

## BeST – Belgian screening tools : mise à disposition d'outils d'aide à la décision en soins infirmiers

### *BeST - Belgian screening tools: making available decision-making tools in nursing*

Gobert M <sup>1</sup>, Piron C <sup>2</sup>, Filion N <sup>2</sup>, Bulteel L <sup>3</sup>, Daem M <sup>3</sup>, Vanderwee K <sup>4</sup>, Caillet O <sup>5</sup>,  
Lardennois M <sup>5</sup>, Folens B <sup>5</sup>, Defloor T <sup>6</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Les infirmières n'ont souvent aucune idée de la validité et fiabilité des échelles qu'elles utilisent dans leur pratique. Néanmoins, ces échelles sont rarement accessibles. L'objectif du projet BeST – Belgian Screening Tools – était de construire une base de données avec des échelles valides et fiables utiles dans les soins infirmiers, pour lesquelles un aperçu des critères psychométriques est détaillé.

**Méthodes :** Une revue de la littérature a été réalisée afin d'identifier les échelles valides et fiables. Dès lors, un filtre de recherche a été utilisé dans plusieurs bases de données (Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PubMed, Cinahl, Invert). Les critères d'inclusion étaient : articles rédigés en anglais, français, néerlandais, allemand entre 1993 et 2009. Les thèmes investigués étaient : désorientation, risque d'escarres, état buccal, nausées-vomissements, coma, douleur, fatigue, sédation, fonction cognitive, état fonctionnel et psychosocial, nutrition, continence, soins de plaies, soins autogérés, qualité de vie et soins aux cathéters.

**Résultats :** Parmi les 141 échelles sélectionnées, 20 sont spécifiques aux enfants, 24 aux adultes, 48 aux personnes âgées et 49 destinées à tout patient ; 42 échelles sont destinées aux infirmières, 21 aux médecins, 39 à tous les prestataires et 20 utilisables par le patient lui-même. Toutes les échelles sélectionnées sont disponibles dans la base de données BeST gratuitement accessible et régulièrement actualisée. Par thème et par échelle, une description de l'échelle, de l'objectif, du groupe-cible, des tables d'évidence et des références est mentionnée.

**Conclusion :** Nombre d'échelles validées sont gratuitement téléchargeables sur le site [www.best.ugent.be](http://www.best.ugent.be) et donc, facilement accessibles et applicables en pratique clinique.

**Prat Organ Soins 2010;41(1):167-179**

**Mots-clés :** Soins ; fiabilité et validité ; échelle ; review.

#### Summary

**Aim:** Some nurses have no idea about the validity and the reliability of scales used in practice. These tools are not easily available. The aim of the Belgian Screening Tools – BeST – project was to develop a database with validated tools with an overview of psychometric criteria for the scales that can be use in nursing practice.

**Methods:** A literature review was performed to identify the validated and reliable scales. Therefore, a search filter was used in several databases (Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PubMed, Cinahl, Invert). The following inclusion criteria were used: articles published in English, French, Dutch and German between 1993 and 2009. The selected themes were: disorientation, pressure ulcer risk, oral health, nausea and vomiting, coma, pain, fatigue, sedation, cognitive function, functional and psychological state, nutrition, continence, wound care, self care, quality of life and catheter care.

**Results:** On 141 selected scales, 20 can specifically be applied to child, 24 to adult, 48 to elderly and 49 were not specific to a target group; 42 scales can be used by nurses, 21 by doctors, 39 by all caregiver and 20 by patients themselves. All validated tools were included in the “Belgian Screening Tools” (BeST)-database which is regularly up-dated. For every theme and scale there is a description, the target group is pointed out, and evidence table has been made and the references were specified.

**Conclusion:** These validated scales can be freely accessible and downloaded on the website – [www.best.ugent.be](http://www.best.ugent.be). They can easily be selected and used in practice.

**Prat Organ Soins 2010;41(1):167-179**

**Keyword:** Nursing; reliability and validity; scale; review.

<sup>1</sup> Chargée de recherche et chargée de cours. Pôle de recherche interdisciplinaire en sciences et clinique infirmières – Institut de recherche Santé & Société – Université catholique de Louvain (Belgique).

<sup>2</sup> Assistante de recherche. Pôle de recherche interdisciplinaire en sciences et clinique infirmières – Institut de recherche Santé & Société – Université catholique de Louvain (Belgique).

<sup>3</sup> Assistante de recherche. Nursing Sciences – Ghent University (Belgique).

<sup>4</sup> Professeur associé. Nursing Sciences – Ghent University (Belgique).

<sup>5</sup> Collaborateur Scientifique. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement – Direction générale Organisation des établissements de soins – Cellule activités infirmières.

<sup>6</sup> Professeur ordinaire. Nursing Sciences – Ghent University (Belgique).

Adresse pour correspondance : Micheline Gobert, Pôle de recherche en sciences et cliniques infirmières – Institut de recherche Santé & Société – Université catholique de Louvain – Clos chapelle-aux-champs 30/41 – B-1200 Bruxelles – Belgique.

E-mail : [micheline.gobert@uclouvain.be](mailto:micheline.gobert@uclouvain.be)

## INTRODUCTION

L'activité infirmière – par définition – est très complexe et s'appuie sur un jugement clinique nécessitant une expertise avancée. Pour fonder tout jugement clinique infirmier, trois paramètres doivent être pris en compte : les préférences du patient, le contexte ou l'environnement de soins (milieu hospitalier, maison de repos de long séjour, domicile, etc.) et les données probantes [1]. Désormais, il est clairement établi que fonder son jugement clinique sur des données probantes contribue effectivement à l'amélioration de la qualité des soins [2, 3]. En effet, disposer de données les plus objectives possible est une condition préalable à la réalisation de soins infirmiers efficaces. Objectiver les problèmes de santé des patients peut améliorer le choix des interventions et les rendre plus fiables. Afin de récolter des données objectives, il est important de disposer d'instruments de mesure validés. Cela évite de tirer des conclusions erronées sur le patient ou encore de perdre certaines informations.

