

VALIDATION DE L'ÉCHELLE DE BRADEN ET DE L'ÉCHELLE DE PERFORMANCE PALLIATIVE: évaluation du risque de développer une lésion de pression en soins palliatifs

PHILIPPE BÉRUBÉ-MERCIER, B. SC. INF.,
ÉT. M. SC. INF.

Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec,
Québec

Centre de recherche de l'Institut universitaire de Cardiologie et
de Pneumologie de Québec, Québec

philippe.berube-mercier.1@ulaval.ca

DIANE TAPP, INF, PH.D

Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec,
Québec

Centre de recherche de l'Institut universitaire de Cardiologie et
de Pneumologie de Québec, Québec

JÉRÔME PELLETIER, INF. PH.D.(C)

Département des sciences infirmières, Université du Québec à
Rimouski, Rimouski, Québec,

MARIANNE BEAULIEU, PH.D

Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec,
Québec

BÉNÉDICTE GUIMOND, B. SC. INF.

Conseillère clinique

Maison Michel Sarrazin, Québec, Québec

FRÉDÉRIC DOUVILLE, INF, PH.D

Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec,
Québec

Centre de recherche de l'Institut universitaire de Cardiologie et
de Pneumologie de Québec, Québec, Québec

INTRODUCTION

Une lésion de pression est un dommage des tissus causé par une pression prolongée ou une force de cisaillement au niveau d'une proéminence osseuse ou d'un dispositif médical (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016). En moyenne, entre 25 % et 33 % des patients sont susceptibles de développer une lésion de pression dans les trois derniers mois de leur vie (Chaplin, 2000). Plusieurs facteurs expliquent l'apparition des lésions de pression, notamment une diminution de la mobilité et de la force musculaire,

des apports nutritionnels insuffisants, la prise de certains médicaments (ex. : corticostéroïdes) de même que l'altération de l'état de conscience. En fin de vie, la douleur liée aux lésions, les inconforts reliés aux changements de pansements, aux infections et aux odeurs contribuent à faire de la prévention des lésions de pression une priorité pour les patients et leurs proches (White-Chu, 2015).

L'évaluation du risque de développer une lésion de pression s'effectue généralement au moyen d'échelles de mesure validées. Leur utilisation permet de faciliter le suivi des patients et d'améliorer la continuité des soins entre les différents professionnels

(Horgas, 2017). Quelques échelles de mesure du risque de développer des lésions de pression ont été validées pour divers contextes de soins, notamment en chirurgie (Bergstrom, Braden, Laguzza et Holman, 1987). La plus connue et utilisée est l'Échelle de Braden (Bergstrom *et al.*, 1987). Cette échelle a démontré des qualités psychométriques satisfaisantes (fidélité interjuges entre 0,83 et 0,99, alpha de Cronbach de 0,78) (Halfens, Van Achterberg et Bal, 2000; Kring, 2007). Par contre, d'autres études ont repéré certaines faiblesses au niveau de la fidélité et de la validité (Halfens *et al.*, 2000; Kottner et Balzer, 2010; Wang *et al.*, 2015). Par exemple, certains items peuvent présenter une fidélité interjuges modérée (coefficient de corrélation interclasse entre 0,40 et 0,69 au niveau des items Humidité, Friction et cisaillement, et Nutrition) (Wang *et al.*, 2015). De plus, les items Nutrition et Humidité semblent difficilement compris par les infirmières (Halfens *et al.*, 2000). Ces résultats suggèrent que ces items laissent place à l'interprétation parmi les différents intervenants. De plus, la sensibilité (57,1 %) et la spécificité (67,5 %) de l'Échelle de Braden indiquent que l'outil peut difficilement faire la différence entre une personne à risque de développer une lésion de pression et une personne qui ne l'est pas (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina et Alvarez-Nieto, 2006). De surcroît, cette échelle n'a pas été validée en contexte de soins palliatifs et de fin de vie, et certains items ne semblent pas suffisamment adaptés à cette clientèle (Chen, Cao, Zhang, Wang et Huai, 2015). Par exemple, un score maximal de 4/4 à l'item Nutrition est pratiquement impossible à obtenir pour un patient en fin de vie. Or il est possible que des personnes en fin de vie ne présentent pas de risque de développer une lésion de pression malgré une alimentation déficiente (donc, faible score à cet item). Pour cette raison, des chercheurs ont produit des versions adaptées de cet instrument ou ont proposé un modèle le combinant avec des facteurs de risque ciblés, comme dans le cas de l'*InterRAI Pressure Ulcer Risk Scale*, un outil qui n'a toutefois pas été validé dans un contexte de soins palliatifs.

