

Echelle d'Autonomie Sociale EAS

D. Leguay, A. Cochet

Hétéro-évaluation
Echelle d'intensité

Résumé

L'Echelle d'Autonomie Sociale (EAS) est une échelle d'hétéro-évaluation, conçue en langue française, qui explore le niveau d'autonomie sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères. Elle explore cinq dimensions de la vie quotidienne, en dix-sept items. De passation simple et rapide, elle présente d'excellentes qualités métrologiques. Elle est utile pour mesurer l'efficacité des stratégies thérapeutiques mises en œuvre, médicamenteuses ou de réhabilitation, ou pour envisager les mesures nécessaires à la compensation du handicap psychique.

Introduction

L'autonomie sociale est une dimension clinique dont l'intérêt s'est récemment fait jour. Son évaluation est notamment utile pour ajuster les prises en charge, de nature sanitaire ou médico-sociale, des personnes handicapées par un trouble psychiatrique sévère, et présentant une dépendance dans la vie quotidienne. Les instruments de mesure disponibles en langue, et dans la culture française sont rares.

Historique et présentation

L'EAS a été élaborée en 1996, pour répondre au besoin d'instruments de mesure des dimensions spécifiques de l'autonomie dans la vie quotidienne, déterminantes dans la réussite des stratégies de réhabilitation. Les travaux de validation ont été publiés en 1998 (Leguay et al, 1998). Elle objective, en dix sept items ciblant différentes dimensions concrètes, le niveau d'autonomie où se situe le patient. Ces items ne sont pas issus d'autres échelles. Ils ont été conçus et formulés par les auteurs à partir de leur expérience clinique. Chacun d'entre eux explore un aspect du quotidien allant de questions très pratiques comme l'alimentation et l'hygiène, à des notions plus subjectives comme les relations interpersonnelles, qu'elles soient amicales, intimes ou familiales.

Mode de construction

Les dix-sept items font chacun l'objet d'une cotation allant de 0 à 6, la note la plus basse caractérisant la meilleure performance. L'échelle des notes de chaque item est balisée de deux en deux (0-2-4-6) par des exemples précis, mais à titre indicatif. Cependant, certains items qui ont semblé pouvoir faire l'objet d'une trop grande latitude d'interprétation de la part du cotateur, sont accompagnés d'explicitations à chaque niveau de cotation.

Ces items ont été regroupés par commodité dans cinq sous-ensembles qui ne constituent pas à proprement parler des facteurs tels qu'ils auraient pu émerger d'une analyse statistique. Toutefois les analyses statistiques postérieures à sa validation ont montré la cohérence de ces sous-ensembles. Sans que ces sous-ensembles puissent être

considérés comme hiérarchisés, ils définissent des habiletés allant des plus techniques aux plus sociales.

Ces cinq sous-ensembles sont : les "soins personnels", la "gestion de la vie quotidienne", la "gestion des ressources", les "relations avec l'extérieur", et enfin la "vie affective et les relations sociales". Ces sous-ensembles comprennent tantôt trois, tantôt quatre items différents.

