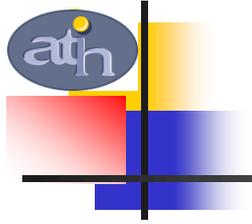




Comité technique activité HAD

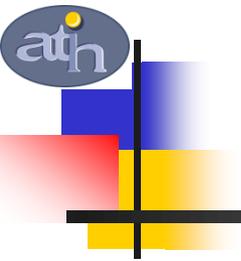
Réunion du 06 juin 2012

ATIHA



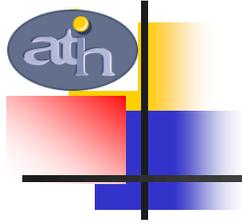
Ordre du jour

- Présentation de DATIM HAD
- Présentation du programme de travail ATIH 2012-2014
- Mesure de la dépendance : quelques expériences étrangères
- Questions diverses



Présentation de DATIM HAD

Dr P de Mey

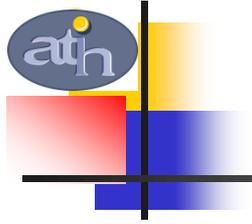


DATIM : rappel 1

- Outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de RAPSS

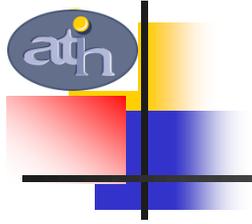
- Moyen de répondre à la question : les données des RAPSS sont-elles un reflet exact et sincère de l'activité médicale des établissements de santé ?

- Deux objectifs complémentaires :
 - Participer à l'amélioration de la qualité des bases
 - Faciliter la mise en œuvre des procédures de contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A)



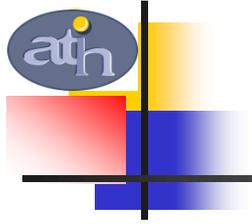
DATIM : rappel 2

- Fonction « amélioration de la qualité » :
 - Indicateur de la qualité du codage
 - Mise en œuvre et évaluation d'une démarche d'amélioration de la qualité, interne, régionale ou nationale
 - Détection des résumés à risque de non qualité
 - Correction des anomalies par l'établissement avant validation des fichiers



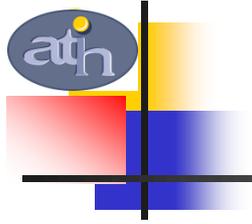
DATIM : rappel 3

- Fonction « amélioration de la qualité » :
 - Les résultats des tests peuvent être analysés pour la validation des données des établissements
 - Nombre de tests en alerte
 - Datim est en lien avec les tableaux de MAT2A



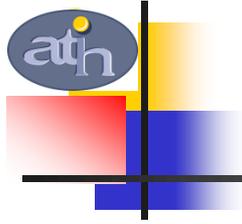
DATIM : rappel 4

- Fonction « repérage d'atypies » :
 - Participe à l'élaboration du programme de contrôle régional
 - Ciblage des établissements atypiques à contrôler en priorité
 - Pourra faciliter à terme la préparation des contrôles sur site
 - Ciblage des activités à contrôler



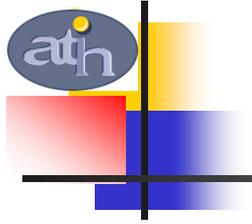
DATIM : rappel 5

- Fonction « repérage d'atypies » s'inscrit dans une chaîne logicielle de l'ATIH :
 - **DATIM** : repérage d'atypies
 - **LEDDA** : liaison avec les établissements des données de DATIM
 - **VALCO** : valorisation des contrôles (à partir des RAPSS avant et après contrôle et calcul de sanction)
 - HAD contrôle : outil de l'assurance maladie pour les contrôles externes



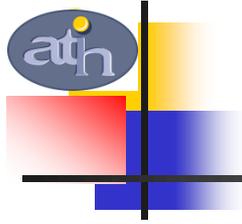
Notion d'atypie

- Est « atypique » au sens de DATIM :
 - Les données non conformes ou non au format
 - Séquences avec au moins une valeur manquante ou non au format
 - Ce qui semble ne pas respecter une règle du guide méthodologique
 - Séquences avec une association MPP X MPA non autorisée (code retour 517)
 - Séquences avec une association MPP X MPA inattendue (code retour 530)
 - Les données incohérentes entre elles
 - Séquences avec un DP codé en CIM-10 incompatible avec le sexe ou l'âge
 - Les atypies statistiques : ce qui s'écarte du pourcentage ou de la répartition moyenne
 - Pourcentage de séquences avec une valorisation élevée
 - Ce qui est rare ou inhabituel (notion de fréquence)
 - Séquences avec une association MPP x MPA rare ou inhabituelle



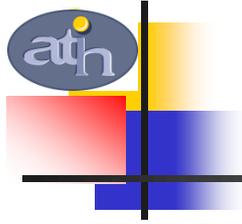
Présentation 1

- La présentation en deux modules :
 - Amélioration de la qualité
 - Repérage d'atypies
- Dans chaque module, les tests sont regroupés par rubrique :
 - Pour l'amélioration de la qualité :
 - par item (MPP, MPA, IK, DP, DA, groupage, etc.)
 - Pour le repérage d'atypie :
 - par possibilité de « surcodage »