Après avoir essayé les divers outils disponibles, une maison de soins palliatifs de Québec de 15 lits souhaitait améliorer l'évaluation du risque de développer des lésions de pression, en tenant compte des recommandations d'Agrément Canada. En 2016, elle a donc développé puis implanté un formulaire combinant l'Échelle de Braden, 22 facteurs de risque identifiés lors d'une revue de littérature et l'Échelle de Performance Palliative [ÉPP] (traduction de *Palliative Performance Scale*) (Anderson, Downing, Hill, Casorso et Lerch, 1996; Victoria Hospice Society, 2006).

Dans un souci d'appuyer les pratiques cliniques basées sur les meilleures données scientifiques, et compte tenu de l'absence de données de validation au sujet des différentes composantes du formulaire dans le contexte des soins palliatifs, un projet de recherche a été développé afin d'évaluer la pertinence clinique de ce formulaire. En plus de rapporter la démarche de validation, cet article a pour objectifs de :

- Comparer l'apparition moyenne des lésions de pression avec les 22 facteurs de risque, l'Échelle de Braden et l'ÉPP;
- Analyser la cohérence interne (fidélité) de l'Échelle de Braden;
- Évaluer la validité de critère de l'Échelle de Braden et de l'ÉPP;
- Déterminer la corrélation entre l'Échelle de Braden et l'ÉPP (validité de construit).

COMPOSITION ET UTILISATION DU FORMULAIRE

Le formulaire contient d'abord l'Échelle de Braden, laquelle est composée de six items, soit : 1) Perception sensorielle, 2) Humidité, 3) Activité, 4) Mobilité, 5) Nutrition et 6) Friction et le cisaillement (Bergstrom *et al.*, 1987). Chacun des items est mesuré sur une échelle de 1 (présence d'un risque) à 4 (absence d'un risque), excepté l'item Friction et cisaillement, lequel varie de 1 à 3 (Bergstrom *et al.*,

1987). Les scores de chacun des items sont additionnés et rapportés sur un score total de 23 (Bergstrom *et al.*, 1987). Le score total permet d'estimer le risque de développer une lésion de pression selon qu'il est très élevé (résultats inférieurs à 9/23), élevé (10/23 à 12/23), modéré (13/23 et 14/23), faible (15/23 à 18/23) et nul (résultats supérieurs à 19/23) (Bergstrom *et al.*, 1987). Donc, plus le score est élevé, plus le risque de développer une lésion de pression est faible.

Le formulaire comprend ensuite l'ÉPP, lequel évalue l'impact de la maladie sur le fonctionnement global d'un patient en soins palliatifs en lui attribuant un score global variant entre 0 % et 100 %. Le score (évoluant par paliers de 10 %) se base sur la mobilité, l'activité et l'intensité de la maladie, l'autonomie pour les soins personnels, l'alimentation et le niveau de conscience. Un score bas, par exemple 10 %, 20 % ou 30 %, signifie que la maladie a un impact sur le fonctionnement global du patient, alors qu'un score élevé, soit 70 % et plus, indique que le patient est peu limité sur le plan fonctionnel. Dans une étude précédente, l'ÉPP s'est avérée être fortement corrélée à l'Échelle de Braden ($r = 0,885$, $p < 0,001$) (Maida, Lau, Downing et Yang, 2008).

Une revue de littérature réalisée en 2016 par des professionnels du milieu clinique a permis d'identifier 22 items reliés à 22 facteurs de risque de développer une lésion de pression en fin de vie. Lors de l'évaluation de ces facteurs, les intervenants indiquent s'ils sont présents ou non en cochant la case correspondante (échelle dichotomique). Ces derniers sont énumérés dans le tableau 1.

