Victoria Hospice

Échelle de performance – Soins palliatifs (PPSv2)

version 2

Niveau perfor-mance	Ambulation	Activité et signes de maladie	Soins Personnels	Ingestion	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux Pas d'évidence de maladie	Complets	Normale	Entier
90 %	Complète	Activité et travail: normaux Certains signes de maladie	Complets	Normale	Entier
80 %	Complète	Activité normale *avec* effort Certains signes de maladie	Complets	Normale ou réduite	Entier
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement Maladie importante	Complets	Normale ou réduite	Entier
60 %	Réduite	Incapable de faire du travail ménager/Passe-temps Maladie importante	Aide nécessaire à l'occasion	Normale ou réduite	Entier ou confusion
50 %	Assis/couché principalement	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou réduite	Entier ou confusion
40 %	Surtout alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Surtout besoin d'aide	Normale ou réduite	Entier ou somnolence +/- confusion
30 %	Complètement alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Soins complets	Normale ou réduite	Entier ou somnolence +/- confusion
20 %	Complètement alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Soins complets	Minime -réduite à des gorgées	Entier ou somnolence +/- confusion
10 %	Complètement alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Soins complets	Soins buccaux /oraux seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Instructions pour l'utilisation de cette échelle (voir aussi la définition des termes)

1. Les scores pour *l'Échelle de performance – Soins palliatifs* sont déterminés par une lecture horizontale de chaque niveau pour trouver ce qui correspond le mieux au patient. On lui attribue alors un score exprimé en pourcentage.

2. Commencez par la colonne de gauche et lisez de haut en bas jusqu'à ce que le niveau d'ambulation approprié soit atteint puis lisez horizontalement jusqu'à la prochaine colonne et de nouveau vers le bas jusqu'à ce que l'activité/signes de maladie soient repérés. Ces étapes sont répétées jusqu'à ce que les cinq colonnes soient complétées avant de pouvoir déterminer le score exact du patient. De cette manière, les colonnes de gauche (colonnes à la gauche d'une colonne spécifique) sont des déterminants plus puissants et ont généralement préséance sur les autres.

   Exemple 1 : Un patient qui passe la majorité de la journée en position assise ou couchée due à la fatigue causée par une maladie avancée et qui a besoin d'une aide importante pour marcher, même sur de courtes distances, mais qui autrement est entièrement conscient et dont l'ingestion est bonne, obtiendra un score de 50 %.

   Exemple 2 : Un patient paralysé et quadriplégique nécessitant des soins complets obtiendrait un score de 30 %. Bien que le patient puisse être en fauteuil roulant (et pourrait sembler au départ se situer au niveau de 50 %), le score est de 30 % parce qu'il serait totalement alité à cause de la maladie ou des complications si les soignants ne pouvaient pas lui fournir des soins complets, y compris le soulever et le transférer. Le patient pourrait avoir un niveau de normal d'ingestion normale et être entièrement conscient.

   Exemple 3 : Cependant, si le patient de l'exemple 2 était paraplégique et alité mais s'il était quand même capable d'effectuer certaines tâches comme s'alimenter, son score serait plus élevé et correspondrait à 40 ou 50 % puisqu'il n'aurait pas besoin de soins complets.

3. Les scores de cette échelle sont exprimés en tranches de 10 % seulement. Parfois, il y a plusieurs colonnes correspondant aisément à un niveau mais une ou deux semblent mieux convenir à un niveau plus élevé ou plus faible de fonction. Il faudra alors décider de ce qui convient le mieux. Choisir une valeur intermédiaire de 45 %, par exemple, n'est pas correct. La combinaison du jugement clinique et de la préséance par la gauche sont utilisés pour déterminer si c'est 40 % ou 50 % qui est le score le plus exact pour ce patient.

4. Les scores peuvent être utilisés dans plusieurs buts. Tout d'abord, c'est un excellent outil de communication pour décrire rapidement le niveau fonctionnel actuel du patient. Deuxièmement, le score peut servir de critère pour l'évaluation du volume de travail ou d'autres mesures et comparaisons. Enfin, le score semble permettre d'établir un pronostic.

Droits d'auteur © 2001 Victoria Hospice Society

Définition des termes pour l'Échelle de performance – Soins palliatifs

Comme noté ci-dessous, certains des termes ont une signification semblable, les différences étant plus facilement apparentes quand on lit horizontalement pour trouver la réponse qui correspond le mieux en utilisant les cinq colonnes.

1. Ambulation
Les catégories **« assis/couché principalement»**, **« surtout alité »** et **« complètement alité »** sont clairement semblables. Les différences subtiles sont reliées aux points dans la colonne des autosoins. Par exemple, complètement alité avec un score de 30 % signifie une faiblesse profonde ou une paralysie telle que le patient non seulement ne peut pas se lever de son lit mais est également incapable d'exécuter ses soins personnels. La différence entre « assis/couché » et « alité » est proportionnelle au temps que le patient peut rester assis sans avoir besoin de se coucher.

