



Echelle d'évaluation psychosociale des patients déments hospitalisés dans une unité de crise

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 974-8

**V. Rudhard-
Thomazic
A. Michon**

**Drs Valérie Rudhard-Thomazic
et Agnès Michon**
Service de psychiatrie gériatrique
Département de psychiatrie
HUG, Belle-Idée, 1225 Chêne-Bourg
valerie.rudhard-thomazic@hcuge.ch
agnes.michon@hcuge.ch

Psychosocial assessment scale for demented in patients

A crisis is an episode of desorganisation of the individual balance for the patient and his circle, but it is also an occasion for adaptation to the new systemic context created by the disease. The subjective assessment of clinical improvement made by the patient and staff should be completed by objective measures of the clinical evolution that reflects the efficiency of the care programs. This article describes the development of a french version of the Health of Nation Outcome Scale 65+F (HoNOS65+F) and shows that it can be used for the initial assessment in the context of crisis units. In addition, a recent study performed in our division demonstrated the sensitivity and specificity of this instrument for the assessment of changes in depressive symptoms in demented.

La crise est un moment de désorganisation de l'équilibre individuel du patient et de son réseau, mais elle représente aussi le moment propice pour s'adapter à un nouvel équilibre du système, induit par la maladie. L'impression subjective d'amélioration de l'état clinique de la part du patient – et des équipes – doit être associée à une mesure objective de son évolution, témoin de l'efficacité des soins qui lui sont offerts. Cet article décrit le développement d'une version française de l'échelle Health of Nation Outcome Scale 65+F (HoNOS65+F). Facile et rapide à passer, elle peut être régulièrement utilisée dans l'évaluation initiale au sein des unités de crise. De plus, une récente étude effectuée dans notre service démontre sa validité dans l'évolution des symptômes dépressifs chez les personnes âgées présentant une démence.

INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques et du comportement sont fréquents chez les patients présentant une démence et sont souvent associés à un déclin cognitif plus rapide, une institutionnalisation précoce, une augmentation du fardeau des soignants et du coût des soins.¹ Les symptômes dépressifs sont particulièrement importants et leur évaluation difficile du fait des troubles cognitifs. Peu d'échelles sont cliniquement validées dans cette population. Dans les années 90, une équipe

de chercheurs cliniciens a créé l'échelle HoNOS (Health of Nation Outcome Scale) afin de mesurer l'état de santé et le fonctionnement social des personnes adultes souffrant de troubles mentaux graves. Par la suite, cette échelle a été traduite en français et adaptée à différentes populations (enfants et adolescents, personnes avec un retard mental, personnes âgées - HoNOS65+). Dernièrement, une traduction française de la version adaptée pour une population âgée (HoNOS65+F) a été validée.² Après une brève présentation de la mission et des outils de soins utilisés au sein d'une unité de crise pour patients avec troubles cognitifs, cet article résume la validation de l'HoNOS65+F et discute son utilité pour le suivi intrahospitalier des symptômes dépressifs chez les patients déments.

L'UNITÉ DE CRISE POUR PATIENTS AVEC TROUBLES COGNITIFS: DÉMOGRAPHIE ET CONCEPT DE SOINS

Le service de psychiatrie gériatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) propose des programmes de soins spécifiques pour les patients présentant des troubles cognitifs associés aux troubles psychiatriques. Les unités intrahospitalières d'accueil et de crise sont un maillon du dispositif de soins pour ces patients, comprenant un pôle ambulatoire (consultation, hôpital de jour, lits de crise) et un pôle intrahospitalier avec des unités de crise et de traitement complexe. L'analyse sur douze mois (novembre 2006 à octobre 2007) d'un échantillon de la population (n = 104) hospitalisée dans une de ces unités de quatorze lits



