Echelle de Braden

Defloor T., Herremans A., Grypdonck M. et al. (2004)

Mise à Jour des recommandations belges pour la prévention des escarres.

Instrument de mesure	Echelle de Braden
Abréviation	(Sans-objet)
Auteur	Defloor T., Herremans A., Grypdonck M. et al.
Thème	Evaluation du risque d'escarre
Objectif	Prévoir la survenue d'escarres de décubitus
Population	Tous les patients
Utilisateurs	Tous les dispensateurs de soins
Nombre d'items	6 items
Participation du patient	indirecte
Localisation de l'instrument de mesure	Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research, 36,* 205-210.

Objectif :

Prévoir la survenue d'escarres de décubitus à l'aide d'un score de risque.

Groupe Cible :

L'échelle de Braden est valable pour tous types de patients. Cet instrumentd e mesure a été validé dans un grand nombre de situations et pour de nombreux types de patients (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina, & Alvarez-Nieto, 2006).

Description :

L'échelle de Braden est un instrument de mesure composé de 6 items comprenant une évaluation, allant de 1 à 3 ou 4, de : la perception sensorielle, l'humidité de la peau, l'activité, la mobilité, la nutrition, la présence de forces de frictions et de cisaillement. Le score total de ces 6 items va de 6 à 23.
Le seuil de risque (cut-of) est fixé à 17, ce qui signifie que les patients qui ont un score en dessous de 17 sont à risque de développer un escarre de décubitus. Il est également démontré que plus le score est bas plus le risque est élevé (Defloor et al, 2004).

Lors de publications ultérieures, les auteurs ont revu le seuil à 18 (Bergstrom & Braden, 1992; Braden & Bergstrom, 1994). Ceci a pour effet d'augmenter la sensibilité de l'outil. Avec le corollaire que plus (trop) de patients sont identifiés comme étant à risque et que des moyens inutiles sont parfois déployés. Les auteurs soulignent qu'il est souhaitable que chaque institution puisse adapter ce seuil, en fonction du type de patients qui se trouvent dans les services (Bergstrom, Demuth & Braden, 1987).

Fiabilité :

La fiabilité de l'échelle de Braden a été étudiée dans un grand nombre d'études via une mesure de la fiabilité inter-observateurs (inter-rater reliability). Une revue systématique réalisée par Pancorbo-Hidalgo et al (2006) rapporte que cette fiabilité inter-observteur est élevée et varie entre 0.83 et 0.99. Dans une étude de Defloor & Grypdonck cette valeur était de $r = 0.97$ ($p < 0.0001$) (Defloor & Grypdonck, 2005).

Validité :

La validité de l'échelle de Braden est étudiée (remise en question) en permanence. Le nombre de recherches sur sa sensibilité et sa spécificité devient considérable. Seules les études publiées après la publication des recommandations belges pour la prévention des escarres (2004) ont été recherchées.

La haute sensibilité et spécificité de l'échelle de Braden, telle que rapportée par ses auteurs (Bergstrom et al, 1987; Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne & Ruby, 1998; Braden & Bergstrom, 1994), n'a pas pu être retrouvée lors d'études ultérieures. Plusieurs études démontrent une certaine prédictivité de l'échelle de Braden plutôt qu'une réelle échelle de risque (Schoonhoven, 2003; Vanderwee, 2006). Dans l'étude de Schoonhoven (2003) il semble que l'échelle de Braden est moins efficiente que le hasard pour choisir quel patient est à risque ou pas de développer une escarre.
Dans la revue systématique de Pancorbo-Hidalgo et al (2006), dans laquelle est incluse 22 études sur l'échelle de Braden, la sensibilité et la spécificité varient respectivement entre 100% - 38.9% et 100 - 26%. La haute sensibilité et spécificité sont principalement rapportées dans les études réalisées par les auteurs (Bergstrom et al, 1987; Bergstrom et al, 1998; Braden & Bergstrom, 1994). Dans la plupart des autres études les résultats sont moins bons. La Valeur Prédictive Positive (VPP) oscille entre 100% en 4.5%, la Valeur Prédictive Négative (VPN) entre 100% et 50%. La zone en dessous de la courbe ("area under the curve" - AUC) de la courbe ROC (receiver operating curve) varie de 0.55 à 0.74. L'Odds Ratio était de 4.08 (95% CI = 2.56 – 6.48).
Dans l'étude de Suriadi et al. (2006) l'AUC est à 0.79 (cut-of à 12), Defloor & Grypdonck (2005) ont calculé une AUC de 0.75 (cut-of à 17).
Gould, Goldstone, Kelly & Gammon (2004) ont étudié la corrélation entre l'échelle de Braden et une simulation d'évaluation du risque par un panel d'experts utilisant l'échelle de Norton (*concurrent validity*). L'évaluation des experts se basait sur des études de cas décrivant des patients "gold-standard" (photos et notes descriptives de cas de patients réalistes, sans piège à l'évaluation). La concordance était mauvaise avec seulement 8.5%.