« Ambulation réduite » est située aux scores de 70% et de 60%. En utilisant la colonne adjacente, la réduction de l'ambulation est reliée à l'incapacité d'effectuer son travail normal, certains passe-temps ou des activités d'entretien ménager. La personne continue de pouvoir marcher et se transférer par elle-même mais, au niveau de 60 %, a besoin d'une aide occasionnelle.

2. Activité et degré de la maladie
« Certain », « important » et **« étendu »**, appliqués à la maladie, réfèrent aux preuves physiques et investigatives indiquant le degré de progression de la maladie. Par exemple, dans le cancer du sein, une rechute locale implique un certain degré de maladie, une ou deux métastases au poumon ou dans un os signifient une maladie importante, alors que des métastases multiples au poumon, dans un os, au foie, au cerveau, une hypercalcémie ou d'autres complications majeures signifient une maladie étendue. Le degré peut aussi signifier la progression de la maladie malgré un traitement actif. Quand on utilise cette échelle dans le cadre du sida, « certain » peut vouloir dire le passage du VIH au sida, « important » signifie la progression du déclin physique, de nouveaux symptômes ou des symptômes difficiles et des résultats d'analyse de laboratoire indiquant une numération faible. « Étendu » signifie une ou plusieurs complications graves, avec ou sans continuation d'un traitement actif par des antirétroviraux, antibiotiques, etc.

Le degré de maladie ci-dessus est également jugé en contexte avec la capacité de maintenir sa possibilité de travailler, de s'adonner à des passe-temps ou des activités. Le déclin de l'activité pourrait signifier que la personne peut continuer de jouer au golf mais se limite à neuf trous alors qu'elle était capable de jouer 18 trous ou simplement «normale 3» ou simplement faire du putting dans son jardin. Les gens qui aiment marcher réduiront graduellement la distance parcourue bien qu'ils puissent continuer de s'efforcer de marcher, parfois même près de la mort (comme essayer de marcher dans les couloirs).

3. Soins Personnels
« Aide nécessaire à l'occasion » signifie que, la plupart du temps, les patients sont capables de sortir du lit et d'y entrer, de marcher, de se laver, d'aller aux toilettes et de manger par eux-mêmes, mais qu'à l'occasion (peut-être une fois par jour ou plusieurs fois par semaine), ils ont besoin d'un peu d'aide.

« Beaucoup d'aide nécessaire » signifie que, régulièrement, chaque jour, le patient a besoin d'aide, généralement fournie par une personne, pour faire les activités notées ci-dessus. Par exemple, la personne a besoin d'aide pour aller aux toilettes mais est alors capable de se brosser les dents ou de se laver, au moins les mains et le visage. Il est souvent nécessaire de couper la nourriture en bouchées, mais le patient est alors capable de les manger par lui-même.

« Surtout besoin d'aide » est une catégorie supérieure à la précédente. En utilisant l'exemple ci-dessus, le patient a maintenant besoin d'aide pour se lever, mais il a aussi besoin d'aide pour se laver le visage et se raser, mais peut généralement manger sans beaucoup d'aide ou seul. Ceci peut varier selon le degré de fatigue pendant la journée.

« Soins complets » signifie que le patient est entièrement incapable de manger sans aide, d'aller aux toilettes ou d'exécuter ses soins personnels. Selon la situation clinique, le patient pourrait être capable ou non de mastiquer et d'avaler la nourriture une fois préparée, si on le fait manger.

4. Ingestion

Les changements sur le plan de l'ingestion sont très évidents, **« l'ingestion normale »** signifiant les habitudes alimentaires habituelles de la personne en bonne santé. **« Ingestion réduite »** signifie toute réduction du niveau normal et varie grandement selon les circonstances individuelles spécifiques. **« Minime »** réfère à de très petites quantités, généralement en purée ou liquides, qui sont bien inférieures au niveau de nutrition nécessaire.

5. Niveau de conscience

« Conscience entière » signifie vigilance totale et orientation avec de bonnes capacités cognitives dans différents domaines de la pensée, de la mémoire, etc. **« Confusion »** est utilisé pour signifier la présence soit d'un délire soit d'une démence et correspond à un niveau réduit de conscience. Cela peut être léger, modéré ou grave, avec des étiologies possibles multiples. **« Somnolence »** implique fatigue, effets secondaires d'un médicament, délire ou mort prochaine et est parfois inclus dans le terme de stupeur. Le **« coma »** dans ce contexte, c'est l'absence de réactions aux stimuli verbaux ou physiques. Certains réflexes pourraient persister ou non. La profondeur du coma peut fluctuer sur une période de 24 heures.

© Information sur les droits d'auteur.

L'Échelle de performance – Soins palliatifs version 2 (PPSv2) appartient par droit d'auteur à la Victoria Hospice Society et remplace la première Échelle publiée en 1996 [J Pall Care 9(4): 26-32]. Elle ne peut pas être altérée ni utilisée de manière autre que celle prévue et décrite ici. Les programmes peuvent utiliser la version 2 de cette échelle en en citant la source. Cette Échelle est disponible en format Word électronique. Il suffit d'envoyer une demande par courriel à edu.hospice@viha.ca

Toute correspondance devrait être acheminée au directeur médical : Victoria Hospice Society, 1952 Bay Street, Victoria (C.-B.), V8R 1J8, Canada.