

Évaluer... Quoi ? Pourquoi ? Comment ?

AGGIR - PRN - SIIPS - Henderson - RAI

Une personne en institution est dépendante de l'aide d'autrui pour vivre.

Cette dépendance peut être temporaire ou durable mais demande toujours une prestation d'aide dont il faut évaluer la qualité et le coût, pour bien gérer les moyens dont on dispose.

Si la dépendance est temporaire, ce qui est le cas des malades en services de **court séjour** (médecine, chirurgie), l'évaluation) de la **quantité de soins** infirmiers dispensés est nécessaire pour connaître le coût des soins infirmiers du séjour ; la **qualité du service rendu** étant, elle, **jugée par le patient** en fonction de ses attentes initiales.

Si l'état de dépendance est durable (Service de soins de longue durée, maison de retraite médicalisée) en plus de la **quantité de soins** infirmiers dispensés, une **évaluation de la pertinence des choix de soins prodigués est nécessaire**, puisque la "sortie-guérison" n'est plus là pour servir d'indicateur qualitatif.

I - Évaluations et mesures pour les questionnaires

Deux méthodes sont utilisées : l'**évaluation** de la dépendance et la **mesure** des soins.

A - La grille AGGIR : évaluation des capacités restantes

La grille retenue en 1996 par la Sécurité Sociale, est la grille **AGGIR** (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) qui permet de regrouper les malades en six groupes nécessitant les mêmes ressources pour subvenir à leurs besoins. Elle met fin à la recherche de la grille idéale (450 conçues depuis vingt ans) et à l'utilisation par les uns de la grille de Katz, par l'autre de Géronte, etc.

Il faut se réjouir du consensus régulateur/utilisateur - au bout de vingt ans - autour d'une grille à visée tarifaire. Tous ceux qui se sont intéressés au problème des grilles de dépendance savent bien qu'aucune grille n'est exhaustive. L'essentiel est de pouvoir comparer les résultats en utilisant tous une même grille.

L'effet pervers de l'équation état de dépendance = attribution des moyens est connu : nul n'a d'intérêt monétaire à ce que l'autonomie progresse.

Il convient donc de **définir au préalable des critères de soins de santé pour obtenir le zéro défaut d'autonomie**, prôné par le Pr Rapin de Genève (zéro douleur, zéro contention, zéro sonde naso-gastrique).

Auquel nous ajoutons volontiers au risque de surprendre ceux qui n'ont jamais été aphasique et constipé, le "zéro fécalome", affection détériorante.

Savez-vous que notre courtois "Comment allez-vous ?" se disait à l'origine, jadis et naguère ou l'on mourait d'appendicite, "Comment allez-vous du ventre" !

Cela nécessite de **s'interroger sur les tâches ou activités qui ont une incidence majeure sur la santé**, sur la qualité de vie de la personne.

« Les soins palliatifs soulignent la place importante de la vérité et de la réconciliation avec soi-même dans une relation de soin. Ceci met en évidence la nécessité pour un malade d'avoir les moyens d'assumer sa propre responsabilité de patient.

Si c'est à proposer de faire l'expérience de cette attitude qu'aboutit la médecine à la période ultime de la vie, on ne peut que souhaiter que cela s'inscrive dans la cohérence d'une médecine qui, à tout âge de la vie, aurait comme souci premier de promouvoir la responsabilité et l'autonomie de ses patients.

Si tel n'était pas le cas, il faudrait alors s'interroger sur une pratique mettant au centre la problématique de l'advenue à l'autonomie des hommes au moment même de leur proche disparition.». *Manuel des soins palliatifs*, M-F Lamau, Privat éditeur

Cela nécessite **un contrôle de la qualité afin d'éviter que des objectifs purement gestionnaires dirigent l'action.**

Existe-t-il une bonne grille de dépendance ?

Béatrice Beaufile du GRIPS, dans *L'évaluation de la dépendance des personnes âgées : étude critique* a analysé les résultats d'utilisation de grilles de dépendance différentes et a conclu « Il faut se rendre à l'évidence : **l'instrument miracle**, réclamé depuis 1980 par la Société Française de Gérontologie, l'échelle commune, capable de s'adapter à toutes les structures, se plier à toutes les exigences, tous les objectifs (thérapeutique, information, enquêtes, recherche...) est une **chimère**.

