

ECHELLES DE SOINS (SCALES) (copie du BelRAIWiki)

ADL Hierarchy Scale ou “Echelle Hiérarchique des AVQ”

La **ADL Hierarchy Scale** ou **Echelle Hiérarchique des AVQ (HAVQ)** regroupe 4 items des AVQ (Activités de la vie quotidienne) suivant des phases (hiérarchisées), à savoir la perte précoce, intermédiaire et tardive des fonctions AVQ (Section G à la fois du [HC](#) et du [LTCE](#)):

- Hygiène personnelle,
- Locomotion,
- Utilisation des toilettes,
- Alimentation.

et (Section G de l'[AC](#)):

- Hygiène personnelle,
- Marcher,
- Utilisation des toilettes,
- Alimentation.

Les fonctions AVQ qui diminuent à un stade précoce (comme l'hygiène personnelle) obtiennent un score moins élevé que celles qui se maintiennent plus longtemps (comme l'alimentation et la locomotion). Plus le score est élevé, plus grande est la certitude que le client nécessite de l'aide.

Les 7 niveaux, allant de 0 à 6 sont :

- 0 = indépendant pour les 4 fonctions AVQ
- 1 = supervision pour au moins une fonction AVQ (*et moins qu'assistance partielle ou limitée pour les 4 fonctions AVQ*)
- 2 = assistance limitée pour minimum une des 4 fonctions AVQ (*et moins qu'assistance étendue pour les 4 fonctions AVQ*)
- 3 = assistance importante exigée pour au moins l'hygiène personnelle et l'utilisation des toilettes (*et moins qu'assistance étendue exigée pour l'alimentation et le déplacement*)
- 4 = assistance importante exigée pour l'alimentation et le déplacement (*pas de dépendance totale pour l'alimentation et/ou pour le déplacement*)
- 5 = dépendance totale pour l'alimentation et/ou pour le déplacement
- 6 = dépendance totale pour les 4 fonctions AVQ

Sources et littérature complémentaire

La référence suivante concernant cette échelle est disponible sur le [site interRAI](#):

[Morris, John, Brant E. Fries, and SA Morris. Scaling ADLs within the MDS. Journal of Gerontology: Medical Sciences 54A.11 \(1999\): M546-M553.](#)

Age Years Scale

Cette échelle (0-130) est basée sur la date d'évaluation moins la date de naissance (et ne tient pas compte du jour et du mois).

L'indice de masse corporelle (IMC) ou body mass index (BMI)

Le **Body Mass Index** ou **Indice de Masse Corporelle** (appelé aussi Indice de Quételet, d'après le Professeur gantois Quételet) est une méthode qui permet d'évaluer la corpulence d'une personne et de déterminer si elle est ou non obèse. Cet indice se calcule via une formule mathématique simple :

IMC = poids (kg) / taille (m) au carré

Le poids étant exprimé en kg et la taille en mètre. En pratique, il suffit de diviser deux fois de suite le poids par la taille. L'OMS a défini cet indice de masse corporelle comme le standard pour évaluer les risques liés au surpoids chez l'adulte et permettre d'estimer l'état nutritionnel. C'est un moyen simple et fiable pour dépister l'obésité chez l'homme et la femme adulte, de 18 à 65 ans.

L'IMC n'est pas interprétable de la même manière pour l'enfant, la femme enceinte ou certaines personnes très musclées. De plus, il n'existe pas de définition consensuelle de l'obésité chez la personne âgée.

Les experts de l'International Obesity task Force (organisme lié à l'OMS) définissent cinq classifications en fonction de l'IMC :

- Maigreur : IMC inférieur à 18,5
- Normale : IMC entre 18,5 et 24,9

- Surpoids : IMC entre 25 et 29,9
- Obésité : IMC supérieur à 30
- Obésité massive ou morbide si l'IMC dépasse 40.

Bien qu'il existe des critiques au sein de la communauté scientifique concernant l'IMC (notamment il ne tient pas compte du pourcentage de graisse corporelle), c'est toutefois un moyen pratique pour procéder à une première évaluation du poids.

