

## Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs

Claire Harrisson  
Courtière de connaissances  
Secteur gestion des connaissances

Février 2011 (révisé, novembre 2011)



Document réalisé par :

Claire Harrisson  
Courtière de connaissances

Citation suggérée :

Claire Harrisson. Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Février 2011, 19p.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances /Produits de courtage. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Ce document peut être reproduit pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

## Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées: tableaux comparatifs

### Douze messages clés

1. Un outil de repérage validé permet l'identification des personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie ou à risque de l'être.
2. Le repérage à l'urgence s'avère incontournable puisque l'urgence représente une des portes d'entrée principale pour les personnes âgées vulnérables.
3. L'âge est considéré comme un élément important dans tous les outils.
4. Chaque outil offre de la flexibilité quant à la catégorie d'âge visée ainsi que le seuil de repérage à privilégier.
5. Deux outils de repérage ont été validés au Québec : PRISMA-7 et ISAR. Seul ISAR a été validé à l'urgence.
6. ISAR semble offrir des aspects plus variés que les trois autres outils recensés. Il est le seul à considérer une augmentation du besoin d'aide en relation avec la visite à l'urgence.
7. PRISMA-7 est le seul outil à évaluer les AVQ et les AVD.
8. SHERPA est le seul outil à considérer un historique de chute(s).
9. Les écrits identifiés rapportent une préférence pour l'utilisation d'ISAR dans le contexte de l'urgence.
10. Il existe plusieurs combinaisons entre des outils de repérage et des outils d'évaluation soit : ISAR/SEISAR, PRISMA/SMAF, PRISMA ou ISAR/AINÉES, ISAR/SHERPA.
11. Le SMAF est bien connu puisqu'il est reconnu comme l'outil d'évaluation pour les soins à domicile ou pour l'admission en hébergement.
12. AINÉES est un modèle de pratique qui vise une approche adaptée à la personne âgée. Le repérage de la vulnérabilité y est suggéré.

Le présent document présente une comparaison entre les outils de repérage sélectionnés ainsi qu'une comparaison des outils d'évaluation sélectionnés. La demande provient du groupe de travail Trajectoire intégrée en gériatrie à l'urgence. La littérature a été consultée afin de faire ressortir les outils de repérage et d'évaluation de la personne âgée se présentant à l'urgence dans le but de mieux gérer cet épisode de soins. La recension permet une présentation en tableaux des différents outils.

Un tableau synthèse des outils de repérage (p.17) permet de voir en un coup d'œil l'étendue des connaissances et des tendances.

**Tableau1:Comparatifdesoutilsderepérage**

ISAR	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
Identification systémique des aînés à risque <sup>1</sup>	<p>Outil de repérage qui permet d'identifier les aînés à risque élevé de perte d'autonomie pendant ou après une visite à l'urgence jusqu'à 6 mois après incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclin fonctionnel</li> <li>• Mortalité</li> <li>• Institutionnalisation</li> <li>• Visites multiples à l'urgence (2 et +)<sup>2</sup></li> <li>• Taux élevé d'hospitalisation</li> </ul> <p>Permet aussi de détecter et de prédire de nombreux indices cliniques et autres :<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des problèmes gériatriques non-résolus</li> <li>• La dépression</li> <li>• Les hospitalisations prolongées (DMS≥11 jours)</li> <li>• Utilisation des ressources pour les soins de santé (≥10 fois dans une clinique ou à domicile)</li> </ul>	<p>Personnes âgées de 65 ans et plus</p> <p>Critères d'exclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne en hébergement ou en CHSLD - perte d'autonomie déjà connue</li> <li>• Personne désorientée et aucun aidant n'est disponible</li> <li>• Personne instable - questionnaire reporté</li> </ul>	<p>Sensibilité* :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seuil<sup>†</sup> 2+ : 72%</li> <li>• Seuil 3+ : 44%</li> <li>• Seuil 4+ : 23%</li> </ul> <p>Spécificité<sup>‡</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seuil 2+ : 58%</li> <li>• Seuil 3+ : 80%</li> <li>• Seuil 4+ : 92%</li> </ul> <p>Valeur prédictive positive<sup>§</sup> : 2,6</p> <p>Valeur prédictive négative<sup>**</sup> : 0,3</p> <p>Test-retest : 0,78</p> <p>Français/anglais</p> <p>La prévalence d'aînés avec un ISAR positif augmente en général avec l'âge</p> <p>Le seuil d'âge peut être plus élevé</p> <p>Le pointage minimal peut être</p>	<p>Au total 6 questions qui couvrent les problèmes les plus communs chez les aînés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'autonomie aigue</li> <li>• Perte d'autonomie chronique</li> <li>• Troubles cognitifs</li> <li>• Troubles visuels</li> <li>• Polypharmacie</li> <li>• Hospitalisation récente</li> </ul>	<p>Réponse oui ou non, avec des codes 0 ou 1 inscrits pour chaque réponse</p> <p>Un non ne signifie pas automatiquement 0</p> <p>Total du pointage au bas du questionnaire</p>	<p>Complété par différents types de travailleurs de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Commis au triage</li> <li>• Infirmière</li> <li>• Technicien ambulancier</li> <li>• Autres employés entraînés</li> </ul> <p>Peut être auto-administré bien que dans la pratique, seulement 10% l'ait utilisé sous cette forme.<sup>3</sup></p> <p>L'aîné doit être orienté, sinon un aidant/informateur tel un membre de la famille peut le remplir.</p> <p>Si aucun aidant n'est disponible, le patient est considéré à risque.</p> <p>Temps requis : 3 min</p>	<p>Des indicateurs de suivi sont suggérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour la population cible</li> <li>• Pour les patients repérés identifiés à risque</li> </ul> <p>Enquête effectuée auprès de 111 départements d'urgence au Québec en 2007:<sup>4</sup></p> <p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidité</li> <li>• Simplicité</li> <li>• Validation en salle d'urgence</li> <li>• Relevance clinique</li> </ul> <p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de ressources pour dépister et faire le suivi</li> <li>• Méconnaissance de la différence entre dépistage et évaluation</li> </ul>