La dépendance, comme l'intelligence, n'existe pas en dehors de notre manière de la penser et il est nécessaire de renoncer à l'idée que le seul problème est de "bien la mesurer" ou de "choisir le meilleur instrument".

Lorsque des définitions de la dépendance sont données, elles semblent assez voisines. Or, si l'on examine le contenu des instruments de mesure effectivement élaborés, différentes conceptions de la dépendance apparaissent. Tout se passe comme si la notion de dépendance était à tel point "évidente" que tout commentaire conceptuel était inutile. Chaque auteur de grille devrait s'efforcer d'explicitier "sa" définition de la dépendance et de justifier la manière dont il a opérationnalisé cette définition : la discussion théorique se trouverait grandement facilitée par cette transparence.. Deux conclusions différentes, mais non contradictoires, peuvent être tirées de ces analyses :

1 - Qui s'intéresse réellement à "LA dépendance" ?

Les préoccupations du directeur d'une maison de retraite, d'un gérontologue, d'un financeur, d'un assureur sont elles les mêmes ?

Tout se passe comme si l'on assistait à un déplacement logique de perspective : chacun est

intéressé par ce qui le lie professionnellement aux personnes âgées, c'est-à-dire par un aspect particulier et fragmentaire des personnes (leur état physique, leur psychisme, leur mémoire, le nombre de minutes de soins infirmiers dont elles ont besoin, le type de rééducation la meilleure, etc.) et tous se retrouvent devant une multitude d'instruments censés mesurer la même caractéristique unique de ces personnes -leur dépendance- classant par là-même ces personnes en fonction de cette dépendance à l'existence postulée.

Si l'on interrogeait divers spécialistes, peut-être se rendrait-on compte qu'ils attendent d'un instrument de mesure de la dépendance des services différents :

— pour l'un (le financeur par exemple), une lunette grossière, rapide à faire passer, est peut-être suffisante et sa pertinence se jugera dans sa capacité à prédire les dépenses liées aux aides actuellement fournies à ces personnes âgées ;

— pour l'autre (le responsable d'établissement), l'impératif gestionnaire exige un outil moins grossier permettant de calculer et de répartir le personnel nécessaire ;

d'autres peuvent souhaiter disposer d'un instrument beaucoup plus fin qui puisse mettre en évidence des évolutions dans l'état des personnes.

D'autres enfin peuvent ne s'intéresser qu'à un aspect de la dépendance, celui des déplacements par exemple dans une optique d'urbanisme, ou celui des désorientations temporo-spatiales dans un contexte pharmacologique ou de thérapie cognitive et souhaiteraient alors un outil qui détaille ces domaines, etc.

2 - Renonçons à construire un instrument de mesure de la dépendance et menons une réflexion plus approfondie sur le concept même de dépendance afin de le "déconstruire", de l'extraire des représentations qu'on en a et qu'en impose le monde médico-rééducatif, tout en opérant un semblable travail sur les notions de "personne âgée", de "vieillesse", etc.»

La grille de dépendance n'apporte aucun plus à la qualité du soin

B - Mesure des soins requis ou donnés : le PRN, les SIIPS

La charge en soins P.R.N. (Programme de Recherche en Nursing, canadien) et les S.I.I.P.S.(soins infirmiers individualisés à la personne soignée, adaptation française du PRN) **mesurent** les soins requis ou donnés.

La mesure des soins n'apporte aucun plus à la qualité du soin.

Par contre elle permet de gérer les ressources en personnel au sein d'un service ; en ce sens elle a une **incidence sur la qualité des soins.**

II - Évaluation clinique pour une qualité des soins

A - La démarche de soins de Virginia Henderson

Depuis de nombreuses années cette évaluation clinique se base sur la satisfaction des quatorze besoins fondamentaux de la personne (Virginia Henderson).

C'est une démarche de soins reposant sur :

- le recueil des informations à partir de l'estimation des besoins fondamentaux de la personne soignée ;
- l'analyse des données mettant en évidence les problèmes de santé du client ainsi que les diagnostics infirmier ;
- l'élaboration du plan de soins avec la mise en route des actions de soins et l'évaluation des résultats.

Après utilisation régulière, la grille de V. Henderson **a montré ses limites en soins de longue durée**, étant donné l'état cognitif des personnes accueillies. La réponse à l'estimation de nombreux besoins (notamment communiquer, se récréer, apprendre, spirituels...) relevant du flou artistique.