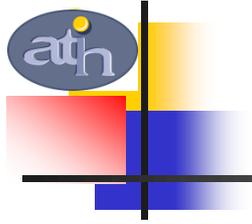
Présentation 2

- **Module 1 : Amélioration de la qualité**
 - TESTS PORTANT SUR LE CHAINAGE
 - TESTS PORTANT SUR LES VALEURS MANQUANTES
 - TESTS PORTANT SUR LES MODES DE PRISE EN CHARGE
 - TESTS PORTANT SUR L'INDICE DE KARNOFSKY
 - TESTS PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 - TESTS PORTANT SUR LE(S) DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE(S)
 - TESTS PORTANT SUR LE GROUPE



Présentation 2

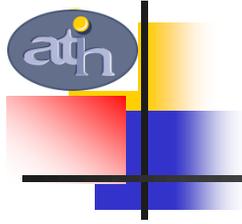
- **Module 2 : Repérage d'atypies**
 - TESTS PORTANT SUR LE MODE DE PRISE EN CHARGE
 - TESTS PORTANT SUR L'INDICE DE KARNOFSKY
 - TESTS PORTANT SUR LE SEQUENCEMENT
 - TESTS PORTANT SUR LA VALORISATION
 - TESTS PORTANT SUR LA DUREE DE PRESENCE
 - TESTS PORTANT SUR LES SEJOURS CHAINES



Présentation 3

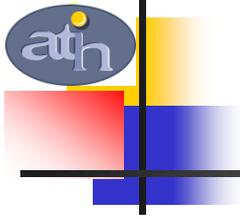
- Les tests sont conçus :
 - pour permettre de sélectionner les séjours qui sont suspects de présenter un défaut de qualité ou une atypie
 - pour les corriger lors de la transmission des données par les établissements ou à terme pour les contrôler

- La présentation est la suivante :
 - Numéro de test
 - Libellé du test
 - Accès aux tableaux
 - Valeur du test
 - Alerte



Présentation 4

- Pour un maximum de tests, la présentation offre :
 - Une explication du test en infobulle
 - Une visualisation des résultats sous forme de tableau de type MAT2A
 - Un accès aux séjours / séquences atypiques



Présentation 5

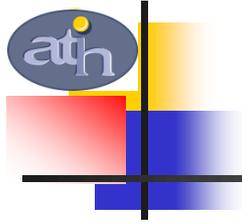
Données médicales

Mode de prise en charge

Test	Libellé	Séjours référencés	Tableaux	Valeur	Alerte
Test 141	Nombre de séquences avec une association MPP*MPA non autorisée	20	voir	16,0	+

Indice de Karnofsky

Test	Libellé	Séjours référencés	Tableaux	Valeur	Alerte
Test 151	Nombre de séquences avec un IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPP*MPA	14	voir	9,0	+



Tests d'amélioration de la qualité

■ TESTS PORTANT SUR LE CHAINAGE

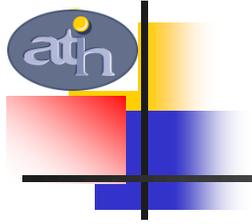
- Test 111 : Nombre de séjours sans clé de chaînage ou générée sans numéro d'assuré social
- Test 112 : Nombre de séjours avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes

■ TESTS PORTANT SUR LES VALEURS MANQUANTES

- Test 131 : Nombre de séquences avec au moins une valeur manquante ou non au format

■ TESTS PORTANT SUR LES MODES DE PRISE EN CHARGE

- Test 141 : Nombre de séquences avec une association MPP x MPA non autorisée



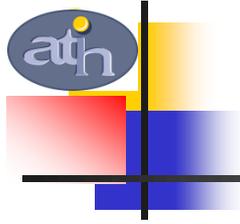
Tests d'amélioration de la qualité

■ TESTS PORTANT SUR L'INDICE DE KARNOFSKY

- Test 151 : Nombre de séquences avec un IK supérieur au seuil maximal défini pour l'association MPP x MPA

■ TESTS PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Test 171 : Nombre de séquences avec un code CIM-10 en DP imprécis
- Test 172 : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le sexe ou l'âge
- Test 173 : Nombre de séquences avec un DP incompatible avec le MPP, ou avec le MPA en l'absence de DA



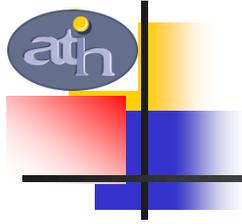
Tests d'amélioration de la qualité

■ TESTS PORTANT SUR LE(S) DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE(S)

- **Test 181** : Nombre de séquences avec au moins un code CIM-10 en DA imprécis
- **Test 182** : Nombre de séquences avec au moins un DA incompatible avec le sexe ou l'âge
- **Test 183** : Nombre de séquences avec aucun DA compatible avec le MPA

■ TESTS PORTANT SUR LE GROUPAGE

- **Test 191** : Nombre de séquences avec un groupage du RAPSS en GHPC réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPRICA
- **Test 192** : Nombre de séquences avec au moins un groupage du RAPSS en GHT réalisé par l'établissement différent du groupage réalisé par PAPRICA



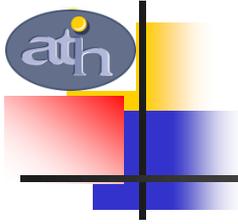
Tests de repérage d'atypies

■ TESTS PORTANT SUR LE MODE DE PRISE EN CHARGE

- **Test 201** : Pourcentage de séquences avec une association MPP x MPA rare ou inhabituelle

