de se rapprocher de l'évaluation gériatrique globale (*Global Geriatric Assessment*) de l'interniste gériatre.