Or, selon une étude conduite en 2004 aux États-Unis auprès de 760 infirmières américaines, 58 % d'entre elles n'ont jamais recours aux données probantes et sollicitent préférentiellement l'avis de leurs collègues [4]. Diverses raisons peuvent expliquer ce constat. En effet, les barrières à l'utilisation des données probantes sont désormais largement étudiées dans la littérature. Les principaux motifs avancés pour ne pas inclure les résultats de la recherche scientifique dans la pratique sont l'absence d'autonomie décisionnelle des infirmières, la charge de travail, le manque de temps pour lire la littérature, l'abondance de la littérature, la dispersion des données probantes, l'incapacité d'évaluer la qualité des recherches, etc. Ces facteurs varient selon le niveau d'éducation des infirmières, du lieu d'exercice, du pays, mais systématiquement ces éléments sont mis en exergue pour expliquer l'absence d'utilisation des données probantes [3, 5-10]. Or l'*Institute of Medicine* précise dans son rapport de 2001, que la première étape pour inciter les prestataires de soins à recourir aux données probantes est d'exploiter les technologies de l'information pour rendre ces données les plus accessibles [2]. Les principaux facteurs facilitant l'utilisation des données scientifiques sont, en première instance, mettre à disposition des supports et des ressources, et ensuite faciliter l'accès à la littérature, et la rendre plus compréhensible [8]. Le fait que l'essentiel de la littérature scientifique soit rédigé en langue anglaise constitue un frein supplémentaire pour les praticiens non anglophones.

Il en résulte, entre autres, que les critères de qualité des instruments de mesure utilisés dans les hôpitaux ne sont ni connus ni recherchés. Parfois, une nouvelle

échelle d'évaluation est créée, sans être validée, alors qu'il en existe une pléthore dans la littérature scientifique, dont les qualités psychométriques ont été démontrées, mais ces échelles sont peu connues et encore moins accessibles. Si la littérature professionnelle est plus accessible et mieux connue des professionnels, elle ne publie que rarement de tels outils d'évaluation.

C'est pourquoi le but de ce projet BeST (*Belgian screening tools*) est de faciliter l'accès des infirmières aux outils d'évaluation des problèmes et besoins des patients.

L'objectif est d'inventorier les instruments de mesure validés scientifiquement qui permettent d'objectiver les diagnostics et les résultats des interventions infirmières. Cet objectif se décline en trois objectifs opérationnels :

- Recueil d'échelles validées scientifiquement afin de proposer une base de données pour tous les professionnels de l'art infirmier du terrain, qu'ils exercent tant en milieu hospitalier que dans les centres de formation (universités, hautes écoles, formation de promotion sociale).
- Actualisation des données ainsi mises à disposition.
- Mise à disposition de ces données à partir d'un portail web, afin d'en faciliter l'accès ([www.best.ugent.be](http://www.best.ugent.be)) [11-14].

## MÉTHODES

### 1. Clarification des concepts

L'emploi d'une échelle d'évaluation ou d'un instrument de mesure permet d'offrir un canevas pour le recueil d'informations. Celui-ci est reproductible et peut être réalisé par différentes personnes tout en permettant une comparaison des résultats puisqu'il ne s'agit pas d'une évaluation subjective. Pour une bonne évaluation du patient et la comparaison des résultats, il est important que l'outil de mesure réponde à un ensemble de caractéristiques psychométriques, bien établies dans la littérature [15-19]. La qualité des instruments de mesure, quels qu'ils soient, doit répondre aux critères de validité et de fiabilité.

La fiabilité d'un instrument de mesure fait référence à la précision et à la reproductibilité des résultats. Un instrument de mesure est considéré comme fiable lorsque plusieurs mesures indiquent systématiquement le même résultat. Plus l'erreur de mesure d'un instrument est faible, plus sa précision est grande. Un coefficient de fiabilité (*reliability*) d'au moins 0,70 est requis pour qu'un instrument soit considéré comme fiable. Plusieurs indicateurs permettent d'objectiver cette fiabilité (tableau I).

Tableau I  
Critères de qualité des instruments de mesure (Belgian Screening Tools, 2009).

Concept	Dimension	Indicateurs
Fiabilité	<i>Stability</i> (S) – Stabilité	Test-retest <i>reliability</i>
	<i>Internal consistency</i> (IC) – cohérence interne	alpha de Cronbach technique de bipartition ( <i>Split-half</i> )
Validité	Equivalence (E)	Test de fiabilité inter-juge
	<i>Face validity</i> (FV) – validité faciale	<i>Absence de test statistique</i>
	<i>Content validity</i> (CtV) – validité du contenu	Évaluation par des experts
	<i>Criterion validity</i> (CrV) – validité des critères	<i>Predictive validity</i> <i>Concurrent validity</i>
	<i>Construct validity</i> (CsV) – validité du construit	Analyse factorielle <i>Convergente validity</i> : <i>Discriminant validity</i>
	Spécificité	Vrais positifs Valeurs prédictives positives
	Sensibilité	Faux négatifs Valeurs prédictives négatives
Caractéristiques du test	Courbe ROC ( <i>Receiver Operating Curve</i> ) rapport de vraisemblance positif ( <i>likelihoodratio</i> (LR+)) rapport de vraisemblance négatif ( <i>likelihoodratio</i> (LR-))	

La validité a pour but de vérifier que l'instrument mesure bien ce qu'il est censé évaluer. La validité fait référence au degré de correspondance entre la notion utilisée et sa traduction en opérations de mesure. Cette notion va donc au-delà de la fiabilité qui se fonde sur une correspondance des opérations de mesure. Un instrument de mesure qui n'est pas fiable ne peut, par conséquent, jamais être valide. À l'inverse, un instrument de mesure peut tout à fait être fiable sans toutefois être valide. Par exemple, une échelle de douleur peut être précise, cohérente et fournir des mesures exactes (fiabilité) et toutefois mesurer plutôt l'angoisse que la douleur (validité) [13, 14].

## 2. Design de l'étude

Pour atteindre l'objectif du projet, le *design* de l'étude se compose de quatre étapes :

- Sélection des domaines de soins.
- Revue systématique de la littérature à partir d'une équation de recherche.
- Actualisation de la base de données ainsi constituée.
- Développement d'un portail web.

Cette étude s'est déroulée en phases annuelles. Une première phase a eu lieu en 2007-2008 (12 mois) au cours de laquelle une première série d'instruments de mesure a été identifiée pour divers thèmes infirmiers afin de constituer une base de données. L'année suivante (2009 – 12 mois), des nouveaux thèmes ont été investigués d'une part, afin de compléter la base de données et, d'autre part, les données mises à

disposition l'année précédente ont été actualisées. Une troisième phase a débuté en janvier 2010 selon les mêmes modalités.