■ TESTS PORTANT SUR L'INDICE DE KARNOFSKY

- **Test 211** : Pourcentage de séquences avec un IK inhabituellement bas pour le score global AVQ
- **Test 221** : Pourcentage de séquences avec un IK inférieur au seuil minimal défini pour l'association MPP X MPA



Tests de repérage d'atypies

■ TESTS PORTANT SUR LE SEQUENCEMENT

- **Test 231** : Nombre de séjours de 9 à 23 J hors décès avec un nombre de séquence élevé
- **Test 232** : Nombre de séjours de plus de 23 J avec un nombre de séquences élevé

■ TESTS PORTANT SUR LA VALORISATION

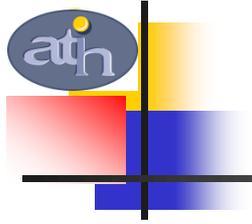
- **Test 241** : Pourcentage de séquences avec une valorisation élevée

■ TESTS PORTANT SUR LA DUREE DE PRESENCE

- **Test 251** : Pourcentage de séjours d'une durée inférieure à 2 J
- **Test 252** : Pourcentage de séjours d'une durée supérieure à 30 J

■ TESTS PORTANT SUR LES SEJOURS CHAINES

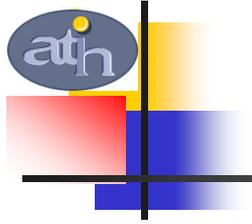
- **Test 261** : Nombre de séjours simultanés
- **Test 262** : Nombre de réadmissions dans un délai inférieur à 2 J



Mise à jour 2012

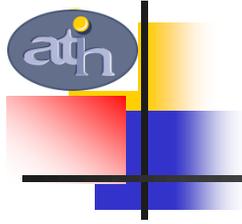
- Prise en compte du nouveau format 2012
 - Diagnostics correspondants au mode de prise en charge principal (DCMPP)
 - Diagnostics correspondants au mode de prise en charge associé (DCMPA)
- Quelques nouveaux tests en 2012

- **Test 173.2** Nombre de séquences avec au moins un DCMPP incompatible avec le MPP (mode de recueil n°2)
- **Test 181.2** Nombre de séquences avec un code CIM-10 en DCMPA imprécis (mode de recueil n°2)
- **Test 182.2** Nombre de séquences avec un code CIM-10 incompatible avec le sexe ou l'âge en DCMPA (mode de recueil n°2)
- **Test 183.2** Nombre de séquences avec aucun DCMPA compatible avec le MPA (mode de recueil n°2)
- **Test 184.2** Pourcentage de séquences avec un MPA renseigné et aucun DCMPA (mode de recueil n°2)



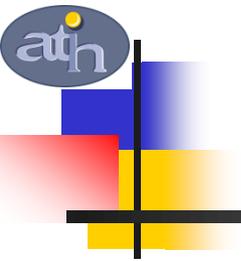
Nouveaux tests

- **Test 142** Nombre de séquences avec un MP 18 "Transfusion sanguine" et aucun acte de transfusion
- **Test 143** Nombre de séquences avec un MP incompatible avec le sexe ou l'âge
- **Test 152** Nombre de séjours avec décès avec une valeur d'IK incohérente
- **Test 152** Nombre de séjours avec décès avec une valeur d'IK incohérente
- **Test 184** Pourcentage de séquences avec un MPA renseigné et aucun DA
- **Test 223** Nombre de séjours avec un changement répété de variables qui déterminent une séquence (MPP, MPA, IK)



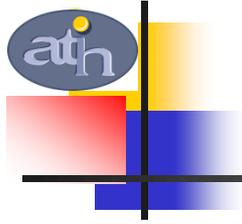
Conclusion

- Mise en ligne du premier DATIM HAD réalisée début janvier 2012 pour données 2011 (M12 2011)
- Mise à jour de la deuxième version de DATIM HAD avec mise en ligne prévue en juillet 2012 (M6 2012)



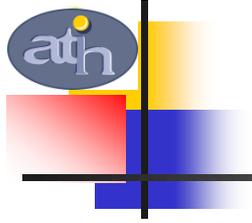
Présentation du programme de travail 2012-2014

Dr S Gomez



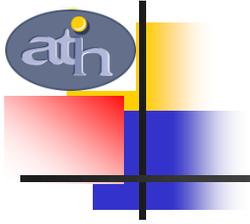
Bilan de la classification HAD actuelle 1

- Classification des séjours incomplète, sommaire
 - 1 800 combinaisons MPP X MPA éventuel X IK ont été prévues (sur $22 \times 23 \times 7 = 3\,542$ possibilités) => il a déjà fallu « l'ouvrir » partiellement depuis 2010 (2 500 GHPC en 2012)
 - les MP sont peu descriptifs médicalement dans leur contenu et leur définition=> ex. pédiatrie complétée en 2010
 - la charge en soins n'est pas réellement prise en compte (SIIPS)
 - la (vraie) dépendance du patient n'est pas mesurée par une échelle métrologiquement valide



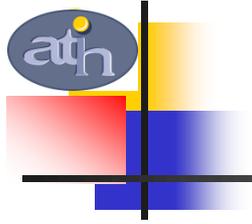
Bilan de la classification HAD actuelle 2