[Test](#) (site en néerlandais)

Sources et littérature complémentaire

Concernant cette échelle, les références suivantes sont disponibles sur le [site interRAI](#):

[Blaum, CS., E O'Neill, KM. Clements, Brant E. Fries, and MA. Fiatarone. The Validity of the Minimum Data Set for Assessing Nutritional Status in Nursing Home Residents. American Journal of Clinical Nutrition 4.66 \(1997\): 787-794.](#)

[Fries, Brant E., C Hawes, John N. Morris, CD. Phillips, V Mor, and PS. Park. Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. Journal of the American Geriatrics Society 45.8 \(1997\): 994-1001.](#)



[Landi, F, G Onder, G Gambassi, C Pedone, PU Carbonin, and R Bernabei. Body Mass Index and Mortality Among Hospitalized Patients. Archives of Internal Medicine 160.17 \(2000\): 2641-2644.](#)

CHESS

L'échelle CHESS "**Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale**" ou "**Échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes**" a été développée pour identifier les risques individuels de déclin fonctionnel important. Si l'on veut réduire au maximum les problèmes en relation avec des déclin fonctionnels, cette échelle peut être également considérée comme une mesure d'intervention médicale nécessaire. Une diminution du risque de déclin grave peut conduire à ce que l'état du client se stabilise, ce qui peut se traduire par un maintien de la qualité de vie, une prolongation de l'espérance de vie et permettrait d'éviter certains frais médicaux. A l'origine, l'échelle CHESS a été développée pour être utilisée dans les institutions (LTCF), mais elle a été adaptée par la suite pour être utilisée dans le secteur des soins à domicile (HC).

Cette échelle de soins utilise les items suivants pour composer une échelle de 5 points (0 = pas du tout instable à 5=totalement instable) :

- changement dans l'aptitude à décider au cours des 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation),
- situation AVQ au cours des 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation ensuite),
- vomissements,
- œdème périphérique
- dyspnée (essoufflement),
- stade terminal de maladie, 6 mois ou moins à vivre,
- perte de poids de 5% ou plus dans les 30 derniers jours ou de 10% ou plus dans les 180 derniers jours
- déshydratation (phénomènes de dessiccation) ou valeur BUN accrue,
- diminution de l'appétit (au cours des 30 derniers jours).

(Sections [C5](#), [G6](#), [J3n](#), [J3u](#), [J4](#), [J7c](#), [K2a](#), [K2b](#) et [K5](#) du HC et [C5](#), [G5](#), [J3n](#), [J3t](#), [J4](#), [J7c](#), [K2a](#), [K2b](#) et [K6](#) du LTCF. Cette échelle n'est pas disponible pour l'AC).

Le niveau d'instabilité de l'état de santé varie de 0 à 5:

- 0 = état de santé stable
- 1 = instabilité légère de l'état de santé
- 2 = instabilité modérée de l'état de santé
- 3 = instabilité élevée de l'état de santé
- 4 = instabilité très élevée de l'état de santé
- 5 = instabilité sévère de l'état de santé

Des résultats élevés sont prédictifs en ce qui concerne le risque de décès dans un laps de temps déterminé, le risque d'hospitalisation (actes médicaux), la douleur, le stress chez les soignants et les problèmes de santé.

Communication Scale

La **Communication Scale** ou **Echelle de communication** est basée sur 2 items (Section [D1](#), [D2](#) du HC et [D1](#), [D2](#) du LTCF):

- Se faire comprendre – expression,
- Capacité à comprendre les autres – compréhension.

Des scores élevés reflètent une mauvaise communication.

- 0 = intact
- 1 = quasi intact
- 2 = déclin léger
- 3 = déclin léger à modéré
- 4 = déclin modéré
- 5 = déclin modéré à important
- 6 = déclin important
- 7 = déclin important à très important
- 8 = déclin très important

Sources et littérature complémentaire

La référence suivante concernant cette échelle est disponible sur le [site interRAI](#) :

[Frederiksen, K, P Tariot, and E De Jonghe. Minimum Data Set Plus \(MDS+\) Scores Compared with Scores From Five Rating Scales. Journal of the American Geriatrics Society 44.3 \(1996\): 305-309.](#)

Cognitive Performance Scales (CPS)

La **Cognitive Performance Scale 1** ou **Echelle de performance cognitive 1** est calculée sur base de 4 items concernant l'état cognitif d'une personne :

- facultés cognitives à prendre des décisions de la vie quotidienne,
- mémoire à court terme,
- se faire comprendre (expression),
- alimentation.