Etudes de validation

L'Echelle d'Autonomie Sociale a fait l'objet d'un premier travail de validation sur un échantillon de 149 patients (112 en double cotation EAS) comparé à un échantillon de 134 patients cotés à l'échelle EGF (Echelle Globale de fonctionnement, axe V du DSM-III-R) (78 en double cotation EGF). L'EGF a été choisie comme échelle de référence en raison de sa diffusion internationale, de l'ampleur des travaux auxquels elle a donné lieu, et de son objet centré sur le retentissement fonctionnel. Les patients ont été sélectionnés sans critère particulier de diagnostic, d'âge, de sexe, ou de type de suivi. Le seul élément réellement pris en compte pour l'inclusion a été la durée de la prise en charge. Tous avaient connu des hospitalisations répétées et/ou prolongées, ou des périodes de soutien ambulatoire lourd, avec, pour la plupart, une désinsertion familiale, sociale, professionnelle plus ou moins importante. Par ailleurs l'EAS a également été testée, en simple cotation, mais toujours comparativement à l'EGF, sur un échantillon témoin de 85 personnes ne présentant aucune pathologie psychiatrique, déterminé aléatoirement et représentatif de la population générale. Ces premiers travaux de validation ont montré que l'EAS est un instrument fidèle et sensible. L'étude de sa structure montre qu'il possède une bonne homogénéité. Ses validités, concourante (coefficient de 0,837 versus l'EGF au test de Spearman) et apparente peuvent être considérées comme très satisfaisantes, même si, par nature, les corrélations ont été explorées avec un instrument non spécifique de cette dimension que les auteurs souhaitaient, à l'époque, faire apparaître, et avec des variables auxquelles ils déniaient le droit de la résumer. Toutefois, s'agissant de travaux inauguraux, ils ne pouvaient faire l'économie de cette approximation. Sa fidélité intercotateurs s'est révélée excellente tant pour les scores globaux ($r = 0,936$) (pour EGF $r = 0,844$) que pour chaque sous ensemble d'items (SP : $r = 0,899$, GVQ : 0,921, GR : 0,835, RE : 0,817, VARS : 0,838)* et que pour chaque item. Sa structure se rapproche de l'unidimensionnalité. Dans les analyses factorielles effectuées sur les sous-ensembles, tant sur les données des premiers travaux que sur celles recueillies sur les 6000 patients de l'enquête ESPASS (2008), il apparaît un premier facteur dominant, représentant 78 % de la variance et associant les "soins personnels", la "gestion de la vie quotidienne" et les "relations avec l'extérieur". Ce facteur peut être considéré comme représentant l'autonomie de l'organisation et de la conduite de la vie quotidienne. Deux autres facteurs, d'importance sensiblement égale correspondent aux variables "vie affective et relations sociales" (9 % pour les patients, 14 % pour les témoins), et à la variable "gestion des ressources" (6 % pour les patients, 15 % pour les témoins).

Cette analyse factorielle objective donc une structure commune consistante semblant rendre compte de l'autonomie. On peut néanmoins mettre en évidence une certaine indépendance entre des items d'autonomie quotidienne et pratique (habiletés techniques) et des items explorant la vie relationnelle et d'anticipation (habiletés sociales). La présence d'un facteur nettement prédominant, représentant 78 % de la variance dans le groupe patients, et rassemblant trois des cinq groupes d'items, est toutefois un argument en faveur de l'unidimensionnalité de l'E.A.S.

* SP : Soins Personnels, GVQ : Gestion de la Vie Quotidienne, GR : Gestion des Ressources, RE : Relations avec l'Extérieur, VARS : Vie Affective et Relations Sociales

Enfin, la valeur élevée du coefficient alpha de Cronbach, dit de consistance interne, (0,86 dans la population des patients) montre une bonne homogénéité de l'Echelle d'Autonomie Sociale. L'EAS est moyennement sensible au changement (taille d'effet à 0,35 pour le score global et s'échelonnant de 0,2 à 0,37 pour les sous-ensembles). Cette faible sensibilité peut s'expliquer par les qualités de l'échelle elle-même, mais aussi par la faible variabilité intrinsèque de la dimension mesurée. Des études complémentaires sont nécessaires pour statuer sur ce point.

Mode de passation

Les items de l'EAS sont cotés par un évaluateur externe à partir de son observation clinique, de sa connaissance du patient et des éléments d'information dont il dispose après enquête auprès des autres professionnels ou des proches. Dans l'idéal, cette cotation (surtout en première intention) gagnera à s'effectuer en équipe lorsque cela est possible. De même, on s'efforcera d'évaluer un patient dont l'état clinique est stabilisé.

Cotation

La cotation est directe, sur le niveau d'autonomie constaté. Lorsque ce niveau est inférieur à un niveau opérationnel décrit, mais supérieur au niveau inférieur décrit, on cotera le niveau intermédiaire. On prend en compte un niveau global, égal à la somme des scores obtenus à chacun des items, et le niveau atteint par la somme des scores obtenus aux items de chacun des sous-ensembles. Ceux-ci n'étant pas tous composés du même nombre d'items, la prise en compte se fait alors surtout dans le cadre de la mesure de l'évolution chez un même patient.