- Depuis 2005, elle n'incite pas les ES HAD à décrire de façon précise et détaillée ni les patients ni les activités
 - description des seules variables « tarifantes » : pas ou peu de DA, très peu d'actes CCAM
 - dans le seul sens des associations existantes



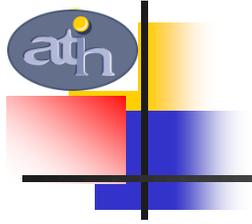
Bilan de la classification HAD actuelle 3

- En somme, la base PMSI HAD est médicalement limitée dans sa description et ne traduit pas correctement les prises en charge des patients
- En l'état, elle ne permet pas à l'ATIH de disposer de l'information nécessaire
 - pour entretenir la classification ou la faire évoluer
 - Pour permettre de comparer l'HAD avec les autres alternatives à l'hospitalisation (MCO, SSR par ex.)



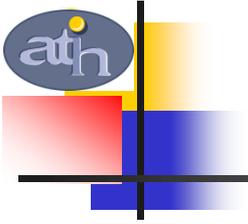
Premiers travaux de l'ATIH

- Travaux réalisés en HAD en 2011 à la suite de ceux initiés en 2010
 - Mise à jour de la classification des GHPC
 - possibilités de description des patients et de leurs prises en charge enrichies
 - diagnostics correspondant aux MP (DCMP)
 - nouvelles combinaisons de MPP X MPA X IK jusque-là non prévues
- (symétrisation des GHPC correspondant aux associations MPP X MPA « asymétriques », mise en cohérence des intervalles d'IK des associations MPP X MPA « symétriques » et prise en compte de la grande dépendance des patients)



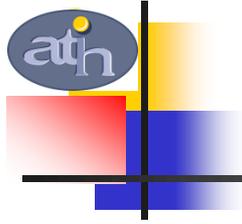
Premiers travaux de l'ATIH

- Mise en conformité de la fonction groupage avec le guide méthodologique HAD améliorée
(MP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17)
- Rapport d'activité annuel (2010)
- Création du DATIM HAD (> mars 2011)
- Revue de quelques modèles HAD étrangers



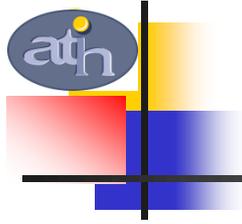
Programme de travail 2012 - 2014

- Proposition : travaux exploratoires en vue de l'amélioration de la description médicalisée de l'activité d'HAD :
 - Travaux en vue d'une meilleure description de la dépendance
 - Travaux destinés à enrichir la description médicale des prises en charge réalisées en HAD
 - Travaux sur la cohérence de l'information disponible dans la base HAD



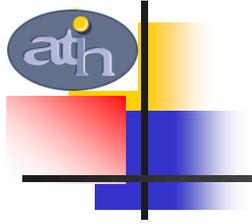
Echelles de dépendance

- Actuellement en HAD :
 - IK (indice de Karnofsky)
 - échelle initiale pronostique construite pour la cancérologie
 - le modèle tarifaire HAD a été établi avec un « pseudo IK » transcodé d'une grille de type AVQ affiné et ne décrivant qu' « *un aspect* » de la dépendance :
 - *la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie domicile, habillage...) et*
 - *la dépendance envers les soins médicaux »* (IRDES, QES 69, 2003)



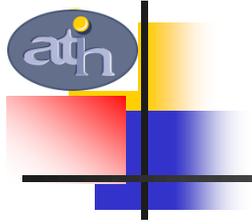
Echelles de dépendance

- Actuellement en HAD :
 - AVQ (activités de la vie quotidienne)
 - grille non validée psychométriquement en HAD
 - non strictement superposable dans chacun des champs au niveau des consignes de recueil
 - non adaptée à toutes les populations (ex. enfant)



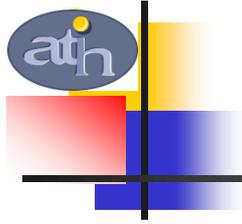
Echelle(s) de dépendance

- Proposition : choix d'une/de plusieurs échelle(s) de dépendance
- Etapes :
 - Revue exhaustive de la littérature
 - Méthodologie à préciser dans l'optique d'une harmonisation inter-champs des échelles utilisées
- Calendrier :
 - fin 2012



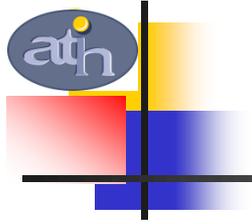
Autre lecture de la base HAD

- Regroupage de la base HAD avec les groupements MCO, SSR
 - Lecture des séjours HAD selon un groupement *médico-économique*
 - Enrichir la description actuelle
 - Comparaison des différents types de groupements : voir celui qui traduit le mieux les prises en charge en HAD
 - Dans un second temps, comparaison des séjours HAD et des séjours correspondants des différents champs d'activité pour la même activité



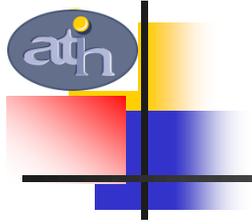
Autre lecture de la base HAD

- Regroupage de la base HAD avec le groupeur RUG
 - Lecture des séjours HAD selon un autre groupeur utilisé à l'étranger pour ce champ d'activité
 - Expertise de la frontière de l'HAD avec le médico-social
 - Augmenter la description
- Etapes :
 - Formation auprès de l'équipe française
 - Acquisition du groupeur RUG