### a) Sélection des outils

Le champ d'exercice de la profession infirmière est très large et à la demande du Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement de Belgique qui a commandité cette recherche, nous avons dû limiter le champ d'application au milieu hospitalier et les thèmes ont été imposés.

Les items investigués en 2007-2008 sont :

- Désorientation.
- Altération de la fonction cognitive.
- Fatigue.
- Soins neurologiques (coma).
- Douleur.
- Nausées et vomissements.
- État de la bouche.
- Sédation.
- Risque d'escarres.
- Évaluation fonctionnelle et psychosociale.

En 2009, les items étudiés étaient :

- Nutrition.
- Continence et incontinence.
- Soins de plaie.
- Soins aux cathéters.
- Soins autogérés.
- Qualité de vie.

De nouveaux items sont investigués en 2010.

**b) Revue systématique de la littérature**

La revue de littérature s'est déroulée en sept étapes :

- Élaboration d'une équation de recherche.
- Recherche de la littérature.
- Sélection des instruments de mesure.
- Recherche et analyse des articles par instrument de mesure dans lesquels la validité et la fiabilité ont été évaluées.
- Rédaction des tables d'évidence.
- Rédaction d'un descriptif de chaque instrument de mesure sélectionné.
- Traduction en français et en néerlandais de l'instrument de mesure le cas échéant.

Pour chacun de ces thèmes, une équation de recherche (avec les descripteurs du *Medical subject heading* (MeSH) le cas échéant) a été élaborée et est composée de trois segments fixes et d'un spécifique au thème investigué (tableau II). Quatre bases de données ont été consultées – *PubMed*, *Cinahl*, *The Cochrane central register of controlled trials* (CENTRAL), *Invert*. Les articles publiés en anglais, néerlandais, allemand et français depuis 1993 ont été inclus.

À partir de la littérature scientifique, les instruments de mesure potentiellement intéressants ont été sélectionnés sur la base des titres, des abstracts et des mots-clés, pour une analyse ultérieure. Les instruments de mesure les plus récents ont été étudiés. La liste des articles à analyser a été composée de l'ensemble des publications dans lesquelles la validité et la fiabilité d'un instrument de mesure ont été étudiées et sont évoquées dans le résumé. Cette sélection s'est faite par deux chercheurs indépendants. Selon un effet « boule de neige » (en

recherchant des articles sur les références cités par les articles trouvés), les deux chercheurs ont réalisé une accumulation des articles qu'ils ont identifiés séparément. Ensuite les deux chercheurs ont analysé l'ensemble des articles sélectionnés.

Par thème, un *flow chart* résumant le nombre et les motifs d'exclusion des articles, étapes par étapes a été rédigé.

Une table d'évidence a été rédigée pour chaque étude de fiabilité et de validité et ce, pour chaque instrument de mesure. Elle a inclus les éléments suivants :

- le nom de l'échelle ;
- la référence bibliographique de l'étude ;
- les caractéristiques de l'échantillon ;
- le lieu de réalisation de l'étude ;
- la constitution et la taille de l'échantillon ;
- le type d'étude réalisée (prospective, descriptive, analytique, etc.) ;
- les informations concernant les qualités psychométriques de l'instrument de mesure : fiabilité (test-retest, *split half*, consistance interne) et validité (*content validity*, *criterion validity*, *construct validity*) ;
- les remarques éventuelles.

Chaque table d'évidence a été vérifiée à partir des études identifiées et ce, par un second chercheur indépendant de celui qui l'a rédigée.

Finalement, par instrument de mesure, nous avons rédigé un bref descriptif de l'échelle. Ce descriptif comprend le thème, le groupe cible, le nombre d'items, les modalités d'administration de l'instrument et la référence de la publication-maître. L'instrument de mesure a été intégré si l'échelle était disponible au public et si sa diffusion était autorisée explicitement par

Tableau II  
Equation de recherche (Belgian Screening Tools, 2009).

	AND	AND	AND
OR	<i>Needs assessment</i>	<i>Reproducibility</i>	<i>hasabstract[text]</i>
	<i>Mass screening</i>	<i>of results</i>	AND
	<i>Weights and measures</i>	<i>Psychometrics</i>	«1993»[PDat]:«3000»[PDat]
	<i>Risk assessment</i>	<i>Reliability</i>	AND
	<i>Process assessment</i>	<i>Validity</i>	<i>English[lang]</i> OR
	<i>(Health care)</i>	<i>Clinimetrics</i>	<i>French[lang]</i> OR
	<i>Geriatric assessment</i>	<i>Equivalence</i>	<i>German[lang]</i> OR
	<i>Nursing assessment</i>	<i>Repeatability</i>	<i>Dutch[lang]</i>
	<i>Quality assurance</i>	<i>Consistency</i>	AND
	<i>(Health care)</i>	<i>Validation</i>	
	<i>Observation</i>		«Humans»[MeSH terms]
	<i>Questionnaires</i>		
	<i>Nursing diagnosis</i>		
	<i>Nursing process</i>		

les auteurs. Dans le cas où un instrument de mesure n'était pas accessible, nous avons mentionné les coordonnées de contact de l'auteur.

Lorsque l'instrument de mesure était disponible et que l'auteur en autorisait la diffusion, nous avons traduit l'instrument de mesure en français et en néerlandais. Toutes les traductions ont été validées par trois chercheurs indépendants.

### c) Actualisation

La base de données ainsi générée est actualisée au fur et à mesure afin que les professionnels de terrain puissent disposer à tout moment de tous les instruments de mesure validés.

L'actualisation consistait à examiner si de nouvelles échelles ont été publiées depuis 2007 et ce, pour chaque thème abordé dans la base de données, et intégrer ces échelles dans cette dernière. L'actualisation visait aussi à vérifier si de nouvelles études remettaient en question les critères psychométriques des échelles identifiées ; les adaptations ont été réalisées si nécessaire.

La détection de nouvelles publications sur les thématiques préalablement traitées a été réalisée par l'ajout du nom de chaque instrument de mesure dans le filtre de recherche (au sein de la partie variable du filtre). Ce nouveau filtre a été appliqué aux mêmes bases de données ; la limite de temps fixée a été la période 2007 à 2009. Les articles additionnels ont été examinés.