(Section [C1](#), [C2a](#), [D1](#), [G2j](#) du HC; [C1](#), [C2a](#), [D1](#), [G1j](#) du LTCF; [D1](#), [D2a](#), [E1](#), [G1g](#) de l'AC).

Les résultats obtenus avec cette échelle montrent une bonne corrélation avec les [résultats](#) du [Mini-Mental State Examination \(MMSE\)](#). Le fonctionnement cognitif est classifié en 7 niveaux, allant de 0 à 6 :

- 0 = intact
- 1 = intact borderline
- 2 = déclin léger
- 3 = déclin modéré
- 4 = déclin modéré à important
- 5 = déclin important
- 6 = déclin très important

La **Cognitive Performance Scale 2** ou **Echelle de performance cognitive 2** est calculée sur base de 5 items :

- facultés cognitives à prendre des décisions de la vie quotidienne,
- mémoire à court terme,
- mémoire procédurale,
- se faire comprendre (expression),
- alimentation.

(Section [C1](#), [C2a](#), [C2b](#), [D1](#), [G2j](#) du HC; [C1](#), [C2a](#), [C2c](#), [D1](#), [G1j](#) du LTCF; [D1](#), [D2a](#), [D2b](#), [E1](#), [G1g](#) de l'AC). Les mêmes niveaux que dans la CPS1 sont utilisés pour classifié le fonctionnement cognitif.

Sources et littérature complémentaire

Les références suivantes concernant cette échelle sont disponibles sur le site [interRAI](#) :

[Hartmaier, SL., PD. Sloane, HA. Guess, GG. Kock, CM. Mitchell, and CD. Phillips. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: Agreement with the Mini-Mental State Examination. Journal of Gerontology: Medical Sciences 50A.2 \(1995\): M128-M133.](#)

[Morris, John, Brant E. Fries, DR. Mehr, C Hawes, CD Phillips, and V Mor. MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology: Medical Sciences 49A.4 \(1994\): M174-M182.](#)

[Carpenter GI, Gill S, Patter JM, Maxwell C. A comparison of MDS/RAI activity of daily living, cognitive performance and depression scales with widely used scales. \(abstract\) Age and Ageing. 28 Supplement 2 \(1999\): 29.](#)

DRS ou “Echelle de dépression”

La **Depression Rating Scale** ou **Echelle de dépression** comprend 7 items (Section E1 a-g à la fois pour le [HC](#) et le [LTCE](#)):

- émission de propos négatifs,
- perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres,
- expression (aussi non-verbale) de craintes paraissant non fondées,
- plaintes répétées concernant la santé,
- plaintes / inquiétudes anxieuses répétées (ne concernant pas la santé),
- visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude,
- pleure facilement.

Les 4 réponses possibles (0, 1, 2 ou 3) pour ces 7 items sont réduites, suite au calcul d'un algorithme, aux 3 réponses suivantes :

- 0 = n'est pas survenu au cours des 30 derniers jours
- 1 = est survenu 5 jours au cours de la semaine
- 2 = est survenu quotidiennement ou presque (6,7 jours par semaine)

Plus le score est élevé (à partir de 3 sur une échelle de 0 à 14), plus il est probable qu'un trouble dépressif soit potentiellement présent.

Sources et littérature complémentaire

L'échelle de dépression a été construite et validée sur base de l'identification d'items du MDS corrélés aux scores de 2 échelles de dépression fréquemment utilisées : "The Hamilton depression rating scale" et "The Cornell scale for depression in dementia" et a été décrite dans l'article suivant, disponible sur le [site interRAI](#) :

[Burrows, A B., JN. Morris, SE. Simon, John P. Hirdes, and CD. Phillips. Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. Age and Ageing 29.2 \(2000\): 165-172.](#)

L'échelle DRS montre une performance comparable à l'échelle GDS-15 (Geriatric Depression Scale).