Applications

Cette échelle est utilisée dans les études sur l'efficacité des stratégies de réhabilitation, sur des groupes. Elle est aussi utilisée individuellement, pour approcher la faisabilité d'un projet de réinsertion, ou pour mesurer l'évolution d'un patient, en regard de prescriptions médicamenteuses, ou de mise en œuvre de stratégies non médicamenteuses de réhabilitation. Compte tenu de la faible variabilité de la dimension évaluée, la mesure de l'autonomie sociale doit s'effectuer avec des intervalles de temps relativement importants, de l'ordre de trois à six mois.

Intérêts-limites

L'EAS évalue les capacités d'une personne selon les registres décrits par chacun des items et sous-ensembles, et dresse une cartographie de ses capacités d'insertion. Elle permet de définir pour elle un projet réaliste. Elle reste toutefois très descriptive, sans suggérer les meilleures stratégies de prise en charge. Son principal intérêt réside en ses robustes qualités métrologiques, en particulier sa grande fidélité inter-juges, et en son très faible temps de passation (environ 10 minutes). Sa limite principale est sa faible sensibilité au changement, reflet probable de l'inertie relative de la variable qu'elle mesure.

Bibliographie

COCHET A., SAOUD M., GABRIELE S., BROALLIER V., EL ASMAR C., DALERY J., d'AMATO T. "Impact de la remédiation cognitive dans la schizophrénie sur les stratégies de résolution de problèmes et l'autonomie sociale : utilisation du logiciel REHACOM®". L'Encéphale 2006; 32:189-95.

LEGUAY D., COCHET A., MATIGNON G., HAIRY A., FORTASSIN O., MARION J.M. "L'échelle d'autonomie sociale. Premiers éléments de validation". L'Encéphale, 1998, 24 : 108-119.

LEGUAY D., ROUILLON F., AZORIN J.M., GASQUET I., LOZE J.Y., ARNAUD R., DILLENSCHNEIDER A. "Impact à 6 mois de l'initiation ou du changement d'un traitement antipsychotique sur l'autonomie sociale de patients schizophrènes : étude ESPASS" - Poster - Congrès de l'Encéphale - 24-26 janvier 2008. L'Encéphale, sous presse.

Contacts : Dr Denis Leguay : denis.leguay@ch-cesame-angers.fr

M. Alain Cochet : alain.cochet@ch-le-vinatier.fr

ECHELLE D'AUTONOMIE SOCIALE

D. LEGUAY, A. COCHET, G. MATIGNON, O. FORTASSIN - 1993

Outil d'évaluation

NOM :

PRENOM :

SEXE :

AGE :

DATE :

Cette échelle est une échelle d'appréciation du niveau d'autonomie par le cotateur, ce n'est pas un questionnaire. Certains renseignements peuvent ne pas être possédés, il importe alors d'interroger le malade et l'entourage.

La mesure de l'autonomie rencontre un problème spécifique : quand une difficulté dans le registre de l'autonomie existe pour un patient, des solutions de suppléances sont généralement mises en œuvre qui peuvent elles-mêmes biaiser l'appréciation des capacités résiduelles (ex. : une personne âgée non autonome vivra en maison de retraite. Comment apprécier dès lors sa capacité à s'alimenter ou à entretenir ses effets personnels ?)

Certains items de cette échelle chercheront par conséquent à quantifier une autonomie potentielle et non pas effective. Les consignes de cotation aideront le cotateur à apprécier au mieux cette capacité potentielle.

On s'efforcera d'apprécier un état stabilisé.

SOINS PERSONNELS

1 - Toilette corporelle

- 0 Assurée seul, sans stimulation extérieure
- 1
- 2 Moyennement assurée seul et/ou nécessitant une stimulation extérieure épisodique
- 3
- 4 Assurée ou moyennement assurée seul avec stimulation constante
- 5
- 6 Effectuée par un tiers

.....

2 - Entretien des effets personnels

Au cas où le patient vit depuis longtemps en institution, on appréciera sa capacité à prendre soin de ses effets personnels et à assurer leur propreté au travers des moyens mis à sa disposition par l'institution.