L'identification de nouvelles échelles a été possible par l'intégration de différents termes et de *MeSH-terms* dans la partie fixe du filtre de recherche du premier projet. À nouveau, la période de référence était de 2007 à 2009. Lors du développement de nouvelles échelles, nous avons tenu compte des mêmes critères. Seules les nouvelles échelles ont été intégrées.

### d) Élaboration d'une interface web

Un site web a été construit afin de rendre accessible l'ensemble des instruments de mesure fiables et valides identifiés. Il peut être consulté – gratuitement – à l'adresse URL <http://www.best.ugent.be>.

Les instruments de mesure validés peuvent être recherchés à partir d'une liste alphabétique, d'une liste de groupes de patients, d'une liste d'auteurs et d'une liste thématique. Un moteur de recherche permet la recherche aussi :

- par mots-clés ;
- par thème ;
- par nom de l'échelle ;
- par abréviation ;

- par nom d'auteur ;
- par public cible.

## RÉSULTATS

### 1. Les échelles identifiées

Au total 141 échelles ont été identifiées pour 16 thèmes différents (tableau III).

Chaque thème a été défini afin d'informer l'utilisateur de ce qu'il couvrirait. Dans certains cas, les thèmes ont été réduits à un ou deux sous-thèmes tant ils étaient larges. Ainsi, les soins autogérés ont été limités d'une part à la gestion du diabète et d'autre part à la gestion des médicaments. La qualité de vie a été limitée d'une part à la qualité de vie en oncologie et d'autre part à la qualité de vie en pédiatrie.

Pour les troubles cognitifs, les outils d'évaluation ont été classés en trois groupes : outils de dépistage, outils de diagnostic et outils d'évaluation de la sévérité. De même, les outils relatifs à l'évaluation de l'état fonctionnel et psychosocial ont eux été classés en cinq

Tableau III  
Nombre d'échelles identifiées et mise à disposition, par thème (Belgian Screening Tools, 2009).

Thèmes	N Échelles identifiées
Désorientation	23 <sup>a</sup>
Troubles cognitifs : dépistage	7 <sup>a</sup>
Troubles cognitifs : diagnostic	11
Troubles cognitifs : sévérité	7
Fatigue	9
Soins neurologiques (coma)	8
Douleur	9
Nausées et vomissements	7
État de la bouche	4
Sédation	4
Risque d'escarre	2
Évaluation fonctionnelle et psychosociale	18
Nutrition	5
Continence et incontinence	3
Soins de plaie : escarres	5
Soins aux cathéters	0
Soins autogérés : gestion du diabète	6
Soins autogérés : gestion des médicaments	3
Qualité de vie oncologie	9
Qualité de vie-pédiatrie	6
<i>Total</i>	<i>141</i>

État des lieux au 1<sup>er</sup> janvier 2010 – détails disponibles en annexe.

<sup>a</sup> 5 échelles sont communes aux troubles cognitifs et à la désorientation.



groupes : chute, statut fonctionnel, activités de la vie quotidienne, déclin fonctionnel et dépression.

Pour chaque échelle, le groupe cible a été déterminé : 20 sont spécifiquement destinées aux enfants, 24 aux adultes et 48 pour les personnes âgées. Notons aussi que 49 échelles ne sont pas spécifiques à un groupe (tableau IV). Certaines échelles sont spécifiques à l'oncologie, les six destinées à l'évaluation de la qualité de vie dans ce domaine, mais aussi 16 autres. Ce détail est disponible sur le site web. Cinq échelles sont spécifiques aux soins intensifs, elles concernent essentiellement les échelles d'évaluation de la confusion ou des troubles neurologiques ; certaines encore sont spécifiques – sans être limitées – à la chirurgie, la psychiatrie ou l'obstétrique. La plupart des échelles identifiées peuvent être administrées par le personnel infirmier (n = 42), 21 par le personnel médical. Pour la plupart (n = 39), les échelles peuvent être utilisées par n'importe quel prestataire de soins. Certaines échelles sont directement complétées par le patient lui-même (n = 20) ; il s'agit essentiellement des échelles relatives à l'évaluation de la qualité de vie, de la douleur et de la continence (tableau V).

Aucune échelle concernant les soins avec cathéters n'a été identifiée.

Concernant l'actualisation, plusieurs publications ont nuancé les caractéristiques psychométriques de

18 échelles identifiées en 2007-2008 ; sept nouvelles échelles ont également été identifiées (tableau VI).

## 2. Le site web : <http://www.best.ugent.be>

Sur le site internet du projet BeST, non seulement les échelles de mesure ont été commentées, mais aussi les différentes étapes dans le processus de construction de la base de données – filtres de recherche utilisés, résultats, liste avec les instruments de mesure sélectionnés, descriptif et tables d'évidence – afin que tout utilisateur puisse vérifier le processus de sélection et d'évaluation des outils mis à disposition.

Le site web rend accessible gratuitement tous les instruments de mesure si et seulement s'ils étaient disponibles dans la littérature et en tenant compte des droits et de l'approbation des auteurs. La mention du *copyright* et/ou l'autorisation des auteurs est systématiquement précisée.

## CONCLUSION

Le projet BeST a recensé de manière systématique, standardisée et reproductible, un grand nombre d'échelles dont les qualités psychométriques ont été étayées dans la littérature (annexe 1). Ces échelles permettent d'évaluer un ensemble d'éléments spécifiques aux soins infirmiers mais pas uniquement.

Tableau IV  
Ventilation des échelles par groupes d'âge, par thème (Belgian Screening Tools, 2009).

Thèmes	Enfant	Adulte	Personne âgée	Tout âge confondu	Non spécifié
Désorientation	2	1	13	6	2
Troubles cognitifs	2	5	13	6	3
Fatigue				8	1
Fonction neurologique (coma)	4	5	1		
Douleur	1	2	1	3	
Nausées et vomissements	2			1	4
État de la bouche			2	3	
Sédation				4	
Risque d'escarre				2	
Évaluation fonctionnelle, psychosociale	1	2	12	6	
Nutrition		1	2	3	
Continence et incontinence		3			
Soins de plaie			2		4
Soins aux cathéters					
Soins autogérés : gestion du diabète	2	2		1	1
Soins autogérés : gestion des médicaments			2	1	
Qualité de vie oncologie		3		5	1
Qualité de vie-pédiatrie	6				
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>24</i>	<i>48</i>	<i>49</i>	<i>16</i>

Tableau V  
Ventilation des échelles en fonction de l'administrateur, par thème (Belgian Screening Tools, 2009).