met en évidence une prédominance de femmes (57,7%) par rapport aux hommes (42,3%) avec un âge moyen de 80 ans (61 à 95 ans). Le diagnostic principal le plus souvent retenu (dans 91,3% des cas) est un trouble de l'humeur (épisode dépressif, trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire). Dans les cas restants (8,7% des cas), le diagnostic est un trouble anxieux, un trouble délirant ou un trouble de l'adaptation. La comorbidité psychiatrique est fréquente avec dans 21,1% des cas un trouble de la personnalité (non spécifié, narcissique, histrionique, dépendante, schizoïde), dans 11,6% des cas un trouble anxieux et dans 8,6% des cas une dépendance aux substances psychoactives (alcool, benzodiazépines). Tous les patients présentent des troubles cognitifs avérés lors de leur admission (maladie d'Alzheimer: 40,4%; démence mixte: 10,6%; démence vasculaire: 7,7%; maladie à corps de Lewy: 6,7%; démence multifactorielle: 1,8%; état confusional: 6,7%) ou documentés au cours de l'hospitalisation (26,9%). Les troubles du comportement qui motivent l'hospitalisation sont dans tous les cas expliqués par la présence d'une problématique psychiatrique sous-jacente. La durée moyenne de séjour est de 73,5 jours et la durée médiane de 62,3 jours. Les facteurs principaux contribuant à une durée de séjour excédant trente jours sont une comorbidité de type trouble de la personnalité ou la présence de troubles du comportement.

Dans cette unité de soins, l'exploration initiale se base sur l'identification des facteurs de crise qui sont soit individuels, tels que le sentiment d'abandon, la solitude, la perte de rôle, l'évocation de la nécessité d'une institutionnalisation, la perte de personnes significatives ou l'inadéquation avec la réalité; soit familiaux, tels que le déni des troubles par l'entourage ou la prise de distance, l'épuisement de l'aidant principal, la résistance à l'aide ou des conflits entre les personnes de ressource. Se surajoutent fréquemment à ces facteurs internes, un certain nombre de facteurs externes tels que la défaillance d'un soutien ou l'interruption d'un suivi médical ou psychiatrique. L'investigation diagnostique vise à évaluer l'impact de ces facteurs de crise sur le fonctionnement de l'individu et de son entourage et les possibilités de changement en fonction de l'atteinte cognitive et de la personnalité prémorbide.³ En effet, la crise n'est pas considérée uniquement comme un moment de désorganisation de l'individu ou du système, mais également comme un moment d'ouverture, donc opportun pour le changement.⁴ Il s'agit ici de considérer la crise comme le déroulement d'un processus qui permet à l'individu ou/et au système qui l'entoure de s'adapter et d'être en adéquation avec la réalité⁵ et, aussi, comme un moment décisif, limité dans le temps, sur lequel l'intervention va se focaliser. Il s'agit de saisir, notamment par une écoute attentive, le moment de mise en mouvement qui permet un regard introspectif et les transformations qui ne seront plus possibles, ou plus difficilement, une fois l'équilibre à nouveau figé.³

Le travail clinique est basé sur une approche individuelle, sous forme d'entretiens avec un médecin et/ou un infirmier, de prise en charge par une ergothérapeute pour une médiation thérapeutique non verbale et un travail se basant sur la réafférentation vers la communauté.

Une approche groupale, complémentaire de l'approche individuelle, est également utilisée: le groupe pavillonnaire rassemble une fois par semaine tous les patients et soignants pour un échange informel; le groupe journal, cinq jours par semaine, a pour objectif notamment de garder le lien avec l'extérieur en vue de la sortie future et de maintenir les acquis sociaux; et le groupe verbal à visée psychothérapeutique favorise un travail sur la crise et des liens avec le vécu subjectif de chaque participant.

ÉCHELLES DE DÉTECTION DE LA DÉPRESSION CHEZ LE PATIENT DÉMENT

La détection et la mesure du degré de sévérité des troubles psychiatriques chez les personnes âgées souffrant d'un trouble démentiel sont problématiques, non seulement en raison de la difficulté à trouver des échelles satisfaisantes pour des degrés de sévérité différents mais aussi et surtout à cause de la phénoménologie même des troubles psychiatriques dans cette population. L'échantillon de patients au sein de l'unité de crise du service de psychiatrie gériatrique décrit plus haut est représentatif de ce que l'on peut retrouver dans la littérature concernant la prévalence des diagnostics psychiatriques associés à la démence, à savoir que la dépression est très fréquemment associée à tout type de démence.