\* Sensibilité : la proportion des usagers ayant été repérés positifs et qui développeront une perte d'autonomie (vrais positifs). Plus le score seuil augmente, plus la sensibilité de l'outil diminue i.e. que la proportion de faux négatifs (usagers qui développeront une perte d'autonomie mais non repérés par l'outil) sera plus grande alors que la proportion de vrais positifs sera moindre.

† Score seuil : le nombre de réponses positives (à risque) choisi au questionnaire à partir duquel un individu est considéré positif au repérage.

‡ Spécificité : la proportion des usagers ayant été repérés négatifs et qui ne développeront pas une perte d'autonomie (vrais négatifs). Plus le score seuil augmente, plus la spécificité de l'outil augmente i.e. moins de faux positifs (usagers repérés mais qui ne développeront pas une perte d'autonomie) et plus de vrais négatifs.

§ Valeur prédictive positive : probabilité pour un sujet d'être atteint de perte d'autonomie lorsque que le résultat est positif.

\*\* Valeur prédictive négative : probabilité pour un sujet de ne pas être atteint de perte d'autonomie lorsque le résultat est négatif.

ISAR	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
			<p>modifié : l'outil est aussi valide avec un score seuil de 3 ou 4 sur 6. En élevant le seuil, il y aura moins de patients repérés et un pourcentage plus élevé de ceux qui sont à risque de perte d'autonomie.</p> <p>Validé dans 4 départements d'urgence d'hôpitaux universitaires de Montréal.</p>			<p>Interprétation : un pointage de 2 ou plus représente les aînés à risque.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité d'adapter les outils aux contextes locaux</li> <li>• Résistance au changement</li> <li>• Attitude envers les aînés</li> </ul> <p>Implantation fructueuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des intervenants</li> <li>• Essais préalables</li> </ul> <p>Utilisations en salle d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belgique<sup>5</sup></li> <li>• Colombie-Britannique (Elder Alert Program)<sup>6</sup></li> <li>• Montréal<sup>7,8</sup></li> </ul> <p>Autres lieux d'utilisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliniques médicales<sup>2</sup></li> <li>• Unités de soins (dès l'admission)<sup>2,9</sup></li> </ul> <p>Résultats des ERC - validation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ déclin fonctionnel à 4 mois<sup>7</sup></li> <li>• ↑ des références au médecin de famille<sup>7</sup></li> <li>• ↑ des soins à domicile<sup>7</sup></li> <li>• Pas de coût additionnel<sup>8</sup></li> </ul>