«C'est pour cette raison que **la Direction générale de la santé, la Direction des Hôpitaux, la Direction de l'action sanitaire et sociale, le laboratoire de Santé Publique "Santé et Vieillesse" de l'université Paris V, et la Fondation Nationale de gérontologie**, ont formé un groupe de travail sur les méthodologies d'évaluation et de promotion de la qualité des soins aux personnes âgées en établissement de soins de longue durée.

Ce groupe a recherché des instruments d'évaluation de l'état de santé global des résidents utiles aux soignants pour élaborer une démarche de soins gérontologiques.»
(Colette Leone)

Cette recherche a permis de retenir une méthode performante, adaptée et testée, le **RAI**.

B - Le RAI

Le RAI (**Résident Assessment Instrument ou Méthode d'évaluation du résident**), existe en Amérique depuis la fin des années 80. Pensé pour les personnes âgées, il ouvre de meilleures perspectives pour créer un plan de soins argumenté.

À la suite d'une loi subordonnant le financement des *nursing homes* à la production de données justifiant la qualité des soins en institution, des recherches ont été effectuées sous l'impulsion des régleurs (Medicare et Medicaid).

Une équipe universitaire américaine en collaboration avec des professionnels de santé de diverses disciplines, des représentants des organisations de consommateurs, des professionnels du secteur administratif, des spécialistes de l'évaluation a élaboré au fil de ans, le "RAI".

Le RAI destiné à établir un plan de soins cohérent pour optimiser la qualité des

soins, permet également d'obtenir en sous-produit, des éléments utiles : pour la gestion administrative et financière ; pour des études épidémiologiques ; pour la charge de travail en soins.

Un "audit de la qualité" existe dans le cadre de **Medicare** qui contrôle la mise en conformité dans un délai donné.

La réponse à trois questions permet de cerner le fonctionnement :

- les structures sont-elles adaptées aux besoins des résidents ?
- le personnel est-il suffisamment nombreux et qualifié ?
- quelles procédures sont utilisées pour définir les besoins et concevoir le plan de soins, le suivi des soins ?

Sous l'impulsion de la **Fondation Nationale de Gérontologie** le **RAI** a été traduit en 94.

Le référent est le **Pr J. C. Henrard**, Centre de gérontologie, Hôpital Sainte Périne, Laboratoire Santé-Vieillesse, EA 25.06, Université René Descartes, 49 rue Mirabeau, 75016 Paris.

Sa qualité première est reconnue à l'usage : il permet de "comprendre pour mieux aider".

Son exigence : prendre 1 h 30 en groupe pour renseigner les items après observation.

Les soignants reconnaissent que parmi les méthodes d'évaluation utilisées depuis 1988, le RAI est le meilleur instrument pour bien connaître la personne en vue d'établir un plan de soins.

Conclusion

Les soignants doivent connaître ces deux évaluations car ils sont partie prenante aussi bien du management de l'institution, (au budget autonome par rapport à celui de l'hôpital, depuis 96) que de celui des clients.

- la grille AGGIR
- le RAI.

En sachant qu'à terme la généralisation du RAI remplacera la grille AGGIR, car l'analyse informatique des données servira à l'évaluation de la charge en travail, nécessaire au régulateur pour justifier l'attribution des ressources.

Bibliographie.

- Beaufile B., "L'évaluation de la dépendance des personnes âgées : étude critique", GRIFS, UFR de Psychologie, Université de Paris VIII, rapport n° 89002, 1994
- Dubois -Lefrère J., Coca E., Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI, éd Berger-Levrault, 1992
- Escaffre J.P. et coll., Contrôle de gestion et calcul de coûts par produits, Revue hospitalière de France, n° 4, juillet-août 1994, p 317.
- Lamau M-L. (sous la direction de), Manuel de soins palliatifs, Privat, Toulouse, 1994, 559 p.
- Mias L., Decourt E., et coll., Pour un art de vivre en Long séjour, éd Bayard, Collection infirmières d'aujourd'hui, 1993.
- Morfoisse J.J., Évaluation et PMSI en Long séjour, Mémoire de DESS, 1994
- Vetel J. M., Le logiciel AGGIR, Revue hospitalière de France, n° 1, janvier 1995, p 108.

1998 - décembre 2007 - Dr Lucien Mias