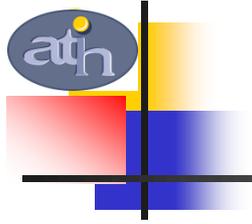
Autre lecture de la base HAD

- Analyse par chaînage des séjours
 - Description des trajectoires de soins
 - Expertiser la qualité et la concordance de l'information produite en HAD au regard des séjours observés en amont et/ou en aval (MCO ou SSR)
- Calendrier
 - Pour le MCO et le SSR : fin du 1^{er} semestre 2013
 - Pour le RUG : fin du 1^{er} semestre 2013 voire 2^{ème} semestre 2013



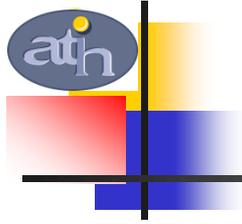
Travaux antérieurs à poursuivre

- Poursuite de la revue de la littérature des modèles étrangers
- Rapport annuel d'activité en HAD
- Enrichissement du recueil
 - Recueillir les actes des intervenants à domicile (CSARR)
 - Charge en soins (SIIPS) ? Dans l'ENC ? Dans la base nationale ?
- Echanges avec la HAS sur les référentiels en HAD



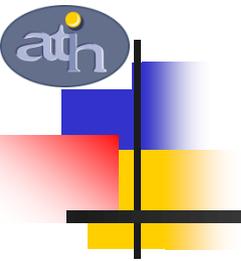
Travaux souhaités

- Analyses proposées par les professionnels ou les fédérations :
 - Étude sur les soins palliatifs
 - Comparaisons MCO/HAD
 - Etude des soins de nursing lourds en association
 - Etude de la transfusion sanguine, les autres traitements
 - ...



Travaux en HAD

- Hiérarchisation des travaux
 - Travaux exploratoires
 - Nécessitent des analyses longues
 - Ne peuvent être menés de front avec des travaux sur la classification HAD existante
 - D'où la nécessité de prioriser les travaux
 - Si la priorité est une meilleure connaissance de l'activité, par une description médicalisée
 - abandon des travaux souhaités mais poursuite des travaux déjà engagés
 - Si non, décalage obligatoire du calendrier et hiérarchisation des travaux à réaliser

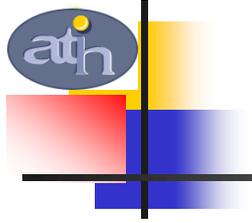


Mesure de la dépendance : quelques expériences étrangères

Dr F Megas

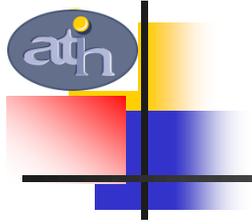
Approche de la dépendance

- Incapacité à **accomplir/faire** certaines tâches de la vie quotidienne, comme par exemple faire le ménage, les repas, les soins personnels, la toilette, s'habiller ... sans recourir à l'aide d'une tierce personne
- Impossibilité partielle ou totale pour une personne
 - *d'effectuer sans aide les activités* élémentaires de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et
 - *de s'adapter à son environnement*
- **La « dépendance » est une notion large ; elle est souvent restreinte à sa composante physique, fonctionnelle ne prenant pas en compte la dépendance affective/morale/sociale, la dépendance économique**



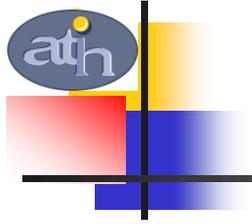
Dépendance fonctionnelle

- **La dépendance (ou limitation) fonctionnelle** est généralement mesurée par le degré de dépendance à autrui pour réaliser des tâches essentielles de la vie quotidienne
 - On définit généralement les **activités de base de la vie quotidienne (AVQ, en anglais ADL)** (s'habiller/se déshabiller ; faire sa toilette ; se transférer hors du lit, d'un fauteuil ; se nourrir ; aller aux WC ; être continent)
 - les **activités instrumentales (AVQI, en anglais IADL)** (téléphoner, faire le ménage, faire la lessive, utiliser les transports publics, s'occuper de ses finances, gérer ses médicaments, préparer ses repas, faire les commissions)
- **Perte de l'indépendance fonctionnelle** : touche d'abord les activités instrumentales puis les activités de base de la vie quotidienne



Fragilité 1

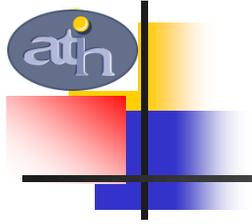
- Le concept de **fragilité** (« frailty »)
 - Complète celui de dépendance fonctionnelle
 - Facteur de risque de mortalité
 - Il n'existe pas de définition reconnue de la fragilité, mais les gériatres s'accordent à dire qu'il s'agit d'un **état de grande vulnérabilité, caractérisé par une diminution des réserves fonctionnelles et de la résistance aux événements adverses**
 - n'est pas/peu défini ni utilisé dans le champ sanitaire en France