PRISMA-7	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie <sup>10</sup>	<p>Outil de repérage basé sur le déclin fonctionnel qui permet d'identifier des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave, en l'absence d'un score SMAF connu.</p> <p>Il permet de faire un premier triage dans les cas qui devraient être évalués en premier.</p>	Personnes âgées de 65 ans et plus, non-hébergées	<p>Sensibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 oui ou + : 78,26%</li> <li>• 4 oui ou + : 60,87%</li> </ul> <p>Spécificité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 oui ou + : 74,74%</li> <li>• 4 oui ou + : 91,02%</li> </ul> <p>Valeur prédictive positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 oui ou + : 42,65%</li> <li>• 4 oui ou + : 93,47%</li> </ul> <p>Valeur prédictive négative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 oui ou + : 93,47%</li> <li>• 4 oui ou + : 90,64%</li> </ul> <p>Fidélité inter juges : corrélation à 95,4%</p> <p>Validé au Québec dans la région de Sherbrooke.</p> <p>Français/anglais/polonais</p>	<p>Sept questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Genre</li> <li>• Limitation d'activités</li> <li>• Besoins d'aide</li> <li>• Problèmes de santé</li> <li>• Identification d'un proche-aidant</li> <li>• Déplacements (cane, marchette, fauteuil roulant)</li> </ul>	Réponse oui ou non avec un total de oui et de non.	<p>Complété par la personne âgée ou par l'aidant en autant qu'il la connaisse bien et sache ce qu'elle répondrait.</p> <p>Peut être utilisé par téléphone, par des cliniciens ou des bénévoles formés à son utilisation, par des services à domicile, à l'urgence, et par des bénévoles de différents organismes.</p> <p>Peut être auto-administré.</p> <p>La réponse donnée par la personne âgée doit être considérée comme étant la bonne.</p> <p>Temps requis : &lt; 5 minutes</p> <p>Interprétation : un PRISMA-7 positif est un pointage de 3 ou 4 oui et plus, une évaluation avec le SMAF doit être faite pour connaître le score.</p> <p>L'information est transmise au guichet unique du CSSS. Une infirmière ou le travailleur social décidera s'il y a lieu</p>	<p>Principalement utilisé au guichet unique des CLSC. Utilisé dans les urgences de Caoticook et de Sherbrooke (CHUS).</p> <p>Utilisé dans les campagnes de vaccination, les GMF, les cliniques pré-chirurgie, les centres de réadaptation, les salles d'attente.<sup>12</sup></p> <p>A Sherbrooke, 75% des personnes repérées positives (seuil de 4 oui et plus) n'étaient pas connues du CLSC ou n'avaient pas d'évaluation de leur autonomie dans l'année précédente.<sup>11</sup></p> <p>L'implantation graduelle permet le rodage de l'équipe d'évaluation.</p>

PRISMA-7	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
						<p>de donner des services ou de faire le SMAF.<sup>11</sup></p> <p>Seuil à privilégier : à choisir entre 3 ou 4.</p>	

HARP	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
Hospital Admission Risk Profile /Profil de risque déterminé à l'admission <sup>13</sup>	<p>Outil de repérage basé sur le déclin fonctionnel aux AVQ à la suite d'une hospitalisation jusqu'à trois mois suivant le congé.</p> <p>Son utilisation vise l'identification de patients qui demandent une planification compréhensive du congé, une évaluation gériatrique, des soins spéciaux aux patients hospitalisés, une réadaptation durant et après le séjour.</p> <p>Il permet une stratification du risque dans les 48 heures de l'admission.<sup>14</sup></p>	<p>Personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées sur des unités de médecine.</p> <p>Critères d'exclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie terminale</li> <li>• Déficit cognitif sévère</li> <li>• Inhabilité à donner un consentement éclairé</li> <li>• Admission aux soins intensifs</li> <li>• Admission pour chirurgie</li> <li>• Personnes vivant en institution</li> <li>• Mortalité durant ou jusqu'à 3 mois après le congé</li> <li>• Résultat du MMSE non-disponible</li> </ul>	<p>Validé aux États-Unis auprès de 567 patients hospitalisés en 1989-90 - projet HOPE (Hospital Outcomes Project for the Elderly).</p> <p>Anglais</p>	<p>Le questionnaire comprend 3 dimensions avec un score de risque associé à chaque dimension. Le score total donne un niveau de risque de déclin dans les AVQ (se laver, s'habiller, se nourrir, marcher, se déplacer, aller aux toilettes).</p> <p>1) Catégorie d'âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;75 : score 0</li> <li>• 75-84 : score 1</li> <li>• ≥85 : score 2</li> </ul> <p>2) Fonctions cognitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score au MMSE abrégé qui exclut les items reliés au langage</li> </ul> <p>3) Fonctionnement dans 7 AVQ – instrumental (repas, téléphone, finance, déplacements, prise de médicaments, faire des achats, entretien ménager) rapporté par le patient 2 semaines avant l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indépendant dans 6-7 : 0</li> <li>• Indépendant dans 0-5 : 2</li> </ul>	<p>Un score est obtenu pour chacune des trois dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge: score de 0 à 2</li> <li>• Résultat du MMSE – version abrégée : score de 0 ou 1</li> <li>• Indépendance dans les AVQ 2 semaines avant l'admission: score de 0 ou 2</li> </ul> <p>Un pointage total est obtenu sur 5 avec les niveaux de risque selon le pointage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 ou 1 : faible</li> <li>• 2 ou 3 : intermédiaire</li> <li>• 4 ou 5 : élevé</li> </ul>	<p>Administré à trois intervalles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 48 heures de l'admission</li> <li>• Lors du congé</li> <li>• 3 mois après le congé de l'hôpital</li> </ul> <p>Un score élevé est associé à un plus haut risque de déclin fonctionnel dans les AVQ.</p> <p>Pour un résultat similaire, les patients ayant une durée de séjour plus élevée ont un risque plus élevé.</p> <p>Le fonctionnement dans les AVQ instrumental avant l'admission tend à être surestimé par les patients.</p> <p>Temps requis : 10 minutes</p>	