Plusieurs études se sont centrées sur la comparaison d'échelles de symptômes psychiatriques (apathie, irritabilité, dépression, anosognosie) chez des patients avec des troubles cognitifs.^{6,7} Concernant la mesure des symptômes dépressifs,⁸⁻¹⁰ la GDS-15 (Geriatric Depression Scale), la MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), la HDS (Hamilton pour la dépression), la CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) ou la DMAS (Dementia Mood Assessment Scale) sont les échelles les plus souvent utilisées. Sans surprise, ces études ont rapporté des prévalences de la dépression chez les patients déments qui variaient considérablement en fonction de l'échelle utilisée. La MADRS et la HDS, qui présentent une cohérence interne suffisante pour ce type de population, montrent une prévalence de 40% de dépression pour les patients modérément à sévèrement déments, et de 30% pour ceux légèrement atteints. Il est important de noter que l'utilisation de ces échelles a permis de démontrer la réversibilité des symptômes dépressifs lors du suivi de cette population, la CSDD semblant être la plus sensible pour l'évaluation du changement (amélioration).¹¹ Ceci renforce la conviction qu'il faut traiter la dépression chez les patients déments, sachant l'impact négatif d'une telle comorbidité sur leur évolution à court et moyen termes (lourdeur de la charge pour les soignants, péjoration plus rapide des fonctions cognitives, placement précoce en institution).¹²

Mis à part la variabilité des performances des échelles, leur nombre élevé nécessaire pour aboutir à une évaluation fiable rend la détection de la dépression très chronophage en milieu hospitalier.¹³ C'est dans ce contexte qu'est née l'idée de créer un nouvel instrument de mesure fiable et simple de passation, le HoNOS, suite à une demande du gouvernement britannique en 1992.



DESCRIPTION DE L'ÉCHELLE HONOS65+F ET SON UTILISATION DANS UNE POPULATION DE PATIENTS DÉMENTES

L'échelle HoNOS contient douze items permettant d'évaluer la santé et le fonctionnement social des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Elle a été conçue pour un usage de routine en ciblant sur la mesure des problèmes cliniques et sociaux les plus fréquents. Son intérêt consiste à offrir une photographie instantanée de l'état des problèmes des patients et de l'évolution de leur état clinique au cours du temps. Il s'agit d'un outil bref ayant un temps de passation de dix minutes environ et ne requérant pas d'entretien standardisé. L'HoNOS a été validée en la comparant à différentes échelles déjà reconnues comme efficaces et fiables dans l'évaluation de la santé psychique et le fonctionnement social des patients (Clinical Dementia Rating Scale – CDR; Mini Mental State Exam – MMSE; Geriatric Depression Scale-15 – GDS-15; Screening for Alcohol Abuse – CAGE; Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS; Global Assessment Functioning Scale – GAF; Brief Agitation Rating Scale – BARS; Instrumental Activities of Daily Living – IADL).

Les douze items de l'échelle pour patients adultes sont les suivants :

1. Troubles du comportement
2. Automutilations non accidentelles
3. Problèmes liés à la consommation de médicament ou d'alcool
4. Troubles cognitifs
5. Problèmes liés à une maladie physique ou un handicap
6. Troubles liés aux hallucinations et/ou délires
7. Troubles liés à l'humeur dépressive
8. Autres troubles mentaux et comportementaux
9. Problèmes pour établir des relations sociales significatives
10. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne
11. Problèmes liés aux conditions de vie
12. Problèmes liés aux occupations

Un item supplémentaire a été ajouté dans la version française destinée aux adultes :

13. Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique

Chaque item est coté de 0 à 4 (0=pas de trouble, 4=trouble très important). Plus le score est élevé, plus l'état de la personne est grave. Plus que le résultat global, le score de certains items est prépondérant dans l'évaluation des soins proposés aux patients, tels que le fonctionnement social, l'humeur dépressive et les autres troubles mentaux et comportementaux.¹⁴ En effet, certains items sont plus sensibles que d'autres pour mesurer le changement (amélioration) de l'état clinique du patient.