Thèmes	Infirmière	Médecin	Autre	Tout prestataire	Patient	Non spécifié
Désorientation	11	5		2		7
Troubles cognitifs	3	6	2	5	1	7
Fatigue	2	1		2	1	5
Fonction neurologique (coma)	5	5		2		1
Douleur				6	1	
Nausées et vomissements	5				1	
État de la bouche	3			1		
Sédation				4		
Risque d'escarre				2		
Évaluation fonctionnelle et psychosociale	6	3		6		4
Nutrition	1	1		1		3
Continence et incontinence					3	
Soins de plaie	5					
Soins aux cathéters						
Soins autogérés : gestion du diabète					4	2
Soins autogérés : gestion des médicaments	1					11
Qualité de vie oncologie				7	5	
Qualité de vie-pédiatrie				1	4	1
<i>Total</i>	<i>42</i>	<i>21</i>	<i>2</i>	<i>39</i>	<i>20</i>	<i>41</i>

Tableau VI  
Actualisation de la base de données (Belgian Screening Tools, 2009).

Thèmes étudiés en 2007-2008	Échelles identifiées en 2007-2008	N échelles actualisées en 2009	N nouvelles échelles suite à l'actualisation en 2009
Désorientation	23	4	0
Altération de la fonction cognitive	23	0	2
Fatigue	9	4	0
Soins neurologiques (coma)	9	1	1
Douleur	6	2	3
Nausées et vomissements	7	0	0
État de la bouche	4	0	0
Sédation	4	1	0
Risque d'escarre	2	2	0
Évaluation fonctionnelle, psychosociale	17	4	1
<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>18</i>	<i>7</i>

Si la majorité des échelles identifiées a été élaborée à l'attention du personnel infirmier, d'autres prestataires peuvent également les utiliser.

L'âge du répondant doit être pris en considération pour sélectionner l'échelle d'évaluation qui lui est la plus adéquate. Au sein d'un même thème, différentes échelles ont été identifiées afin de couvrir si possible les différents groupes d'âge (enfant, adulte, personne âgée).

Leur convivialité est un paramètre important contribuant aussi à l'utilisation des échelles. Une étude est en

cours pour étudier la convivialité de chaque échelle mise à disposition.

L'accès électronique à une base de données favorise la diffusion et l'utilisation des données probantes [20, 21]. Dès lors, pour faciliter l'utilisation des échelles d'évaluation fiables et valides, un portail web a été construit selon les recommandations de l'*Institut of Medicine* [2]. Le site web ainsi créé est un outil de travail d'utilisation aisée et facilement accessible. Il permet une recherche rapide d'échelles d'évaluation et fournit l'ensemble des consignes d'utilisation et les références scientifiques. Il

met à disposition les échelles d'évaluation (à défaut, les informations sur leur disponibilité), et leur traduction en français et en néerlandais, le cas échéant. Il ne se limite pas à un public-cible mais à l'ensemble des professionnels. Il n'est pas non plus réservé à une communauté linguistique précise, puisque les outils d'évaluation fiables et valides sont disponibles en anglais, en français et en néerlandais. Il peut être complété, évoluer en fonction des besoins et actualiser en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques. Une étude de satisfaction des utilisateurs du site est envisagée.

Ce site Web met à la disposition gratuitement des outils fiables et valides indispensables pour la prestation de soins de qualité. L'accessibilité de la littérature scientifique et en particulier des outils d'évaluation est un premier facteur contribuant à l'utilisation des données probantes dans les soins. Néanmoins, il serait indispensable pour compléter le processus d'en faire la promotion auprès des professionnels de santé, en particulier des infirmiers, d'objectiver le taux de consultation du site et de l'utilisation effective de ces instruments de mesure ainsi que, *in fine*, leur impact sur la qualité des soins [22].

#### Remerciements

Ce travail a été financé par le Service Public Fédéral : Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (Belgique).

## RÉFÉRENCES

- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Scott Richardson W. Editorials Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
- Institute of Medicine. Committee on quality of health care in America. *Crossing the quality Chasm*. Washington, DC: National academies press; 2001.
- Carlson CL, Plonczynski DJ. Has the BARRIERS scale changed nursing practice? An integrative review. *JAN*. 2009;63:322-33
- Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. nurses for evidence based practice: many don't understand or value research and have had little or no training to help them find evidence on which to base their practice. *Am J Nursing*. 2005;105:9.
- Atkinson M, Turkel M, Cashy J. Overcoming Barriers to Research in a Magnet Community Hospital. *J Nurs Care Qual*. 2008;23:362-8.
- Kajermo KN, Unde'n M, Gardulf A, Erikson LE, Orton ML, Arnetz BB, et al. Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *J Nurs Management*. 2008;16:305-14.
- Schoonover H. Barriers to research utilization among registered nurses practicing in a community hospital. *J Nurs Management*. 2009;25:199-212.
- Strickland RJ, O'Leary-Kelley C. Clinical nurse educators' perceptions of research utilization: barriers and facilitators to change. *J Nurs Staff Dev*. 2009;25:164-71.
- Purdy IB, Melwak MA. Implementing evidence-based practice: A mantra for clinical change. *J Perinat Neonat Nurs*. 2009;23:263-9.
- Van Patter Gale B, Schaffer MA. Organizational Readiness for Evidence-Based Practice. *JONA*. 2009;39:91-7.
- Bulteel L, Gobert M, Piron C, Filion N, Vanderwee K, Verhaeghe S, et al. Actualisation de la base de données BeST & Ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST. Bruxelles : Service publique fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement ; 2009.
- Bulteel L, Gobert M, Piron C, Filion N, Vanderwee K, Verhaeghe S, et al. Actualiseren van de bestaande BeST-databank & Aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale overheidsdienst volkgezondheid van de voedselketen en leefmilieu ; 2009.
- Daem M, Piron C, Lardennois M, Gobert M, Folens B, Spittaels H, et al. Mettre à disposition une base de données d'instruments de mesure validés: le projet BEST. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement 2007. [[http://www.best.ugent.be/Eindrapport\\_FOD\\_FR.pdf](http://www.best.ugent.be/Eindrapport_FOD_FR.pdf)].
- Daem M, Piron C, Lardennois M, Gobert M, Folens B, Spittaels H, et al. Opzetten van een databank met gevalideerde meetinstrumenten: BEST-project. Brussel, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu 2007 [[http://www.best.ugent.be/Eindrapport\\_FOD\\_NL.pdf](http://www.best.ugent.be/Eindrapport_FOD_NL.pdf)].
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research*. 3th edition. Philadelphia (USA): Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods*. 8th edition. Philadelphia (USA) : Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- McDowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 3th edition. Oxford (UK): Oxford University Press ; 2006.
- Cormack D. *The research process in nursing*. 4th edition. Oxford (UK); Blackwell; 2000.
- Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* 2nd edition. Philadelphia (USA): Open university Press; 1997.
- Vanhook PM. Evidence based nursing: Overcoming the barriers to EBP. *Nurs Man*. 2009; 9-11
- Di Pietro T, Coburn G, Dharamshi N, Doran D, Mylopoulos J, Kushniruk A, et al. What Nurses Want? Diffusion of an Innovation. *J Nurs Care Qual*. 2008;23:140-6
- Reavy K, Tavernier S. Nurses reclaiming ownership of their practice: implementation of an evidence-based practice model and process. *J Contin Educ Nurs*. 2008;39:166-72.