SHERPA	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie <sup>15</sup>	<p>Outil qui permet de classer rapidement les patients âgés admis de manière non planifiée, selon l'importance du risque de perte d'autonomie auquel ils sont exposés 3 mois après l'hospitalisation. Il inclut une évaluation des fonctions cognitives dans le but d'identifier les démences et le délirium.<sup>5</sup></p> <p>Le score SHERPA permet une détection précoce de la charge de travail en soins infirmiers dès l'admission.<sup>16</sup></p> <p>Le score SHERPA est associé à la durée de séjour.<sup>5</sup></p> <p>Partage des similarités avec le HARP.<sup>16</sup></p>	<p>Personnes âgées de 75 ans et plus, hospitalisées de manière non planifiée</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie terminale</li> <li>• Admission aux soins intensifs</li> <li>• Admission pour ACV</li> <li>• Séjour de moins de 48 heures</li> <li>• Dépendant pour 6 AVQ à l'admission</li> </ul>	<p>Sensibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score &lt;3,5 : 85%</li> <li>• Score &lt;5 : 68%</li> <li>• Score ≤ 6 : 45%</li> </ul> <p>Spécificité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score &lt;3,5 : 45%</li> <li>• Score &lt;5 : 71%</li> <li>• Score ≤ 6 : 87,2%</li> </ul> <p>A été utilisé et validé en Belgique auprès de 625 patients de 70 ans et + se présentant à l'urgence et hospitalisés pour un minimum de 48 heures.<sup>17</sup></p>	<p>Au total 5 facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVQ instrumentales</li> <li>• Capacité cognitive - MMSE&lt;15/21 version abrégée)</li> <li>• Perception subjective de la santé</li> <li>• Âge</li> <li>• Présence de chute dans la dernière année</li> </ul>	<p>Réponse de oui ou non pour chaque item du questionnaire avec un score de 0 à 3 attribué à chaque réponse.</p> <p>Le score total est de 11,5.</p>	<p>SHERPA est administré par l'infirmier de l'équipe de liaison gériatrique lorsque le patient obtient un score ISAR &gt;3 dès son arrivée à l'urgence.<sup>5</sup></p> <p>Le questionnaire est administré au patient ou à une personne accompagnatrice.</p> <p>Temps requis : 10 minutes</p> <p>Le risque de déclin fonctionnel est attribué selon les scores obtenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score 0-3 : faible</li> <li>• Score 3,5-4,5 : léger</li> <li>• Score 5-6 : modéré</li> <li>• Score &gt;6 : élevé</li> </ul> <p>Pour un score &gt;5 : une évaluation gériatrique plus poussée doit être faite par la suite.</p>	<p>Dans 80% du temps, SHERPA est complété dans les 24 heures de l'admission via l'urgence.<sup>5</sup></p> <p>L'analyse des résultats depuis 2004 permet de constater que l'utilisation de SHERPA a permis d'orienter les bons patients en gériatrie.<sup>18</sup></p> <p>Les facteurs favorisant l'efficacité :<sup>18</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien institutionnel</li> <li>• Gestion des lits centralisée</li> <li>• Quota et stabilité du personnel l'urgence</li> <li>• Formation pour l'utilisation de SHERPA</li> <li>• Attitude envers les aînés</li> <li>• Nombre de patients vus/jour à l'urgence</li> </ul> <p>Le score SHERPA est rattaché aux données d'identification du patient.<sup>19</sup></p>