Afin d'évaluer au mieux la population âgée et les soins qui lui sont prodigués, il a été nécessaire d'adapter le lexique de la version adulte du HoNOS en raison d'une symptomatologie partiellement différente dans cette population-là. Il est en effet nécessaire de tenir compte de symptômes physiques (l'incontinence par exemple) et cognitifs (démence) spécifiques dans l'évaluation des troubles psychia-

triques et du fonctionnement social des personnes âgées (HoNOS65+).

Peu d'études ont analysé l'échelle HoNOS65+ spécifiquement pour une population de patients déments. Dans leur étude, Spears et coll.¹⁵ ont comparé le HoNOS65+ au MMSE, à la GDS-15 et au BARS. Les résultats suggèrent une bonne fiabilité interjuges pour l'échelle HoNOS65+, une corrélation modérée entre le score total du HoNOS65+ et le MMSE, mais une corrélation excellente pour le sous-score cognition du HoNOS65+ et le MMSE, une corrélation modérée entre le BARS et les sous-scores comportement/cognition/rerelations sociales du HoNOS65+, ainsi qu'une bonne corrélation entre le sous-score dépression du HoNOS65+ et la GDS-15.

L'étude de Canuto et coll., pour la validation française du HoNOS65+ (HoNOS65+F),² a confirmé ces résultats en montrant une bonne corrélation entre le sous-score de l'item «Troubles du comportement» du HoNOS65+F et le score du BARS, de la GAF et du BPRS. Cet item était également corrélié avec un faible score au MMSE. L'item «Troubles cognitifs», bien que corrélié à plusieurs échelles, était le plus étroitement lié au score du MMSE, alors que l'item «Troubles liés à l'humeur dépressive» était fortement corrélié au score de la GDS-15. Cette étude a montré que la version française de l'HoNOS65+ permet de distinguer les patients déments des patients présentant un désordre fonctionnel d'origine psychiatrique, les sous-scores dépression et troubles cognitifs étant très sensibles et permettant d'exclure la présence de faux positifs dans les résultats.

Un point crucial pour l'utilisation d'une échelle en intrahospitalier est sa capacité à capter le changement des symptômes au cours du séjour. Nous avons examiné cette dimension d'HoNOS65+F en la passant à deux reprises, en début et en fin de séjour dans une population de patients déments souffrant d'une dépression majeure. Comme dans l'étude de validation de la version française du HoNOS65+² la performance de l'échelle HoNOS65+F (delta entre les scores à la sortie et à l'admission) a été comparée à différentes échelles reconnues, le CDR, le MMSE, la GDS-15, le BPRS, la GAF, le BARS, le CAGE et le IADL. Les résultats ont démontré que seuls les items «Troubles du comportement», «Troubles liés à l'humeur dépressive», «Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne» et «Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique» montrent un changement significatif entre les deux moments de passation des échelles, avec une diminution des sous-scores. La diminution des symptômes dépressifs en fin de séjour était associée à un changement significatif des scores totaux des échelles HoNOS65+F, BPRS et GAF. Plus important encore en termes de spécificité, le changement du score de l'item «Troubles liés à l'humeur dépressive» était uniquement corrélié avec celui de l'item «Humeur dépressive» du BPRS. Par contre, l'échelle GDS-15 n'a pas montré de changement significatif entre les deux moments de passation. Ceci confirme ce qui avait déjà été évoqué par Müller-Thomson et coll.,⁸ à savoir que la performance de la GDS-15 pour détecter les symptômes dépressifs diminue nettement chez les patients présentant une démence modérée à sévère. Sur la base de ces observations, on peut suggérer que l'échelle HoNOS65+F est une des rares disponibles pour



mesurer de façon fiable l'évolution de la dépression chez les patients avec une démence modérée.