Annexe 1  
Liste des échelles valides et fiables, disponibles dans la base de données BeST <http://www.best.ugent.be> (Belgian Screening Tools, 2009).

Échelles par thème	Acronymes	Auteurs
<i>État buccal</i>		
Kayser-Jones Brief Oral Health Status Examination	BOHSE	Kayser-Jones J, Bird WF, Paul SM, Long L, Schell ES; 1995.
Oral Health Assessment Tool	OHAT	Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FAC, Carter KD; 2005.
The 20 items Oral Mucositis Index	OMI-20	McGuire DB, Peterson DE, Muller S, Owen DC, Stemmmons MF, Schubert MM; 2002.
Nijmegen Nursing Mucositis Scoring System	NNMSS	Potting CMI, Blijlevens NAM, Donnelly JP, Feuth T, Van Achterberg T; 2006.
<i>Soins de plaie : escarre</i>		
European Pressure Ulcer Advisory Panel classification system	EPUAP	The European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP); 1999.
Sessing-scale		Ferrell BA, Artinian BM, Sessing D; 1995.
Pressure Sore Status Tool	PSST	Bates-Jensen B; 1990.
Pressure Ulcer Scale for Healing	PUSH	Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, <i>et al.</i> ; 1997
Clinical Signs and Symptoms Checklist	CSSC	Gardner SE; Frantz RA, Troia C, Eastman S, MacDonald M, Buresh K, Healy D; 2001.
<i>Qualité de vie-oncologie</i>		
Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting	SEIQoL-DW	O’Boyle CA, Browne J, Hickey A, McGee HM, Joyce CRB; 1993.
European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire	EORTC-QLQ30	Aaronson NK, Kaasa S, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, <i>et al.</i> ; 1993.
Functional Assessment of Cancer	FACT-G	Cella DF, Tulsky DS, Gray G, <i>et al.</i> ; 1993.
Functional Living Index: Cancer	FLIC	Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M; 1984.
Quality of Life Index: Cancer Version	QLIC	Ferrans CE, Powers MJ; 1985.
Patient-Generated Index	PGI	Ruta DA, Garratt AM, Leng M, Russell IT, MacDonald LM; 1994.
Rotterdam Symptom Checklist	RSCL	de Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP; 1990.
Spitzer QOL Index	S -QLI	Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, <i>et al.</i> ; 1981.
McGill Quality of Life Questionnaire	MQOL	Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F; 1995.
<i>Qualité de vie-pédiatrie</i>		
TNO AZL Children’s Quality of Life	TACQOL	Verrips GH, Vogels AG, den Ouden AL, Paneth N, Verloove-Vanhorick SP; 2000.
TNO AZL Preschool Children’s Quality of Life	TAPQOL	Fekkes M, Theunissen NC, Brugman E, Veen S, Verrips EG, Koopman HM, <i>et al.</i> ; 2000.
Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen	KINDLR	Ravens-Sieberer U, Bullinger M; 1998.
Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4	PedsQL™ 40	Varni JW, Seid M, Kurtin PS; 2001.
The Youth Quality Of Life Instrument	YQOL™	Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD; 2002.
Health related Quality of Life Screening Instrument for Children and Adolescents	KIDSCREEN-52	Ravens-Sieberer U., European KIDSCREEN Group; 2005.
<i>Soins autogérés / Gestion de diabète</i>		
The Diabetes Numeracy Test	DNT	Huizinga MM, Elasy TA, Wallston KA, Cavanaugh K, Davis D, Gregory RP, <i>et al.</i> ; 2008.
The Diabetes Self-Management Profile	DSMP	Harris MA, Wysocki T, Sadler M, Wilkinson K, Harvey LM, Buckloh LM, <i>et al.</i> ; 2000.