([Diagramme DRS](#)).

Echelle de dépression pour l'Acute Care

L'échelle de dépression est basée sur les items d'humeur rapports spontanément ([Acute Care Section F1](#)):

- avoir peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui normalement vous sont agréables,
- anxieux(se), agité(e) ou mal à l'aise,
- triste, déprimé(e) ou sans espoir.

Le résultat se situe entre 0 et 6. Plus le résultat est élevé, plus la probabilité d'une présence de symptômes dépressifs est grande.

IADL Scales

Les **Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scales** ou **Echelles d'implication dans les Activités Instrumentales de la vie Quotidienne** (entre autres pour les soins à domicile) sont basées sur la somme de [8 items](#) relatifs à l'*exécution* des AIVQ (**Performance** : ce que la personne réalise effectivement) et la *possibilité* de réaliser ces AIVQ (**Capacity** : ce que la personne pourrait hypothétiquement effectuer ou est en mesure de réaliser):

- Préparation des repas,
- Ménage courant,
- Gestion des finances,
- Gestion des médicaments,
- Usage du téléphone,
- Escaliers,
- Faire les courses,
- Transports.

Les 2 échelles (AIVQP et AIVQC) reflètent la somme des scores pour chaque activité prise individuellement. Les scores (de 0 à 48) reflètent les difficultés croissantes de la personne en ce qui concerne son fonctionnement, à savoir l'accomplissement réel des activités AIVQ et la possibilité de les effectuer.

[#1] Acute Care: l'échelle AIVQ Performance est calculée sur base des données d'un instrument de dévaluation au stade pré-morbide; l'échelle AIVQ Capacity est calculée sur base des données d'un instrument d'évaluation à l'admission

Sources et littérature complémentaire

L'échelle d'implication des AIVQ a été développée à l'origine pour être utilisée dans les soins à domicile et fait référence à [l'échelle de Lawton](#).

http://www.best.ugent.be/BEST3_FR/francais_echelles_différentes_echelles_iadl_iadli.html

MAPLe

MAPLe (Method for Assigning Priority Levels) pourvoit à un système de soutien routinier et puissant pour le processus décisionnel grâce auquel il est possible d'évaluer en profondeur les besoins des clients et l'étendue de l'urgence avec laquelle ceux-ci doivent être résolus. MAPLe différencie les clients selon 5 niveaux de priorité basés sur le risque d'un profil défavorable et qui, en d'autres termes, déterminent le degré de besoins pour être admis dans une institution de soins ou le risque d'institutionnalisation.

- 1 - Besoin bas (Low need)
- 2 - Besoin moyen (Mild need)
- 3 - Besoin modéré (Moderate Need)
- 4 - Besoin élevé (High Need)
- 5 - Besoin très élevé (Very High Need)

Cette différenciation peut mener à davantage de recommandations spécifiques lors de l'attribution de moyens et de la réalisation de modèles de soins.^[1]

L'algorithme est basé sur une large gamme de variables cliniques dans l'instrument d'évaluation interRAI pour les [soins à domicile \(Home Care\)](#):