Convivialité :

La convivialité de l'échelle de Braden a été évaluée par 23 infirmières.
Vingt et une infirmières trouvent que les items sont univoques et que le système d'évaluation est clair.
Une petite moitié des infirmières (44%) sont d'avis que l'évaluation doit se faire en présence du patient.
La durée moyenne d'évaluation était de 3 à 5 minutes.
Toutes les infirmières ont estimé que calculer le score total était simple.

Remarques :

Les échelles de risque d'escarre, telles que les échelles de Norton et de Braden, évaluent mal le risque d'escarre (Defloor et al., 2004; Schoonhoven, 2003; Vanderwee, 2006). Beaucoup de patients sont évalués à tort comme étant à risque et tout autant sont catalogués par erreur comme n'étant pas à risque.
La validité prédictive des échelles de risque doit être remise en question. Si des mesures de prévention sont effectivement prises chez les patients réellement à risque, le nombre de nouveaux dommages par décubitus diminuera et de ce fait diminuera la sensibilité et la spécificité de l'échelle. Une politique de prévention des escarres de décubitus ne peut pas se reposer uniquement sur une échelle de risque. Les échelles de risque doivent être combinées au regard clinique des infirmières, basé sur une expérience acquise durant des années et un certain "bon sens" (Defloor et al., 2004).
Une alternative possible est de ne pas mettre en place des mesures de prévention tant que n'apparaît pas une rougeur non réductible à la pression. Cette technique n'entraîne pas d'incidence accrue de dommages de décubitus, malgré un nombre significativement plus petit de patients à qui on applique des mesures de prévention (Vanderwee, 2006).

Références :

Bergstrom, N., Braden, B. (1992). A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc 40(8),* 747-758.

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs.Res., 36,* 205-210.

Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. Nurs.Res., 47, 261-269.

Bergstrom, N., Demuth, P.J., Braden, B.J. (1987). A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Clinics of North America, 22,* 417-428.

Braden, B. J. & Bergstrom, N. (1994). Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res.Nurs.Health, 17, 459-470.

Defloor, T. & Grypdonck, M. (2004). Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. *J.Adv.Nurs., 48,* 613-621.

Defloor, T. & Grypdonck, M. (2005). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *J.Clin.Nurs., 14,* 373-382.

Defloor, T., Herremans A., Grypdonck, M. et al. Herziening Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2004.

Gould, D., Goldstone, L., Kelly, D., & Gammon, J. (2004). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a replication study. *Int.J.Nurs.Stud., 41,* 331-339.

Jalali, R. & Rezaie, M. (2005). Predicting pressure ulcer risk: comparing the predictive validity of 4 scales. *Adv.Skin Wound.Care, 18,* 92-97.

Jun Seongsook, R. N., Jeong Ihnsook, R. N., & Lee Younghee, R. N. (2004). Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *Int.J.Nurs.Stud., 41,* 199-204.

Kwong, E., Pang, S., Wong, T., Ho, J., Shao-ling, X., & Li-jun, T. (2005). Predicting pressure ulcer risk with the modified Braden, Braden, and Norton scales in acute care hospitals in Mainland China. *Appl.Nurs.Res., 18,* 122-128.

Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., & Alvarez-Nieto, C. (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J.Adv.Nurs., 54,* 94-110.

Schoonhoven, L. Prediction of pressure ulcers: problems and prospects. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2003.

Suriadi, F., Sanada, H., Sugama, J., Thigpen, B., Kitagawa, A., Kinosita, S. et al. (2006). A new instrument for predicting pressure ulcer risk in an intensive care unit. *J.Tissue Viability., 16,* 21-26.

Vanderwee, K. Het effect van drukreducerende maatregelen op het ontstaan van decubitus. Een bijdrage tot een evidence based verpleegkundige praktijkvoering. Proefschrift. Gent: Universiteit Gent, 2006.

Localisation de l'instrument de mesure

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research, 36,* 205-210.

DE BRADENSCHAAL

BERGSTROM, N., BRADEN, B. J., LAGUZZA, A., & HOLMAN, V. (1987)

U.S.A. (English)

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
T. Defloor, & M. Grypdonck (2005)	11 long-term care facilities for older people.	369 men (20.8%) 1403 women (79.2%) (n = 1772)	RCT	E	Sen Sp ROC
Suriadi, F., Sanada, H., Sugama, J. et al. (2006)	A 15-bed intensive care unit.	105 patients	Non-experimental prospective study.		Sen Sp PPV NPV ROC LR

Betrouwbaarheid: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validiteit: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)
If not specified, all results are reported in use of a cut-off point of 18.