**Tableau2:Comparatifdesoutilsd'évaluation**

SEISAR	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
<p>Évaluation et Intervention Standardisées des Aînés à Risque<sup>1</sup></p> <p>(Étape 2 de ISAR)</p>	<p>Outil d'évaluation gériatrique, standardisée et brève, permettant de détecter et d'intervenir auprès des aînés sur des problèmes gériatriques (problèmes non compensés) pouvant mener à une perte d'autonomie s'ils ne sont pas traités.</p> <p>Adapté au département d'<u>urgence</u> mais pouvant servir dans divers milieux cliniques.</p> <p>L'évaluation standardisée permet l'ébauche d'un plan d'intervention, incluant les références permettant un suivi adapté aux besoins (ex : personnel de l'urgence, MD traitant, services communautaires, service gériatrique).</p> <p>Une liaison standardisée avec la communauté, utilisant des lettres préformatées envoyées au médecin traitant et/ou aux soins à domicile.</p>	<p>Personnes âgées de 65 ans et plus ayant des résultats de dépistage ISAR de 2 ou plus sur 6 (ou selon le seuil établi).</p>	<p>Fidélité inter juges : corrélation forte</p> <p>Fidélité test-retest forte</p> <p>Français/anglais</p>	<p>Sept sections :</p> <p>1) Résultats du dépistage ISAR</p> <p>2) Information personnelle standardisée</p> <p>3) Évaluation standardisée :</p> <p>Questionnaire et une série d'observations semi-structurées pour les problèmes gériatriques les plus communs.</p> <p>La liste de problèmes est présentée sous forme de grille d'évaluation avec une intervention suggérée correspondant à chaque problème.</p> <p>Les problèmes sont regroupés en 10 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication</li> <li>• Cognition</li> <li>• Nutrition</li> <li>• Mobilité</li> <li>• AVQ</li> <li>• Médication</li> <li>• Comportement/affect</li> <li>• Problèmes médicaux actifs</li> <li>• Contrôle de la douleur</li> <li>• Social</li> </ul>	<p>Sur la grille d'évaluation/intervention, chacun des problèmes des 10 catégories est associé à 4 cases : Soit 3 cases pour le statut du problème, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P : Présent ou Oui</li> <li>• C : Compensé</li> <li>• A : Absent ou Non</li> </ul> <p>Une case pour le code intervention (INT) i.e. les interventions suggérées.</p> <p>Le code INT s'applique seulement lorsque le problème est présent , i.e. Oui ou Présent. Le voici :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DU : réévaluation immédiate au département d'urgence</li> <li>• MD : référer au médecin de première ligne pour évaluation et suivi approprié</li> <li>• S : Services nécessaires (soins à domicile)</li> <li>• G : Évaluation gériatrique recommandée, référé à des services gériatriques interdisciplinaires (clinique, programme de centre de réadaptation, clinique de</li> </ul>	<p>Administré par une infirmière<sup>7</sup></p> <p>Temps requis : entre 10 et 45 minutes (moyenne de 30)</p> <p>Peut être fait à l'urgence ou au domicile du patient selon la condition du patient et la disponibilité des ressources</p>	<p>Un guide d'implantation est offert et suggère les étapes à suivre</p> <p>Une section de ce guide est dédiée à l'évaluation de la qualité et du processus de soins. Des indicateurs de suivi du processus de soins ISAR-SEISAR, dépistage et évaluation/ intervention standardisée au département d'urgence sont proposés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour la population cible</li> <li>• Pour les patients dépistés identifiés à risque</li> <li>• Pour les patients qui ont été évalué par SEISAR, ou un équivalent</li> <li>• Pour les patients qui ont reçu des références spécifiques</li> </ul>

SEISAR	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
				<p>Pour chaque problème du questionnaire standardisé, il y a des sections pour les questions, les observations et les interventions suggérées.</p> <p>Ces résultats du questionnaire s'inscrivent directement sur la grille d'évaluation/ intervention. Le format tableau permet une collecte de donnée efficace et rapide.</p> <p>4) Source d'information : patient, aidant, personne contact de soins à domicile</p> <p>5) Situation à domicile du patient (seul, centre, ...)</p> <p>6) Types de références : Des lettres standardisées sont disponibles.</p> <p>7) Signature et date</p>	<p>gériatrie, hôpital de jour, hospitalisation).</p> <p>Pour les autres sections, il suffit de cocher la case la plus appropriée.</p>		

SMAF	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
<p>Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle<sup>20,21</sup></p>	<p>Instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS.</p> <p>Il évalue 29 fonctions. Le profil des handicaps permet l'identification des incapacités non compensées par des ressources adéquates, ou des situations instables ou les ressources sont épuisées ou en voie de diminuer.</p> <p>Les services à domicile doivent faire disparaître les handicaps en diminuant les incapacités, en mobilisant davantage les ressources du milieu ou en comblant les incapacités non compensées par des services complémentaires de soins ou d'aide à domicile.</p>	<p>Personnes âgées de 65 ans et plus ayant obtenu un PRISMA-7 positif, soit un total de 3 oui et +, ou 4 oui et +, selon le seuil établi.</p>	<p>Fidélité test-retest : 95 %</p> <p>Fidélité inter juges : corrélation à 96 %</p> <p>Validé au Québec dans la région de Sherbrooke</p>	<p>La mesure des incapacités se fait à l'aide d'une grille constituée de 29 items qui couvrent cinq facteurs fondamentaux d'aptitude fonctionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les AVQ (7 items)</li> <li>• la mobilité (6 items)</li> <li>• les communications (3 items)</li> <li>• les fonctions mentales (5 items)</li> <li>• les AVD - Instrumentales (8 items)</li> <li>• Dimension sociale</li> </ul> <p>Grille abrégée de 20 items en excluant les tâches domestiques et la marche à l'extérieur (sujets en institution).</p> <p>La grille d'évaluation permet d'apprécier pour chaque item si les ressources matérielles et sociales en place comblent l'incapacité observée.</p>	<p>Échelle à 4 degrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = autonome</li> <li>• - 0,5 = avec difficulté</li> <li>• - 1 = surveillance ou une stimulation</li> <li>• - 2 = besoin d'aide</li> <li>• - 3 = dépendant</li> </ul> <p>La cotation selon des critères précis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevue,</li> <li>• Observation du sujet</li> <li>• Observation de l'environnement</li> <li>• Mise à l'épreuve</li> </ul> <p>Un score de handicap est obtenu par une évaluation des ressources en place pour pallier l'incapacité et ce pour chaque item.</p> <p>La stabilité des ressources est estimée.</p> <p>S'il n'y a pas d'incapacité mesurée ou si les ressources matérielles et sociales en place comblent l'incapacité observée, le handicap est nul.</p> <p>Si les ressources ne comblent pas totalement l'incapacité observée, le handicap est égal au</p>	<p>Un score SMAF <math>\geq 15</math> décrit les pertes d'autonomie modérée à grave.</p> <p>Interprétation : Un changement de 5 points et plus doit être considéré comme le changement minimal métriquement mesurable détectable et cliniquement significatif.</p> <p>Un système de classification a été développé à partir du SMAF et les 14 profils ISO-SMAF, basés sur les services requis, peuvent être utilisés à des fins de gestion opérationnelle et financière (classification dans le contexte de soins intégrés).</p> <p>Les services à domicile doivent faire disparaître les handicaps en diminuant les incapacités (médication, réadaptation), en mobilisant davantage les ressources du milieu, ou en comblant les incapacités non compensées par de services complémentaires de soins ou d'aide à domicile.</p>	<p>Généralisé dans tout le Québec depuis le printemps 2002 par le MSSS afin d'évaluer l'autonomie des personnes âgées.</p> <p>Il est utilisé pour l'évaluation des personnes requérant des soins à domicile ou l'admission en institution d'hébergement. Il est aussi utilisé pour mesurer l'autonomie dans des études évaluatives et épidémiologiques.</p> <p>Le SMAF est la base de l'Outil multi clientèle (OMC).</p> <p>Un manuel détaille la procédure de cotation et d'administration du SMAF.</p>