- 0 Se prend en charge par lui-même avec efficacité
- 1
- 2 Se prend en charge par lui-même mais avec une efficacité moyenne ou faible
- 3
- 4 Doit être aidé. Avec une bonne, moyenne ou faible efficacité
- 5
- 6 Prise en charge totale par un tiers

.....

3 - Capacité à s'alimenter

On appréciera la capacité éventuelle à organiser une alimentation régulière. A titre d'exemple, une personne hospitalisée pour une très courte durée devra être cotée sur sa capacité à s'alimenter chez elle. Une personne vivant en institution et qui ne se manifeste pas au niveau de l'organisation des repas devra être cotée au moins "4".

- 0 Prise de repas régulière avec équilibre alimentaire (par exemple : bonne gestion d'un régime prescrit)
- 1
- 2 Prise de repas régulière avec absence de variété (par exemple : alimentation à base de conserves ou surgelés)
- 3
- 4 Prise de repas irrégulière
- 5
- 6 Difficultés majeures par rapport à l'alimentation

.....

GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

4 - Logement

- 0 Vit seul en appartement ou en maison (Ex. : Vit en foyer (type foyer jeunes travailleurs, cité universitaire))
- 1
- 2 Vit en foyer social (type Sonacotra, et/ou en demi pension) (Ex. : Vit en appartement associatif et protégé)
- 3
- 4 Vit en foyer d'hébergement ou foyer logement...
- 5
- 6 Vit en institution spécialisée

.....

5 - Entretien du logement

Lorsque quelqu'un vit de façon durable en institution, coter au moins "3".

- 0 Entretien son logement seul ou avec la participation d'un tiers qu'il rémunère
- 1
- 2 Entretien partiel du logement par une aide ménagère
- 3
- 4 Entretien total du logement par un tiers
- 5
- 6 Aucune demande d'aide

.....

6 - Niveau de complexité du moyen de transport personnel et utilisation qui en est faite

Il s'agit du moyen de transport personnel du patient lorsqu'il en possède un. Pour ceux qui sont véhiculés et qui n'ont aucun moyen de transport, coter au moins "3".

- 0 Usage rationnel d'un véhicule nécessitant un permis
- 1
- 2 Usage rationnel d'un véhicule ne nécessitant pas de permis
- 3
- 4 Usage non adapté au moyen de transport
- 5
- 6 Non utilisation des moyens de transport

.....

7 - Courses

- 0 Effectue ses courses seul avec respect de son projet
- 1
- 2 Effectue ses courses seul avec respect partiel de son projet
- 3
- 4 Effectue ses courses accompagné
- 5
- 6 N'effectue aucune course

.....

GESTION DES RESSOURCES

8 - Gestion du budget quotidien

On appréciera la capacité réelle à gérer de manière rationnelle le budget, même si la personne bénéficie d'une mesure de protection (tenir compte du degré de liberté laissé par le tuteur ou le curateur et de la capacité à respecter les contrats établis).

- 0 Gère son budget de manière autonome et le répartit équitablement entre les dépenses à effectuer (loyer, impôts, alimentation, transports, vêtements, loisirs)
- 1
- 2 Répartit plus ou moins bien son budget
- 3
- 4 Nécessite l'aide d'un tiers pour gérer son budget
- 5
- 6 Ne gère pas son budget

.....

9 - Conduite du patrimoine

- 0 Réalise des placements ou fait des projets en vue de se constituer un patrimoine et d'en assurer la pérennité
- 1
- 2 Effectue des placements hasardeux et/ou des dépenses irréfléchies (Ex. : Confie la conduite du patrimoine à un tiers)
- 3
- 4 Se désintéresse de son patrimoine (Ex. : N'a pas de projets de placements)
- 5
- 6 La notion même de patrimoine est inaccessible

.....

10 - Conduite de la vie personnelle : Capacité à gagner l'argent

Coter au moins "5" ou "6" lorsque la totalité des revenus est assurée par une allocation.