Results reliability	Results validity	Commentary
(E) *Interrater reliability:* r = 0.97 (p < 000.1)	In use of a cut-off point of 17: **(Sen)** *Sensitivity in relation to the prediction of nonblanchable erythema (NBE):* 79.8% *Sensitivity in relation to the prediction of pressure ulcer lesions:* 78.9% **(Sp)** *Specificity in relation to the prediction of NBE:* 64.6% *Specificity in relation to the prediction of pressure ulcer lesions:* 60.0% **(ROC)** *AUC in relation to the prediction of NBE:* 0.77 *AUC in relation to the prediction of pressure ulcer lesions:* 0.75 If a minimum sensitivity of 80% is used as criterion, the cutt-off has to be 18.	The effectiveness of the Braden scale is very low. If nurses act according to the Braden scale (cut-off 18), 80% of the patients will receive unnecessary care.
	(Sen) 100% **(Sp)** 4% **(PPV)** 34% **(NPV)** 100% **(LR+)** 1.04 **(ROC)** *Area under the curve:* 0.79 The greatest sensitivity (74%) and specificity (73%) were obtained using a cutt-off point of 13.	

Betrouwbaarheid: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validiteit: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)
If not specified, all results are reported in use of a cut-off point of 18.

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., & Alvarez-Nieto, C. (2006)	Not appropriate – review (mainly hospital units).	3 studies on clinical effectiveness, 30 scale validation studies. (n = 33)	Systematic review.	E	Sen Sp PPV NPV ROC OR
Kwong, E., Pang, S., Wong, T., Ho, J., Shao-ling, X., & Li-jun, T. (2005)	Two acute care hospitals.	253 men (59%) 176 women (41%) (n = 429)	Non-experimental prospective study.		Sen Sp PPV NPV
Jalali, R. & Rezaie, M. (2005).	Neurology, intensive care, orthopaedic and medical units in 3 educational hospitals in Iran.	100 men 130 women (n = 230)	Non-experimental prospective study.		Sen Sp PPV NPV

Betrouwbaarheid: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validiteit: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)
If not specified, all results are reported in use of a cut-off point of 18.

Results reliability	Results validity	Commentary
(E) *Interrater reliability:* r = 0.83 – 0.99	**(Sen)** 38.9 – 100% **(Sp)** 26 – 100% **(PPV)** 4.5 – 100% **(NPV)** 50 – 100% **(ROC)** *Area under the curve:* 0.55 – 0.74 **(OR)** 4.08 (95% CI = 2.56 – 6.48)	
	In use of a cut-off point of 14: **(Sen)** 89% **(Sp)** 72% **(PPV)** 5% **(NPV)** 100%	
	In use of a cut-off point of 16: **(Sen)** 53% **(Sp)** 100% **(PPV)** 100% **(NPV)** 58%	

Betrouwbaarheid: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validiteit: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)
If not specified, all results are reported in use of a cut-off point of 18.

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Gould, D., Goldstone, L., Kelly, D., & Gammon, J. (2004)	Not specified	236 nurses (n = 236)	Simulation study: Nurses assessed simulations (using the Norton Scale) which consisted of high-resolution photographs of patients accompanied by case study-information.		CrV
Jun Seongsook, R. N., Jeong Ihnsook, R. N., & Lee Younghee, R. N. (2004)	Three Intensive Care Units (the internal, the surgical and the neurology departments) in a South Korean hospital.	64 men (57%) 48 women (43%) (n = 112)	Non-experimental prospective study.		Sen Sp PPV NPV ROC

Betrouwbaarheid: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validiteit: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)
If not specified, all results are reported in use of a cut-off point of 18.

Results reliability	Results validity	Commentary
	(CrV) *Concurrent validity:* 8.5% exact matches between risk assessment in use of the Braden Scale and risk agreed by an Expert Panel of tissue viability specialists ('gold standard').	The Braden Scale generated a very high false positive rate of assessments (63.8%).
	In use of a cut-off point of 16: **(Sen)** 97% **(Sp)** 26% **(PPV)** 37% **(NPV)** 95% **(ROC)** *Area under the curve:* 0.71	

Betrouwbaarheid: Stability (S), Internal consistency (IC), Equivalence (E)
Validiteit: Face validity (FV), Content validity (CtV), Criterion validity (CrV), Construct validity (CsV)
Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)
If not specified, all results are reported in use of a cut-off point of 18.

Braden Scale

Source: Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research, 36,* 205-210.