Fragilité 2

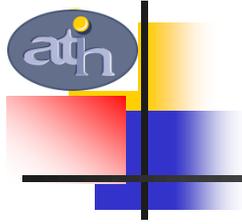
- Pour identifier les personnes fragiles, **cinq dimensions sont considérées** : *la mobilité, les troubles physiques, les capacités sensorielles, la mémoire, l'énergie*
- Deux dimensions/5 au moins doivent être atteintes pour parler de **fragilité**

Autonomie fonctionnelle	Fragilité	Dépendance fonctionnelle
< 2 dimensions atteintes	≥ 2 dimensions atteintes	≥ 1 limitation(s) dans les AVQ
pas de limitation des AVQ	pas de limitation des AVQ	



Expériences étrangères 1

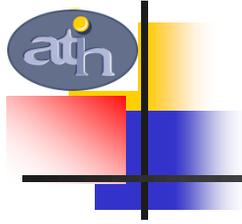
- Home care
 - Canada, USA, Suisse, Finlande, ... : outil Rai Home Care® avec recueil du « functional status » via **ADL/IADL**
 - Québec : SMAF (diapo)
 - USA (Medicare) : outil OASIS® avec recueil **ADL/IADL**
- SSR
 - InterRAI Post Acute Care® avec recueil du « functional status » via **ADL/IADL + Functional Independence Measure (FIM, en français : MIF)**



Expériences étrangères 2

- SSR/Skilled Nurse Facilities
 - ADL score
- SSR/Inpatient Rehabilitation Facilities
 - Fuctional status (FIM)

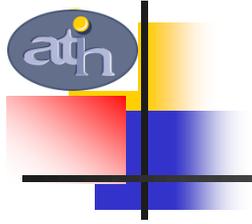
- PSY/Mental Health
 - Canada, Galice, Finlande RAI-MH® ; système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (SCIPP) : recueil variables dont ADL/IADL



Expériences étrangères 3

- **SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle**
- Le SMAF évalue 29 fonctions couvrant 5 domaines : les activités de la vie quotidienne (AVQ) (7 items), la mobilité (6 items), les communications (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les tâches domestiques (8 items)
- Chaque fonction du SMAF est cotée sur une échelle de 0 (autonome) à 3 (dépendant), pour un score total de 87, selon des critères précis à partir de renseignements obtenus par le questionnement du sujet, son observation ou l'interrogation d'un tiers (cf. page suivante)
- Le SMAF permet également de recueillir l'information concernant les ressources matérielles et sociales mises en place pour compenser les incapacités permettant ainsi d'obtenir **un score de handicap**

- les **AVQ** (7 items : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, fonction vésicale, fonction intestinale, utiliser les toilettes) ;
- la **mobilité** (items : transferts du lit vers le fauteuil et la position debout, marcher l' rieur, installer sa prothèse ou son orthèse, se déplacer en fauteuil roulant l' rieur, utiliser les escaliers, circuler l' rieur) ;
- les **communications** (3 items : voir, entendre, parler) ;
- les **fonctions mentales** (5 items : mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement) ;
- les **taches domestiques** (8 items : entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transport, prendre ses médicaments, gérer son budget)

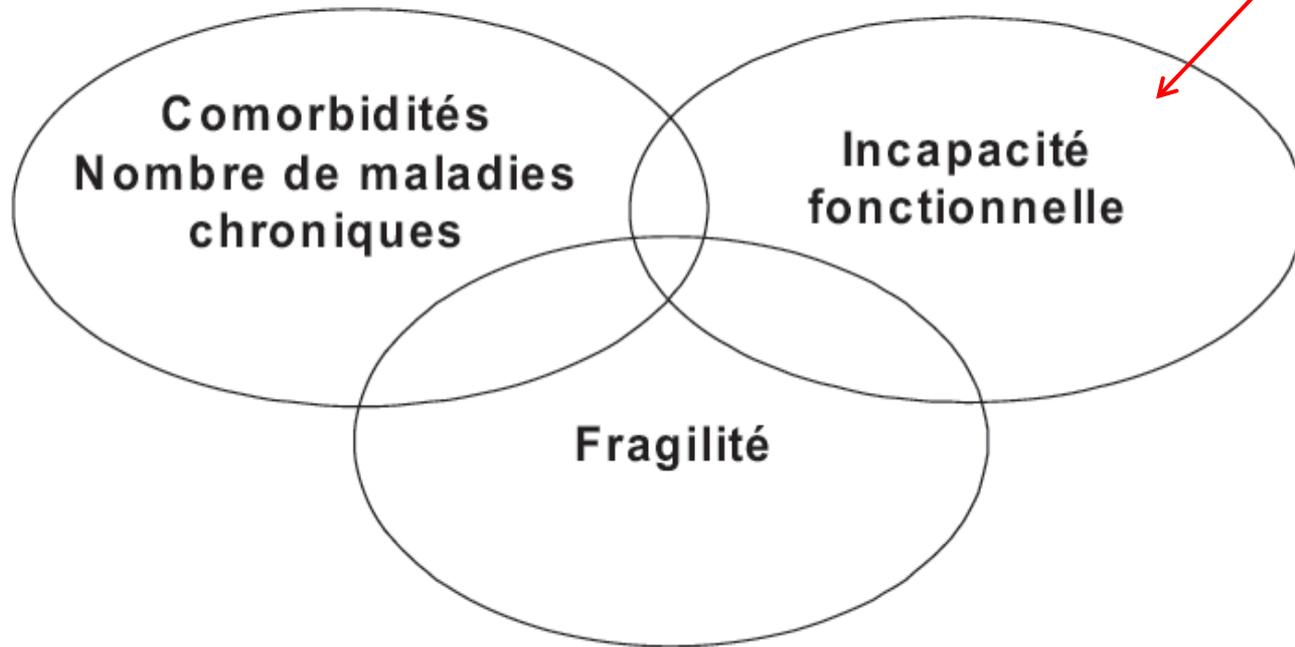


Personnes âgées (Suisse)