- 0 Est capable de faire progresser ses revenus en maintenant une certaine qualité de vie
- 1
- 2 Fait progresser ses revenus au détriment de sa vie personnelle ou se satisfait de ses revenus
- 3
- 4 Epreuve des difficultés à maintenir des revenus stables
- 5
- 6 N'est pas acteur dans l'obtention de ses revenus

.....

RELATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR

11 - Capacité de se déplacer d'un lieu à un autre

- 0 S'organise de façon à se déplacer dans les meilleures conditions d'un point à un autre
- 1
- 2 Nécessite l'aide d'un organisme ou d'un tiers pour réaliser ses déplacements
- 3
- 4 Ne peut se déplacer qu'accompagné
- 5
- 6 Ne se déplace pas

.....

12 - Capacité à organiser des sorties (loisirs) ou de voyager

- 0 Prend régulièrement en charge l'organisation de ses sorties et/ou voyages. (Ex. : s'adresse à un organisme (agence de voyages) pour l'organisation de ses sorties et/ou voyages)
- 1
- 2 S'adresse à un organisme social spécialisé pour ses sorties ou voyages. (Ex. : Nécessite l'aide d'un tiers pour l'organisation de ses sorties et/ou voyages)
- 3
- 4 Les sorties ou voyages sont à l'initiative et organisées par un tiers. (Ex. : Doit être accompagné par un tiers lors de ses sorties et/ou voyages)
- 5
- 6 N'effectue ni sortie, ni voyage

.....

13 - Capacité à utiliser des outils de communication et d'information

- 0 Utilise régulièrement des outils de communication et d'information (téléphone, courrier, minitel, T.V., journaux)
- 1
- 2 Utilise partiellement des outils de communication et d'information (Ex. : Epreuve des difficultés à se servir sans aide des outils cités)
- 3
- 4 Nécessite l'aide systématique d'un tiers pour se servir d'un ou des outils cités (Ex. : Fait communiquer et s'informer un tiers pour lui-même)
- 5
- 6 N'utilise pas les outils de communication et d'information

.....

14 - Capacité à organiser une journée

Lorsque la personne dépend entièrement d'une institution pour l'organisation de ses journées, coter au moins "3".

- 0 Organise sa journée de façon à répartir rationnellement les différentes activités qu'il a à accomplir
- 1
- 2 Organise plus ou moins ses activités journalières (Ex. : A des difficultés sans l'aide d'un tiers à organiser une journée)
- 3
- 4 Organise avec ou sans l'aide d'un tiers une journée sans efficacité
- 5
- 6 Est passif dans l'organisation de sa journée

.....

VIE AFFECTIVE ET RELATIONS SOCIALES

15 - Relations familiales

On appréciera la dépendance "psychologique" dans la relation familiale.

- 0 Entretient des relations de respect et d'équité par rapport au conjoint ou au parent
- 1
- 2 N'est pas suffisamment acteur dans les relations entretenues auprès du conjoint ou du parent
- 3
- 4 Est la plupart du temps passif dans ses relations familiales (Ex. : Est dépendant dans ses relations au conjoint ou au parent)
- 5
- 6 A rompu tout lien familial

.....

16 - Relations sociales

Au niveau "4" : pour "AMIS", entendre "Relations amicales".

- 0 Est capable de se constituer un cercle de relations diversifié et durable
- 1
- 2 Entretient épisodiquement des relations durables ou non
- 3
- 4 À un réseau d'amis restreint issu ou non du milieu familial
- 5
- 6 N'entretient pas de relations que l'on pourrait considérer comme amicales ou sociales

.....

17 - Relations intimes

- 0 Entretien une relation intime équilibrée et durable
- 1
- 2 A entretenu mais n'entretient pas actuellement de relation intime ou entretient une relation intime très problématique
- 3
- 4 N'entretient plus depuis longtemps de relation intime (Ex. : Est dans l'incapacité d'entretenir une relation intime)
- 5
- 6 Toute relation intime est impossible

.....

Coter 0 ou 1 pour les personnes qui n'ont jamais entretenu de relations intimes pour des questions d'ordre philosophique ou par conviction personnelle.

TOTAL