- Déclin du niveau d'activité - [Nombre total d'heures d'activité physique ou d'exercice durant les 3 derniers jours \(G4a\)](#)
- Déclin des AIVQ - [Préparation des repas \(G1a\)](#), [Ménage courant \(G1b\)](#), [Transports \(G1h\)](#)
- Déclin des AVQ - [Bain \(G2a\)](#), [Hygiène personnelle \(G2b\)](#), [Locomotion \(G2f\)](#), [Transfert vers et des toilettes \(G2h\) et Mobilité au lit \(G2j\)](#) (G2b, G2f, G2h et G2j = [ADL Hierarchy Scale](#))
- Déclin cognitif - [Facultés cognitives pour prendre les décisions courantes \(C1\)](#), [Mémoire à court terme \(C2a\)](#), [Capacité à se faire comprendre \(D1\)](#), [Alimentation \(G2j\)](#) (= [Echelle CPS](#))
- [CAP Risque d'institutionnalisation](#)
- Troubles du comportement - [Agressivité verbale \(E3b\)](#), [Agressivité physique \(E3c\)](#), [Comportement social inadapté ou perturbateur \(E3d\) et Opposition aux soins \(E3f\)](#)
- Déclin du processus décisionnel - [Changement des facultés pour prendre les décisions par rapport à il y a 90 jours \(C5\)](#)
- Problèmes au niveau de [l'administration des médicaments \(G1d\)](#)
- [Stade le plus sévère d'escarre \(L1\)](#)
- Changement dans l'entourage - [Dégradation du logement \(Q1a\)](#), [Infestation \(Q1b\)](#), [Chauffage ou climatisation inadéquat \(Q1c\)](#), [Manque de sécurité de la personne \(Q1d\)](#), [Accessibilité au logement ou aux pièces à l'intérieur du logement limitée \(Q1e\)](#)
- [Chutes \(J1\)](#)
- Problèmes lors de la [préparation des repas \(G1a\)](#)
- [Difficultés à avaler - problèmes de déglutition \(K3\)](#)
- [Errance \(E3a\)](#)

Les clients se situant au niveau de priorité le plus bas ne présentent pas de problèmes fonctionnels, cognitifs, de comportement ou liés à l'entourage. Ces clients peuvent être considérés comme autonomes et indépendants. Le niveau de priorité le plus élevé est basé sur la présence d'insuffisances au niveau des AVQ et niveau cognitif, d'errance, de problèmes de comportement et du [CAP Risque d'institutionnalisation](#). L'enquête a montré que les 5 niveaux de priorité sont prédictifs pour le risque de présenter un profil ou des évaluations défavorables. On estime que les clients qui se situent au plus haut niveau de priorité ont approximativement 9 fois plus de risque d'être admis dans une institution pour des soins de longue durée que les clients se situant au niveau le plus bas. MAPLe prédit également le stress des soignants.

Alors que MAPLe peut être utilisé pour prendre les décisions concernant l'attribution personnelle des moyens au niveau du client, l'algorithme peut aussi être utilisé pour évaluer le processus de soins à divers niveaux (régional, national, international, ...)(benchmarking).

^[1] Bien entendu, il ne s'agit pas ici d'utiliser MAPLe comme processus décisionnel informatisé imposé ou éloigné de toute compréhension clinique. Un engagement pluridisciplinaire allant de pair avec la famille et le client lui-même, dans lequel la force individuelle, les préférences et les besoins du client sont pris en compte dans la discussion pour formuler des recommandations personnelles spécifiques, doit compléter les résultats de MAPLe.

Sources et littérature complémentaire

[The Method for Assigning Priority Levels \(MAPLe\): A new decision-support system for allocating home care resources](#)

Pain Scale

L'échelle de Douleur ou **Pain Scale**, conçue à l'origine pour les institutions résidentielles (LTCF) et adaptée par la suite pour les autres contextes de soins, a été développée pour traduire la présence rapportée et l'intensité de la douleur de manière simple et précise. L'échelle répartit les sensations de douleur des personnes en 5 catégories hiérarchisées, faciles à comprendre, et utilise pour se faire 2 paramètres

- Fréquence de la douleur,
- Intensité de la douleur.

(Sections J6a et J6b des [HC](#), [LTCF](#) et [AC](#)) pour composer 5 scores allant de 0 à 4 :

- 0 = pas de douleur
- 1 = douleur moins que journalière
- 2 = douleur journalière modérée
- 3 = douleur journalière sévère
- 4 = douleur journalière atroce ou insupportable

Sources et littérature complémentaire

La référence suivante concernant cette échelle est disponible sur le [site interRAI](#):

[Fries, Brant E., SE, Simon, John N. Morris, C Flodstrom, and FL Bookstein. Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. The Gerontologist 41.2 \(2001\): 173–179.](#)

Voir aussi le [Diagramme](#)

Pressure Ulcer Risk Scale (PURS)

L'échelle de risque d'ulcère de pression (PURS, **Pressure Ulcer Risk Scale**) est basée sur des recherches scientifiques, des conseils d'experts cliniques et sur des données qui proviennent des instruments d'évaluation interRAI (Ontario). L'échelle distingue les risques de développement d'ulcères de pression chez les patients ne présentant pas d'ulcère de pression au moment de l'évaluation. ^[1]

Cette échelle se base sur les items suivants:

- continence fécale,
- mobilité au lit,
- marcher,
- problèmes nutritionnels,
- antécédents d'ulcère de pression,
- fréquence à laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur,
- et dyspnée.