Échelles par thème	Acronymes	Auteurs
The Barriers in Diabetes Questionnaire	BDQ	Mollem ED, Snoek FJ, Heine RJ; 1996.
Summary of Diabetes Self-Care Activities	SDSCA	Toobert DJ, Glasgow RE; 1994.
Perceived Diabetes Self-Management Scale	PDSMS	Wallston KA, RothmanRL, Cherrington A; 2007.
Diabete Problem-Solving Measure for Adolescents	DPSMA	Cook S, Alkens JE, Berry CA, McNabb WL; 2001.
<i>Soins autogérés / Gestion des médicaments</i>		
Drug Regimen Unassisted Grading Scale	DRUGS	Edeberg HK, Shallenberger E, Wei JY; 1999.
Medication Management Ability Assessment	MMAA	Patterson TL, Lacro J, McKibbin CL, Moscona S, Hughes T, Jeste DV; 2002.
Self-Administration of Medication	SAM	Manias E, Beanland CJ, Riley RG, Hutchinson AM; 2006.
<i>Continence</i>		
International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form	ICIQ-SF	Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, Abrams P; 2004.
International Continence Society-Male	ICS-male	Donovan JL, Peters TJ, Brookes ST, De La Rosette JIMCH, Schäfer W; 2000.
Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire	BFLUTS	Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P; 1996.
<i>Nausées et vomissements</i>		
The Index of Nausea, Vomiting, and Retching	INVR	Rhodes VA, McDaniel RW; 1999.
The Keller Index of Nausea	KIN	Keller VE, Keck JF; 2006.
The Nausea Profile	NP	Muth ER, Stern RM, Thayer JF, Koch KL; 1996.
Numeric Rating Scale	VAS	Doran DM, Harrison MB, Lashinger HS, Hirdes JP, Rukholm E, Sidani S, et al.; 2006.
Visual Analogue Scale	PeNAT	Boogaerts JG, Vanacker E, Seidel L, Albert A, Bardiau FM; 2000.
The Pediatric Nausea Assessment Tool	VCS	Dupuis LL, Taddio A, Kerr EN, Kelly A, MacKeigan L; 2006.
Verbal Category Scale		Borjeson S, Hursti TI, Peterson C, Fredrikson M, Furst CJ, Avall-Lundqvist E, et al.; 1997
<i>Nutrition</i>		
Malnutrition Universal Screening Tool	MUST	Elia, M; Chairman of MAG, and Editor; 2003.
Mini Nutritional Assessment	MNA®	Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ; 1994.
Nutritional Risk Screening 2002	NRS 2002	Kondrup, J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Espen Working Group; 2003.
Short Nutritional Assessment Questionnaire	SNAQ	Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HC, Wierdsma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA; 2005.
Subjective Global Assessment	SGA	Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al.; 1987.
<i>Fonction cognitive</i>		
Batterie Rapide d'Évaluation Fonctions Cognitives	BREV	Billard C, Vol S, Livet MO, Motte J, Vallee L, Gillet P, and Marquet T; 2002.
Cambridge Cognitive Examination	CAMCOG	Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R; 1986.
The Clock Drawing Test		Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS; 1989.
Cognitive test for delirium	CTD	Hart RP, Levenson JL, Sessler CN, et al.; 1996.
Functional Cognitive Assessment Scale	FUCAS	Kounti F, Tsolaki M, Kiosseoglou G; 2006.
General Practitioner Assessment of Cognition	GPCOG	Brodady H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, Huppert FA; 2002.
Les cinq mots	5M	Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset P J, Vellas B, Michel B; 2002.
Mental Alternation Test	MAT	Jones BN, Teng EL, Folstein MF, Harrison KS; 1993.

Échelles par thème	Acronymes	Auteurs
Middlesex Elderly Assessment of Mental State	MEAMS	E Golding, Thames Valley Test Co, Bury St Edmunds; 1989.
Mini Mental State Exam	MMSE	Folstein MM, Folstein SE, Mc Hugh PR; 1975.
Mini-COG	IQCODE	Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A; 2000. Jorm, A F and Jacomb, P A; 1989.
Modified Informant Questionnaire on cognitive decline in the Elderly	3MS	Teng EL and Chui, HC; 1987.
Modified Mini Mental State Examination	MoCA	Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin J, <i>et al.</i> ; 2005.
Montreal Cognitive Assessment	NCSE ou Cognistat	Kiernan RJ, Mueller J, Langston JW, Van Dyke C; 1987.
Neurobehavioral Cognitive Status Examination	PROCOG	Frank L, Flynn JA, Kleinman L, Margolis MK, Matza LS, Beck C, Bowman L; 2006.
Patient-reported Outcomes in Cognitive Impairment	RBANS	Randolph C, Tierney MC, Mohr E, Chase TN ; 1998.
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status	SPMSQ	Pfeiffer E ; 1975.
Short Portable Mental Status Questionnaire	6CIT	Katzman R, Brown T, Fuld P, Peck A, Schechter R, Schimmel H; 1983.
Six-Item Cognitive Impairment test	TE4D-Cog ou TFDD	Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC; 2002.
Six-Item Screener	MDAS	Ihl R, Grass-Kapanke B, Lahrem P, Brinkmeyer J, Fischer S, Gaab N, <i>et al.</i> ; 2000.
Test for the Early Detection of Dementia from Depression	7MS	Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S, 1997. Solomon PR, Pendlebury WW; 1998.
The Memorial Delirium Assessment Scale	BFI	Mendoza TR, Wang XS, Clelland CS, Morrissey H, Johnson BA, Wendt JK, <i>et al.</i> ; 1999.
Seven Minute Screen	FSS	Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD; 1989.
<i>Fatigue</i>	FSI	Hann DM, Jacobsen PB, Azzarello LM, Martin SC, Curran SL, Fields KK, <i>et al.</i> ; 1998.
Brief Fatigue Inventory	FACIT-F	Cella D, Yount S, Sorensen M, Chartash E, Sengupta N, Grober J; 2005.
Fatigue Severity Scale	MFI	Smets EMA, Garssen B, Bonke B, Dehaes JCJM; 1995.
Fatigue Symptom Inventory	MFSI	Stein KD, Martin SC, Hann DM, Jacobsen PB; 1998.
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale	PFS	Piper B, Lindsey A, Dodd M, Ferketisch S, Paul S, Weller S; 1989.
Multidimensional Fatigue Inventory	R-PFS	Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM; 1998.
Multidimensional Fatigue Symptom Inventory	VAS-F	Lee KA, Hicks G, Nino-Murcia G; 1991.
Piper Fatigue Scale	CNS	Côté R, Hachinski VC, Shurvell BL, Norris JW, Wolfson C; 1995.
Revised Piper Fatigue Scale	CNC	Rappaport M, Dougherty AM, Kelting DL; 1992.
Visual Analogue Scale for Fatigue	GCS	Teasdale G, Jennett B; 1974.
<i>Fonction neurologique : Coma</i>	GRS-R	Giacino JT, Kalmar K, Whyte J; 2004.
Canadian Neurological Scale	PCS	Simpson D, Reilly P; 1982.
Coma/Near Coma Scale	NIHSS	Born JD, Albert A, Hans P, Bonnal; 1985.
Glasgow Coma Scale	FOUR	Brott T, Adams HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, <i>et al.</i> ; 1989.
JFK Coma Recovery Scale-Revised		Wijdevicks EFM, Bamlet WR, Maramattom BV, Manno EM, McClelland RL; 2005.
Glasgow Pédiatrique ou Peadiatric Coma Scale		
Glasgow-Liège Scale ou GLS		
National Institute Health Stroke Scale		
Full Outline of UnResponsiveness score		