Tableau 1. Les 22 facteurs associés à un risque accru de lésion de pression

1. Âge (65 ans et plus)
2. Prise de certains médicaments (corticostéroïdes, AINS, sédatifs, etc.)
3. Présence de maladies chroniques concomitantes
4. Diminution de l'apport nutritionnel et hydrique
5. Mobilité réduite
6. Immobilité
7. Incontinence urinaire
8. Incontinence fécale
9. Diaphorèse
10. Présence de diarrhées
11. Cachexie
12. Présence d'œdème
13. Obésité
14. Altération de l'état de conscience
15. Altération de l'état cognitif
16. Déficit sensoriel
17. Tabagisme
18. Pathologies ou problématiques rendant les changements de position difficile
19. Antécédent de lésion de pression
20. Présence d'une lésion de pression
21. Présence d'une lésion néoplasique
22. Refus d'une intervention proposée

Finalement, le formulaire comprend une section pour évaluer la présence d'une lésion de pression de même que pour consigner le suivi de l'utilisation de surfaces thérapeutiques spécialisées. Le formulaire doit être rempli systématiquement pour chaque patient lors de son admission et à chaque semaine au cours de son hospitalisation jusqu'à son décès. Il est également rempli au besoin, par exemple lorsque l'état du patient change ou qu'une lésion de pression apparaît.

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation de la fidélité et de la validité s'effectue au moyen de différents tests selon la nature du construit mesuré, de même que des objectifs poursuivis par l'étude. La fidélité permet d'assurer que l'échelle de mesure est constante et reproductible (Hogan, Parent et Stephenson, 2012). En d'autres

mots, la fidélité est la capacité d'un instrument à mesurer un phénomène avec précision. Selon Hogan *et al.* (2012), il existe trois différentes méthodes pour évaluer la fidélité, soit la méthode de constance, la méthode d'équivalence et la méthode de cohérence interne. Quant à la validité, elle fait référence à la capacité d'un instrument à mesurer réellement ce qu'il est censé mesurer. Elle est essentielle en psychométrie, car elle assure que l'échelle mesure un concept ciblé (Streiner, Norman et Cairney, 2014). Selon Streiner *et al.* (2014), il existe trois grands types de validité, soit la validité de contenu, la validité de construit et la validité de critère.

Pour réaliser le projet de recherche, une étude de cohorte rétrospective a été effectuée par l'entremise de l'examen des dossiers de patients décédés à la maison de soins palliatifs où a été conçu le formulaire. Au préalable, les approbations du comité d'éthique de la recherche de l'établissement et de celui de l'université à laquelle les chercheurs sont liés ont été obtenues.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient 1) d'être décédé dans la maison de soins palliatifs et 2) d'avoir au dossier au moins un formulaire d'évaluation des risques de développer une lésion de pression complété. Les dossiers étaient exclus lorsque 1) le patient n'était pas décédé dans la maison de soins palliatifs (ex. : suite à un transfert en cours de séjour), et 2) le patient n'avait pas à son dossier au moins un formulaire d'évaluation des risques de développer une lésion de pression complété (ex. : en raison de décès survenu très rapidement après l'admission). Les dossiers ont été sélectionnés de manière antéchronologique, soit du plus récent au plus ancien décès depuis l'introduction du formulaire d'évaluation des risques de développer une lésion de pression dans la maison de soins palliatifs. Pour chacun des patients, les données relatives à une période maximale de trois semaines ont été compilées. Tous les dossiers ont été inclus à partir de juin 2017 (date d'admission) jusqu'à l'obtention du nombre de 120 dossiers, correspondant à octobre 2017.