SMAF	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
					score d'incapacité. Score total :-87 ou des sous-scores par dimension. Score de -60 : version abrégée.		

AÎNÉES	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
<p>AÎNÉES <sup>22,23</sup></p> <p>(Adaptation française du SPICES)</p>	<p>Cadre de référence utilisant les signes vitaux gériatriques (SVG). Il cible les aspects de la santé à surveiller, dont la détérioration est indicative ou prédictive de complications et de déclin fonctionnel durant le séjour hospitalier.</p> <p>Vise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'identification précoce des signes d'installation ou de présence de conditions à risque</li> <li>• Le déclenchement d'un état d'alerte menant à une évaluation plus poussée et à la modification du plan d'intervention</li> </ul> <p>AINÉES est issu du projet interdisciplinaire d'optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (projet OPTIMAH).</p>	<p>Tous les patients âgés de 75 ans et plus</p> <p>Pour les patients âgés de 65-75 ans qui sont plus vulnérables en raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à accomplir au moins une AVQ</li> <li>• Atteinte de la mobilité</li> <li>• Troubles cognitifs</li> </ul> <p>Un repérage est préalablement fait (PRISMA ou ISAR)<sup>24</sup></p>		<p>Un algorithme de soins cliniques et d'interventions auprès de la personne âgée en milieu hospitalier est proposé. Il se divise en 5 grandes étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dépistage/Repérage</li> <li>2) Évaluation et surveillance :</li> <li>3) Interventions</li> <li>4) Évaluation des résultats</li> <li>5) Départ</li> </ol> <p>Il n'y a pas de questionnaire. Il y a un aide-mémoire et un outil pour évaluer l'AINÉES habituel du patient âgé à l'urgence. Les informations sont documentées dans les feuilles d'évaluation initiales et dans les notes d'évolution.</p> <p>L'utilisation des signes vitaux gériatriques (SVG) – AINÉES se fait au moment de l'admission et durant le séjour.</p> <p>Acronyme aide-mémoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A : Autonomie et Mobilité</li> <li>• I : Intégrité de la peau</li> <li>• N : Nutrition et Hydratation</li> <li>• É : Élimination</li> <li>• E : État cognitif et Comportement</li> <li>• S : Sommeil</li> </ul>	<p>L'évaluation du niveau de risque de déclin fonctionnel se fait lors de l'évaluation.</p> <p>L'algorithme décisionnel indique les protocoles d'analyse et les critères de références des professionnels.</p> <p>Trois niveau de risque, soit faible, léger-modéré et élevé.</p> <p>L'infirmière spécialiste pour la personne âgée intervient lorsque le risque est élevé. Elle fait appel à l'équipe multi en gériatrie.</p>	<p>Évaluation et surveillance : Sept questions à titre de guide pour l'utilisation des SVG :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINÉES avant l'hospitalisation?</li> <li>• Actions visant le maintien des acquis AINÉES?</li> <li>• Détérioration ou un problème de l'AINÉES?</li> <li>• Quoi faire pour traiter les problèmes de cet AINÉES?</li> <li>• Plan de traitement actuel est-il le meilleur?</li> <li>• Patient et ses proches-partenaires pour le maintien de l'AINÉES?</li> <li>• Documentation et communication pour assurer la continuité de l'AINÉES?</li> </ul> <p>Évaluation des SVG :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque quart de travail par les infirmières,</li> <li>• Chaque jour par l'équipe médicale.</li> </ul> <p>Les SVG sont utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre l'évolution du patient et,</li> <li>• Identifier de façon précoce, toute</li> </ul>	<p>Un tableau d'indicateurs est suggéré pour chaque dimension d'AINÉES. Il permet de quantifier le nombre de personnes âgées avec des problèmes spécifiques ainsi que le nombre d'interventions effectuées.</p> <p>Par exemple, pour le domaine Autonomie, des données sont recueillies sur le nombre de personnes âgées mobiles, avec problèmes (types d'aide). Le délai entre l'arrivée à l'hôpital et la première verticalisation.</p> <p>Le projet OPTIMAH est présentement en cours d'implantation dans les hôpitaux du CHUM. L'implantation peut se faire partiellement ou globalement selon la décision des chefs de services.</p> <p>Pour les urgences, l'intégration est faite au site Notre-Dame et est en intégration sur le site Hotel-Dieu.<sup>24</sup></p>