Échelles par thème	Acronymes	Auteurs
<i>Troubles cognitifs : Dépistage</i>		
Clinical Assessment of Confusion A	CAC-A	Hadley Vermeersch PE, Henly SJ; 1997.
Confusion Rating Scale	CRS	Williams MA, Ward SE, Campbell EB; 1988.
Delirium-O-Meter	DOM	de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Timmers JF, Kat MG, Jackson JC; 2005.
Delirium Observation Screening Scale	DOS	Schuurmans MJ, Shorridge-Baggett LM, Duursma SA; 2005.
Nursing Delirium Screening Scale	Nu-DESC	Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA; 2005.
The Strain of care for Delirium Index	SCDI	Milisen K, Cremers S, Foreman MD, Vandevelde E, Haspelslagh M, <i>et al.</i> ; 2004.
The Neelon/Champagne Confusion Scale	NEECHAM	Champagne, Neelon, McConnel, Funk; 1987.
Abbreviated Mental Test	AMT	Hodkinson, H M; 1972.
<i>Troubles cognitifs : diagnostic</i>		
Cognitive Test for Delirium	DSI	Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI; 1990.
Confusion Assessment Method	CAM	Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, <i>et al.</i> ; 2001.
Confusion Assessment Method for Intensive Care	CAM-ICU	Hart RP, Levenson JL, Sessler CN, <i>et al.</i> ; 1996.
Cognitive test for delirium	CTD	Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J; 1988.
Delirium Rating Scale	DRS	Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N; 2001.
Delirium Rating Scale-Revised-98	DRS-R-98	Albert MS, Levkoff SE, Reilly C, Liptzin B, Pilgrim D, Cleary PD, <i>et al.</i> ; 1992.
Delirium Symptom Interview	DSI	Folstein MM, Folstein SE, Mc Hugh PR; 1975.
Mini Mental State Exam-Mini Mental Status	MMSE	Teng EL, Chui, HC ; 1987.
Modified Mini Mental State Examination	3MS	Pfeiffer E ; 1975.
Short Portable Mental Status Questionnaire	SPMSQ	Kokmen E, Smith GE, Petersen RC, Tangalos E, Ivnik RC, 1991.
The Short Test of Mental Status	STMS	Robertsson B, Karlsson I, Styruud E, Gottfries CG; 1997.
<i>Troubles cognitifs : évaluation de sévérité</i>		
Confusion State Evaluation	CSE	McCusker J, Cole M, Bellavance F, Primeau F; 1998.
Delirium Index	DI	Bettin KM, Maletta GJ, Dysken MW, Jilk KM, Weldon DT, Kuskowski M, Match JR.
Delirium Severity Scale	DSS	Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S; 1997.
The Memorial Delirium Assessment Scale	MDAS	Sikich N, Lerman J; 2004.
Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale	PAED	Farias ST, Mungas D, Reed BR, Cahn-Weiner D, Jagust W, Baynes K, Decarli C ; 2008.
Everyday Cognition scale	ECog	Schinka JA, Brown LM, Proctor-Weber Z; 2009.
Cognitive Change Checklist	3CL	Vetel JM, Leroux R, Ducoudray JM; 1998.
<i>Statut fonctionnel</i>		
Autonomie gérontologique et groupe iso-ressources	AGGIR	American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and rehabilitation Task Force; 1993.
Functional Independence Measure	FIM	Haley SM; 1997.
Pediatric Evaluation of disability Inventory	PEDI	Hebert R, Carrier R, Bilodeau A; 1988.
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle	SMAF	
<i>Chute</i>		

Échelles par thème	Acronymes	Auteurs
Berg Balance Scale	BBS	Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B; 1992.
St Thomas's Risk Assessment Tool In Falling Elderly Inpatients	STRATIFY	Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH; 1997.
Timed "Up & Go"	TUG	Podsiadlo D, S Richardson.
Test de Tinetti ou Performance-Oriented Mobility Assessment	TT ou POMA	Tinetti ME; 1986.
Mini Motor Test	MMT	Camus A, Mouray F, d'Athis P, Blanchon A, MartinHunyadi C, DeRekeneire N, <i>et al.</i> ; 2002.
CAREFALL Triage Instrument	CAREFALL	Van Boele HP, van Breda, GF, Scheffer AC, van der Cammen TJ, Lips P, <i>et al.</i> ; 2009.
<i>Dépression</i>		
The Geriatric Depression Scale	GDS-15	Yésavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO; 1982.
<i>Déclin fonctionnel</i>		
Identification of senior at risk	ISAR	McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S; 1998.
Score hospitalier d'évaluation du risque de perte d'autonomie	SHERPA	Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, D'Hoore W; 2006.
Triage Risk Screening Tool	TRST	Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, <i>et al.</i> ; 2003.
<i>ADL-iADL</i>		
Instrumental Activities of daily living	IADL	Lawton MP, Brody EM; 1969.
Katz index of Independence in Activities of daily living	BI	Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, <i>et al.</i> ; 1963.
The Barthel Index		Mahoney FI, Barthel D ; 1965.
Bristol Activities of Daily Living Scale		Bucks RS, Ashworth DL, Wilcock GK, Siegfried K; 1996.
<i>Douleur</i>		
The Brief Pain Inventory	BPI	Cleeland CS, Ryan KM; 1994.
The Faces Pain Scale	FPS	Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB; 1990.
The McGill Pain Questionnaire	MPQ	Melzack R; 1975.
Numeric Rating Scale	NRS	
Verbal Rating Scale	VRS	Herr KA, Mobily PR; 1993.
Visual Analogue Scale	VAS	Huskisson EC; 1974.
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate	PACSLAC	Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T; 2004.
Pain Assessment in Advanced Dementia scale	PAINAD	Warden V, Hurley AC, Volicer L; 2003.
Doloplus-2 observational pain assessment scale	Doloplus-2	Wary B; 1992.
<i>Risque d'escarre</i>		
Échelle de Braden		Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V; 1987.
Échelle de Norton		Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN; 1962.
<i>Sédation</i>		
Motor Activity Assessment Scale	MAAS	Devlin JW, Boleski G, Mlynarek M, Nerenz DR, Peterson E, Jankowski M, <i>et al.</i> ; 1999.
Ramsay Scale		Ramsay M, Savege T, Simpson B, Goodwin R; 1974.
The Richmond Agitation – Sedation Scale	RASS	Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, <i>et al.</i> ; 2002.
Sedation Agitation Scale	SAS	Riker RR, Picard JT, Fraser GL; 1999.