Parameter	Finding	Description	Points
sensory perception (able to respond meaningfully to pressure related discomfort)	no impairment	responds to verbal commands. Has no sensory deficit that would limit ability to feel or voice pain or discomfort	4
	slightly limited	responds to verbal commands but cannot always communicate discomfort or need to be turned. Also may have some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1-2 extremities.	3
	very limited	responds only to painful stimuli and cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness. Also may have sensory impairment that limits the ability to feel pain or discomfort over half of the body	2
	completely limited	unresponsive to painful stimuli. Also may have limited ability to feel pain over most of body surface	1
moisture (degree to which skin is exposed to moisture)	rarely moist	skin is usually dry, and linen only requires changing at routine intervals	4
	occasionally moist	Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change about once a day	3
	very moist	skin is often but not always moist.	2
	constantly moist	skin is kept moist almost constantly	1
activity (degree of physical activity)	walks frequently	walks outside of room at least twice a day and inside room	4
	walks occasionally	walks occasionally during day but for very short distances, with or without assistance	3
	chairfast	ability to walk severely limited or nonexistent	2
	bedfast	confined to bed	1
mobility (ability to change and control body position)	no limitations	makes major and frequent changes in position without assistance	4
	slightly limited	makes frequent though slight changes in body or extremity position independently	3
	very limited	makes occasional slight changes in body or extremity but unable to make significant changes independently	2
	completely immobile	does not make even slight changes in body or extremity position without assistance	1
nutrition (usual food intake pattern)	excellent	eats most of every meal and never refuses a meal	4
	adequate	eats over half of most meals and may occasionally refuse a meal	3
	probably inadequate	rarely eats a complete meal and has decreased protein intake	2
	very poor	never eats a complete meal and rarely eats more than a third of food offered. Also if NPO or on clear fluid or IVs for more than 5 days	1

shear & friction	no problem apparent	moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move.	3
	potential problem	moves feebly or requires minimum assistance	2
	problem present	requires moderate to maximum assistance in moving; complete lifting without sliding against sheets is impossible.	1

Reprinted with permission from Dr. B. Braden.

ÉCHELLE DE BRADEN©

Perception Sensorielle Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression	1. Complètement limitée: Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.	**2. Très limitée:** Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. OU A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.	3. Légèrement limitée: Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. OU A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	4. Aucune atteinte: Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.
Humidité Le degré d'humidité auquel la peau est exposée.	1. Constamment humide: La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La moiteur est notée à chaque fois que la personne est changée de position.	2. Très humide: La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.	3. Occasionnellement humide: La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	4. Rarement humide: La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.
Activité Le degré d'activité physique	1. Alité: Confinement au lit.	**2. Confinement au fauteuil:** La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou au fauteuil roulant.	3. Marche à l'occasion: Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.	4. Marche fréquemment: Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil.
Mobilité Capacité de changer et de contrôler la position de son corps	1. Complètement immobile: Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	2. **Très limitée:** Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.	3. Légèrement limitée: Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	4. Non limitée: Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.
Nutrition Profil de l'alimentation habituelle	1. Très pauvre: Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	2. Probablement inadéquate: Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.	3. Adéquate: Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. OU Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels	4. Excellente: Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.
Friction et cisaillement	1. Problème: Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	2. Problème potentiel: Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.	3. Aucun problème apparent : Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil.	

Copyright Barbara Braden; Nancy Bergstrom, 1988© Version française approuvée par les auteurs; Traduction et validation : Diane St-Cyr; Nicole Denis 2004©

Qu'est-ce que BEST ?

BEST pour Belgian Screening Tools est le nom d'une étude réalisée par l'Université de Gand, service des Sciences Infirmières, à la demande du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité Alimentaire et Environnement.

Objectif de BEST ?

Le but de ce projet est de construire une base de données contenant des instruments de mesures validés scientifiquement. Dans le but d'objectiver les diagnostics et résultats des interventions infirmières, des instruments de mesures fiables et valides doivent être disponibles pour démontrer l'efficience des soins infirmiers.

Notre attention se porte sur les instruments de mesure utilisables pour scorer les interventions infirmières du nouveau Résumé Infirmier Minimum ou DI-RHM.

Que pouvez-vous trouver dans ce rapport ?

Le rapport décrit les différents instruments de mesure. En plus, si nous en avons reçu l'autorisation des auteurs, l'instrument est mis à votre disposition. Les instruments de mesure présentant une fiabilité et une validité élevées ont également fait l'objet d'une traduction vers le néerlandais et le français.

Les chefs de projet UGent
Prof. dr. T. Defloor
Prof. dr. M. Grypdonck

Les collaborateurs du projet UGent
M. Daem
Dr. K. Vanderwee

Le chef de projet UCL
Dr. M. Gobert

Le collaborateur du projet UCL
C. Piron

Le chef de projet FOD
B. Folens

Le collaborateur du projet FOD
M. Lardennois

Daem, M., Piron, C., Lardennois, M., Gobert, M., Folens, B., Spittaels, H., Vanderwee, K., Grypdonck, M., & Defloor T. (2007). Mettre à disposition une base de données d'instruments de mesure validés: le projet BEST. Bruxelles: Service Publique Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.