AÎNÉES	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
				<p>Pour la <u>salled'urgence</u>, l'emphase est mise sur les quatre SVG suivants afin de mettre rapidement en place des interventions de prévention du déconditionnement, de l'incontinence, de la déshydratation et du délirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilité (Autonomie)</li> <li>• Hydratation (Nutrition)</li> <li>• Continence (Élimination)</li> <li>• Cognition (État cognitif)</li> </ul> <p>Les problèmes sont identifiés avec leur niveau de risque. Le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) sont établis.</p> <p>Un carton indicateur est attaché à la civière ou au dossier du patient comme rappel visuel de patient identifié OPTIMAH.<sup>24</sup></p> <p>Des fiches cliniques aide-mémoire sont disponibles pour l'intégration des interventions en salle d'urgence.<sup>25</sup></p> <p>Sur les unités de soins : L'outil est intégré à l'évaluation initiale et aux notes d'évolution ainsi qu'au plan de soins. Par exemple, les notes au plan de soins infirmiers :</p>		<p>détérioration nécessitant une réévaluation au plan d'intervention.</p> <p>État d'alerte - Modification du plan d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensification des actions préventives,</li> <li>• Intensification de la surveillance clinique</li> <li>• Instauration de soins et traitements curatifs.</li> </ul>	

AÎNÉES	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance : SVG (AÎNÉES)</li> <li>• Plan thérapeutique infirmier (PTI) et plan de soins quant aux aspects des SVG à surveiller.</li> </ul> <p>Outils d'aide pour l'intégration des SVG-AÎNÉES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiche</li> <li>• Outil de poche (en développement)</li> <li>• Fiches cliniques pour chaque dimension de l'AÎNÉES pour proposer des questions et guide de surveillance de chaque aspect des SVG.<sup>26</sup></li> <li>• Fiche clinique Aide-mémoire pour les unités de soins.<sup>27</sup></li> </ul>			



SPICES	Description	Clientèle	Validité/fidélité	Structure	Cotation	Administration et interprétation	Commentaires
SPICES / SPPICEES <sup>27</sup>	<p>Cadre de référence pour l'évaluation infirmière de la clientèle âgée.</p> <p>Développer afin d'aider les infirmières à mettre l'emphase sur l'état de santé global du patient âgé plutôt que sur la maladie uniquement ou sur la cause ayant menée à l'hospitalisation. L'intention est de fournir une vue d'ensemble de la réponse du patient âgé aux soins dispensés et d'identifier le besoin d'une évaluation plus détaillée, au moyen d'outils plus spécifiques.</p> <p>C'est une représentation mnémotechnique des signes vitaux gériatriques.</p>	Personnes âgées de 65 ans et plus à l'hôpital	<p>Les propriétés psychométriques sont peu documentées.</p> <p>Il a été utilisé dans le cadre du Yale Geriatric Care Program (soins infirmiers gériatriques intégrés aux soins infirmiers réguliers des unités de soins aigus : efficacité clinique.</p>	<p>Six conditions dites marqueurs de faibles résultats (SPICES) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sleep disturbances</li> <li>2. Poor nutrition</li> <li>3. Incontinence</li> <li>4. Confusion</li> <li>5. Evidence of falls or functional impairment,</li> <li>6. Skin impairment</li> </ol> <p>Certains ont modifié l'acronyme (SPPICEES) afin d'y ajouter :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Elder abuse</li> <li>8. Pain</li> </ol>		<p>L'évaluation se fait à l'admission et à chaque jour d'hospitalisation.</p> <p>Consigner au dossier les éléments présents (présence ou risque) et faire une évaluation plus approfondie si nécessaire.</p> <p>Déterminer les interventions en lien avec le problème et référer au besoin.</p> <p>Appliquer les interventions pour prévenir l'apparition ou le développement des conditions qui sont absentes lors de l'évaluation SPICES.</p> <p>Si SPICES indique la présence ou un risque important de développer une des conditions ciblées : l'infirmière soignante fait appel à une infirmière spécialisée en gériatrie.</p>	