supplémentaire non négligeable si l'on tient compte du fait que la dépression est la pathologie psychiatrique la plus souvent associée aux troubles cognitifs. ■

CONCLUSION

Le travail dans une unité de crise requiert une évaluation brève, simple et efficace de l'état clinique du patient et des soins qui lui sont prodigués. L'impression subjective d'amélioration de l'état clinique de la part du patient, de son entourage et des soignants est une étape importante mais n'est pas suffisante pour adapter les soins précis à chaque patient et, plus globalement, ceux offerts dans cette unité hospitalière. L'utilisation de l'échelle HoNOS65+F permet une mesure objective de l'évolution clinique du patient et donc de l'efficacité des soins qui lui sont offerts. Facile et rapide à passer, elle peut être régulièrement utilisée dans les unités hospitalières. Sa validité démontrée pour mesurer l'évolution des symptômes dépressifs chez les personnes âgées présentant une démence est un atout

Implications pratiques

- La crise est un moment propice aux adaptations nécessaires à la maladie pour le patient et son entourage
- La dépression est le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment associé à une démence et entraîne souvent une hospitalisation du patient de par la surcharge qu'elle représente pour les soignants informels du réseau
- L'échelle HoNOS65+F permet une évaluation brève, simple et rapide du status psychiatrique des patients déments
- L'échelle HoNOS65+F peut être utilisée dans le suivi de l'évolution des symptômes dépressifs chez le patient dément

Bibliographie

- 1 Selbaek G, Kirkvold O, et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing home. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:843-9.
- 2 * Canuto A, Weber K, et al. Structured assessment of mental health state in psychogeriatrics: Validity of the French HoNOS65+. *Can J Psychiatry* 2007;52:37-45.
- 3 * Michon A. La gestion de la crise dans la démence. *Psychol Neuro Psychiatr Vieil* 2006;4:1-5.
- 4 * De Coulon N. La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Paris: Gaëtan Morin éditeur, 1999.
- 5 De Clerq M. Urgences psychiatriques et intervention de crise. Bruxelles: De Boeck Université, 1997.
- 6 Reisberg B, Borenstein J, et al. BEHAVE-AD: A clinical rating scale for the assessment of pharmacologically remedial behavioural symptomatology in Alzheimer's disease, in Altman HJ (ed); *Alzheimer Disease*. New York: Plenum, 1987.
- 7 Sunderland T, Lawlor BA, et al. Depressive syndromes in the elderly: Special concerns. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:567-76.
- 8 Müller-Thomson T, Sönke A, et al. Detecting depression in Alzheimer disease: Evaluation of four differences scales. *Arch Clin Neuropsychology* 2005;20:271-6.
- 9 Mast BT. Impact of cognitive impairment on the phenomenology of geriatric depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:694-700.
- 10 * Starkstein SE, Mizrahi R, et al. Specificity of symptoms of depression in Alzheimer disease: A longitudinal analysis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:802-7.
- 11 Mayer LS, Bay RC, et al. Comparison of the three rating scales as outcome measures for treatment trials of depression in Alzheimer disease: Findings from DIADS. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:930-6.
- 12 Lyketsos CG, Steinberg M, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the cache country study on memory in aging. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
- 13 Burns A, Lawlor B. Rating scales in old age psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:161-7.
- 14 Amin S, Singh SP et al. Evaluating the Health of the Nation Outcome Scales. Reliability and validity in a three-year follow-up of first-onset psychosis. *Br J Psychiatry* 1999;174:399-403.
- 15 * Spear J, Chawla S, et al. Does the HoNOS65+ meet the criteria for a clinical outcome indicator for mental health services for older people? *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:226-30.

* à lire

** à lire absolument