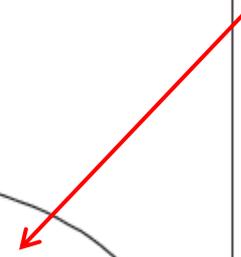
- L'état de santé, le degré de vulnérabilité et donc les besoins en soins d'une personne âgée dépendent :
 - du **nombre de ses comorbidités** (= maladies chroniques, pour lesquelles on ne vise pas de guérison mais plutôt un contrôle de l'évolution et/ou des symptômes ; plus le nombre de comorbidités augmente, plus le risque de présenter une dépendance fonctionnelle est grand)
 - de son **degré de dépendance fonctionnelle**
 - de sa **fragilité**



Personnes âgées vulnérables



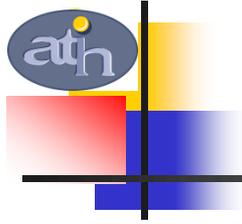
ADL/IADL



Cas particulier des personnes âgées

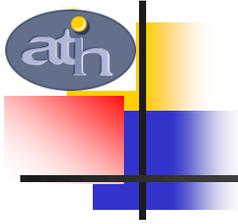
Indépendance fonctionnelle	Fragilité	Dépendance fonctionnelle
< 2 dimensions atteintes	≥ 2 dimensions atteintes	≥ 1 limitation(s) dans les AVQ
pas de limitation des AVQ	pas de limitation des AVQ	
Niveau 1 : Personne âgée en bonne santé ou souffrant d'une maladie chronique isolée	Niveau 2 : Personne âgée souffrant de 2 maladies chroniques ou plus, ou présentant des critères de fragilité	Niveau 3 : Personne âgée avec incapacité fonctionnelle





Bref aperçu de l'étranger

- Pas d'utilisation de l'IK pour l'évaluation de la dépendance fonctionnelle
- Soins de type Home Care : souvent combinaison d'échelles validées de type ADL/IADL pour une mesure générique de la dépendance au sens AVQ
- Soins de type SSR => mesure générique de la dépendance + Indice de Barthel ou MIF (Mesure d' dépendance fonctionnelle)
- Soins de type PSY : mesure générique de la dépendance + indicateurs spécifiques (dépendance comportementale, sociale)



ADL/Echelle de KATZ

Mesure de la **dépendance fonctionnelle** des patients âgés et atteints de pathologie chroniques

6 dimensions :

se laver, s'habiller, aller aux WC,
se déplacer, rester propre, s'alimenter

Echelle traduite, validée,

Droits : copyright => prévenir l'éditeur

Les traductions peuvent être utilisées
gratuitement

Diffusion MAPI

Echelle Katz d'évaluation de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Nom Date du bilan.....

Pour chacune des activités fonctionnelles présentées ci-dessous, cochez la case correspondant à la situation appropriée. (Le mot "aider" doit être compris comme surveiller la personne, la guider ou lui apporter de l'aide.)

Se laver : soit avec un gant de toilette, soit dans la baignoire ou sous la douche.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne se fait pas aider (entre dans la baignoire et en sort seul(e) si cette personne a l'habitude de prendre un bain)	Se fait aider seulement pour se laver une partie du corps (comme le dos ou une jambe)	Se fait aider pour se laver plusieurs parties du corps, ou bien ne se lave pas

S'habiller : prendre ses vêtements dans le placard et les tiroirs, y compris sous-vêtements et vêtements de dessus, et utiliser boutons, fermetures éclair, etc. (ou même bretelles si la personne en porte).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend ses vêtements et s'habille entièrement sans se faire aider	Prend ses vêtements et s'habille sans se faire aider, sauf pour lacer ses chaussures	Se fait aider pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou bien ne s'habille pas complètement ou encore ne s'habille pas du tout

Aller aux W-C. : se rendre aux toilettes pour évacuer urine et selles ; s'essuyer, et se habiller.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rend aux toilettes, s'essuie, et se habille sans se faire aider (avec ou sans l'aide d'une canne, d'un cadre de marche, ou d'une chaise roulante, et se sert éventuellement, la nuit, d'un bassin ou d'une chaise percée qu'il(elle) vide le matin)	Se fait aider pour se rendre aux toilettes, ou tout s'essuyer, ou pour se habiller après, ou pour utiliser un bassin ou une chaise percée la nuit	Ne se rend pas aux toilettes pour évacuer urine et selles

Se déplacer :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne se fait aider ni pour se mettre au lit et se sortir ni pour s'asseoir et se relever d'une chaise avec ou sans l'aide d'une canne ou d'un cadre de marche)	Se fait aider pour se mettre au lit ou en sortir, ou pour s'asseoir ou se relever d'une chaise	Ne quitte pas le lit