## Référence bibliographiques

1. Verdon J, McCusker J. Approche intégrée en deux étapes auprès des aînés au département d'urgence: Dépistage, évaluation et intervention. Montréal2009.
2. Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent predictive validity. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52:290-296.
3. Sutton M, Grimmer-Somers K, Jeffries L. Scening tools to identify hospitalised elderly patient at risk of functional decline: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice*. 2008;62(12):1900-1909.
4. McCusker J, Verdon J, Veillette N, Berg K, Emond T, Belzile E. Standardized Screening and Assessment of Older Emergency Department Patients: A survey of Implementation in Quebec. *Canadian Journal on Aging*. 2007;26(1):49-58.
5. Cornette P. Utilisation du SHERPA ,Communication personnelle, 11 février 2011.
6. Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged 75 in a community hospital department. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004;17(6):339-346.
7. McCusker J, Verdon J, Tousignant P, Poulin de Courval L, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *J Am geriatr soc*. 2001;49:1272-1281.
8. McCusker J, Jacobs P, Dendukuri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost-effective of a brief two-stages emergency department intervention for high-risk elders: results of a quasi-randomized controlled trial. *Annals of emergency medicine*. 2003;41(1):45-56.
9. ASSSM. Repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Montréal2008:35.
10. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, et les partenaires PRISMA. Chapitre 8 : Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M. Intégrer les services pour le maintiende l'autonomie des personnes. Québec: Edisem; 2004:153-175.
11. Raïche M, Grégoire M, Hébert R, Dubois M-F. Repérer les personnes âgées en perte d'autonomie significative à l'urgence avec le PRISMA-7 : une opportunité pour les infirmières. *Première ligne*. 2009;23(3):10-12.
12. Raïche M, Hébert, R.,Dubois, M.F., Bolduc, J., Grégoire, M.,Bureau, C.,Veil, A. Chapitre 22: Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation. In: EDISEM, ed. L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Vol 2. Québec2007:451-466.
13. Sager MA, Rudberg MA, Jalluddin M, et al. Hospital admission risk profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44:251-257.
14. Belgique : Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique2008:178.
15. Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, D'Hoore W. Early evaluation of the risk of fonctionnal decline following hospitalization of older patients:development of a predictive tool. *European Journal of Public Health*. 2005;16(2):203-208.
16. Beyer I, Decorte L, DeBels D, Robberecht E, Cytryn T, Pepersack T. SHERPA score (Score hospitalier d'évaluation du risque de perte d'autonomie) not only predict functional decline after hospitalization but also lenght of stay. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2006;10(4):305.
17. Swine C, De Gryse J, Schoevaerda D, Boland B, Cornette P. L'évaluation de la personne âgée et le système RAI-MDS. *Louvain médical*. 2006;125(9):S337-S343.
18. Robberecht J, Decorte L, Van der Stricht M, Beyer I, Surquin M. Dépistage et orientation systématique aux urgences via le SHERPA des personnes âgées hospitalisées. Bruxelles: CHU Brugmann; 2011.
19. Decorte L. Information sur l'utilisation du SHERPA. In: Brugmann C, Belgique, edsCommunication personnelle du 11 février 2011.
20. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie*. 2003;28(4):323-336.
21. Desrosiers J, Bravo G, Hébert R, Dubuc N. Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and ageing*. 1995;24(5):402-406.
22. Lafrenière S, Dupras, A. OPTIMAH: ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus. *L'Avant-Garde - Le journal des soins infirmiers du CHUM*. 2008;8(3):1-4.
23. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, eds. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier2010.
24. Groupe OPTIMAH, CHUM. 2011. Adapter les soins hospitaliers à la clientèle âgée: l'expérience OPTIMAH du CHUM. Montréal.
25. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Interventions systématiques en salle d'urgence pour toute la clientèle âgée : aide-mémoire: MSSS; 2011.
26. MSSS. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Fiches cliniques Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2011.
27. Inouye SI, Acampora D, Miller RL, Fulmer T, Hurst MS, Cooney LM. The Yale Geriatric Care Program: A Model of Care To Prevent Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41:1345-1352.

Tableau synthèse des outils de repérage de la vulnérabilité chez les personnes âgées à l'urgence

Contenu / Outils	ISAR	PRISMA-7	HARP	SHERPA
Âge	x	x	x	x
Limitations dans les AVQ & AVD		x	x	x
Besoin d'aide	x	x		
Augmentation du besoin d'aide	x			
Déplacements		x		
Fonctions cognitives	x		x	x
Antécédents d'hospitalisation	x			
Fonction visuelle	x			
Poly-médication	x			
Chute(s)				x
Durée de passation	3 min	«5 min	10 min	10 min
Qualités métrologiques	Bonnes	Bonnes	Bonnes	Bonnes
Lien avec outil d'évaluation	SEISAR	SMAF		