([H3](#), [G1i](#), [G1e](#), [K2a](#), [L2](#), [J6a](#) et [J4](#) dans LTCF; [H3](#), [G2i](#), [G2e](#), [K2a](#), [L2](#), [J6a](#) et [J4](#) dans Home Care) pour composer les 5 catégories de risque suivantes:

- 0 = risque très faible
- 1 ou 2 = risque faible
- 3 = risque modéré
- 4 ou 5 = risque élevé
- 6, 7 ou 8 = risque très élevé

Lors d'évaluations successives, un score modifié – depuis la dernière évaluation – fonctionne comme un signal d'alarme. Comme les données utilisées proviennent des items des instruments d'évaluation interRAI ("knowledge transfer") et qu'elles sont collectées au moment des soins, le processus d'évaluation est simplifié. Dans les contextes où les instruments d'évaluation interRAI sont utilisés, d'autres procédures d'évaluation des ulcères de pression (par exemple l'échelle BRADEN) deviennent de cette manière inutiles. L'échelle peut également être utilisée comme guide pour soutenir (et non remplacer) le

processus d'évaluation – lorsqu'on détermine les outils ou une intervention clinique en vue de la prévention d'ulcères de pression – ainsi que l'implémentation / le suivi d'un plan de soins.

Remarques:

- L'échelle peut également être complétée manuellement sur une version papier ([Home Care](#) et [LTCF](#)), par exemple:
 - lorsqu'aucun instrument d'évaluation n'a été fermé dans l'application web de BelRAI (le premier jour de l'admission) et lorsqu'on n'est pas rapidement mis au courant d'un risque de développement d'ulcères de pression ou
 - lorsqu'on effectuera un screening intermédiaire distinct – par exemple hebdomadaire – sans ouvrir pour cela un nouveau questionnaire dans BelRAI.
- Lorsqu'on utilise uniquement la version papier, les moments d'évaluations suivants sont recommandés:
 - le plus proche possible du moment d'admission,
 - ensuite, chaque semaine pendant 4 semaines,
 - si un changement dans l'état de santé est observé,
 - et ensuite, tous les trois mois.

[#1] *L'échelle de risque d'ulcère de pression est temporairement calculée dans BelRAI pour la présence d'ulcère de pression. Dans ce cas, la valeur (0-8) doit être interprétée comme "présence d'ulcère de pression". Cette correction fait l'objet d'une prochaine mise à jour de l'application web.*

Sources et littérature complémentaire

[Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale \(PURS\) for use in long-term care and home care settings](#) ↗

Pressure Ulcer Scale ou "Echelle de classification des Ulcères de pression"

L'**Echelle de classification des ulcères de pression** traduit une situation enregistrée dans le domaine des escarres sévères de la peau (Section [L1](#) du HC, Section [L1](#) du LTCF et Section [L1](#) de l'AC). L'échelle distingue 6 niveaux :

- 0 = pas d'ulcère de pression
- 1 = toute zone de rougeur permanente qui ne disparaît pas à l'arrêt de la pression
- 2 = perte partielle des couches de la peau, phlyctène
- 3 = cratère profond dans la peau
- 4 = lésion de la peau exposant le muscle, le tendon ou l'os
- 5 = pas quantifiable, par exemple prédominance de grande(s) surface(s) d'escarre(s) nécrotique(s)

Sources et littérature complémentaire Concernant cette échelle, davantage d'informations sont disponible sur :

[Defloor T., Herremans A., Grypdonck M. et al. Recommandations Belges pour la prévention des escarres. Bruxelles: Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2004.](#) ↗

Le document "Classification des ulcères de pression" peut être [téléchargé ici](#).