Rester propre :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise parfaitement l'évacuation de l'urine et des selles	A quelques "accidents"	Une surveillance aide à maîtriser l'évacuation de l'urine ou des selles ; porte une sonde urinaire ou est incontinent(e)

S'alimenter :

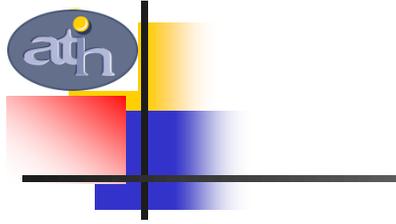
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'alimente seul(e) sans se faire aider	S'alimente seul(e) mais se fait aider pour couper la viande ou beurrer une tartine	Se fait aider pour s'alimenter, ou est partiellement ou complètement alimenté(e) par sonde ou liquides intraveineux

DO NOT USE WITHOUT PERMISSION



IADL/Echelle de Lawton

- Powel Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist 1969;9(3):179-186
- http://www.proqolid.org/instruments/instrumental_activities_of_daily_living_iadl?fromSearch=yes&text=yes
- 8 dimensions ; une autre dimension a été ajoutée récemment : “Bricoler et entretenir la maison”
- Vérifier s’il existe une traduction validée psychométriquement



1. ABILITY TO USE TELEPHONE
 - 3 Operates telephone on own initiative; looks up and dials numbers, etc.
 - 2 Dials a few well known numbers
 - 1 Answers telephone but does not dial
 - 0 Does not use telephone at all

2. SHOPPING
 - 3 Takes care of all shopping needs independently
 - 2 Shops independently for small purchases
 - 1 Needs to be accompanied on any shopping trip
 - 0 Needs to have meals prepared and served

3. FOOD PREPARATION
 - 3 Plans, prepares and serves adequate meals independently
 - 2 Prepares adequate meals if supplied with ingredients
 - 1 Heats and serves prepared meals, or prepares meals but does not maintain adequate diet
 - 0 Needs to have meals prepared and served

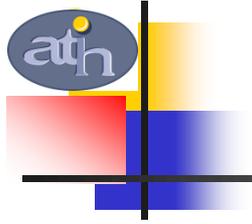
4. HOUSEKEEPING
 - 4 Maintains house alone or with occasional assistance (e.g., heavy-work domestic help)
 - 3 Performs light daily tasks such as dish-washing and bed-making
 - 2 Performs light daily tasks but cannot maintain acceptable level of cleanliness
 - 1 Needs help with all home maintenance tasks
 - 0 Does not participate in any housekeeping tasks

5. LAUNDRY
 - 2 Does personal laundry completely
 - 1 Launders small items; rinses socks, stockings, etc.
 - 0 All laundry must be done by others

6. MODE OF TRANSPORTATION
 - 4 Travels independently on public transportation or drives own car
 - 3 Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation
 - 2 Travels on public transportation when assisted or accompanied by another
 - 1 Travel limited to taxi or automobile, with assistance of another
 - 0 Does not travel at all

7. RESPONSIBILITY FOR OWN MEDICATION
 - 2 Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time
 - 1 Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosages
 - 0 Is not capable of dispensing own medication

8. ABILITY TO HANDLE FINANCES
 - 2 Manages financial matters independently (budgets, write checks, pays rent and bills, goes to Bank) collects and keeps track of income
 - 1 Manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc.
 - 0 Incapable of handling money



Index de Barthel

- 10 items : alimentation, contrôle sphinctérien, WC, soins personnels, bain, habillage, transfert du lit au fauteuil, déplacements, escaliers)
- Instrument de référence distribué par MAPI Research Trust ; conditions restrictives d'utilisation :

<http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing/cataloguequestionnaires/169-barthelindex>



MIF : Mesure d'indépendance fonctionnelle

(14) Mesure d'Indépendance Fonctionnelle

Réf : Minaire P. La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) : Historique, présentation, perspectives. J Réadaptat Méd 1991 ; 11 : 168-74.

N I V E A U X	7. Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)	SANS AIDE		
	6. Indépendance modifiée (appareil)			
	5. Dépendance modifiée Surveillance	AVEC AIDE		
	4. Aide minimale (autonomie = 75 %+)			
	3. Aide moyenne (autonomie = 50 %+)			
	2. Dépendance complète Aide maximale (autonomie = 25 %+)			
	1. Aide totale (autonomie = 0 %+)			
Soins personnels				
A.	Alimentation	ENTRÉE	SORTIE	SUIVI
B.	Soins de l'apparence			
C.	Toilette			
D.	Habillage – partie supérieure			
E.	Habillage – partie inférieure			
F.	Utilisation des toilettes			
Contrôle des sphincters				
G.	Vessie			
H.	Intestins			
Mobilité dans les transferts				
I.	Lit, chaise, fauteuil roulant			
J.	WC			
L.	Baignoire, douche			
Locomotion				
L.	Marche *, fauteuil roulant *			
M.	Escalier			
Communication				
N.	Compréhension **			
O.	Expression ***			
Conscience du monde extérieur				
P.	Interaction sociale			
Q.	Résolution des problèmes			
R.	Mémoire			
TOTAL				

*M = Marche **A : Auditive ***V : Verbal
*F = Fauteuil roulant **V : Visuelle ***N : Non verbal

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1