Les données issues du formulaire rempli par l'infirmière soignante selon la procédure prévue ont été extraites par deux auxiliaires de recherche de juin à septembre 2018. Plus précisément, les données relatives aux 22 facteurs de risque, aux lésions de pression présentes à l'admission, aux lésions de pression développées en cours de séjour et les données concernant chacun des items de l'ÉPP et de l'échelle de Braden à l'admission en cours de séjour ont été collectées. Afin de compléter certaines informations parfois manquantes dans les facteurs de risque, les auxiliaires ont consulté les notes d'évolution des infirmières et les feuilles d'administration des médicaments. Des données sociodémographiques comme l'âge, la durée de séjour et le diagnostic ont également été compilées. Une double saisie des données a été réalisée par un auxiliaire de recherche (PBM) sur une partie de l'échantillon (10 %) pour limiter les erreurs de saisie et les données manquantes (King et Lashley, 2000). Les données ont été anonymisées lors de l'extraction et anonymisées une fois l'extraction des données complétée.

ANALYSES

Des statistiques de nature descriptive ont été réalisées à partir des données démographiques telles que le calcul de moyennes, le ratio homme/femme et l'analyse de la distribution des variables. Par la suite, des analyses ont été conduites sur chacune des échelles du formulaire afin de connaître leurs qualités psychométriques. Une régression logistique a été effectuée pour analyser la relation entre de multiples variables indépendantes (facteurs de risque, scores aux échelles) et une variable dichotomique (présence ou non de lésion(s) de pression) (Heavey, 2019). Ce test génère une valeur de risque relatif (RR) – mieux connu sous le nom de *Odds ratio* – variant toujours entre 0 et 1 (Heavey, 2019). Lorsque le RR est supérieur à 0,5, l'événement est susceptible de se produire (Heavey, 2019). À l'inverse, lorsque cette valeur est inférieure à 0,5, il ne l'est pas (Heavey, 2019). Une valeur de probabilité inférieure (p) à 0,05 était recher-

chée pour avoir un RR significatif. Dans le cas de cette étude, le RR de développer une lésion de pression (présence ou absence) a été mesuré par rapport aux 22 facteurs de risque, à l'Échelle de Braden et l'ÉPP, et aux trois semaines de données collectées.

En ce qui concerne l'Échelle de Braden, la fidélité a d'abord été évaluée au moyen de la cohérence interne. La cohérence interne permet de déterminer le degré d'interrelation entre les items d'un même instrument (Hogan, Parent et Stephenson, 2012). Puisqu'ils sont censés évaluer le même construit, il est attendu que les items d'un instrument soient corrélés entre eux sans toutefois être identiques (Hogan *et al.*, 2012). La cohérence interne globale se détermine au moyen du calcul de l'alpha de Cronbach. Un score supérieur à 0,70 est généralement jugé satisfaisant ($p < 0,05$) (Cronbach, 1949). Aussi, la corrélation corrigée des items a été mesurée pour étudier si les items sont interreliés entre eux. L'évaluation de la consistance interne de l'ÉPP était impossible, compte tenu du fait qu'elle est composée d'un seul item.

La validité de construit, plus spécifiquement la validité convergente, a été évaluée afin d'identifier si l'échelle à l'étude est corrélée à une autre échelle censée mesurer le même construit (Cronbach et Meehl, 1955). Ce type de validité effectue une corrélation de Pearson entre les scores à l'Échelle de Braden et l'ÉPP (Streiner, Norman et Cairney, 2014). Une corrélation de Pearson avec une valeur de probabilité (p) inférieure à 0,05 est recherchée pour avoir un résultat significatif.

La validité de critère a été mesurée au moyen de la validité prédictive. La validité prédictive permet d'évaluer l'association entre un instrument de mesure et une variable à l'étude (Messick, 1980). Le test-t de Student a été utilisé pour évaluer la différence entre les scores obtenus de l'Échelle de Braden et l'apparition d'une lésion de pression. Les mêmes analyses ont été effectuées pour évaluer la différence entre les scores obtenus de l'ÉPP et l'apparition d'une lésion de pression. Selon les hypothèses de recherche, un score faible de l'Échelle de Braden (correspondant à un risque élevé) devait être associé à une fréquence

plus élevée de lésions de pression parmi la cohorte étudiée. Une valeur de probabilité (p) inférieure à 0,05 était recherchée. L'ensemble des analyses a été effectué à partir du logiciel SAS version 9.4, avec l'aide d'un biostatisticien.

RÉSULTATS

Les analyses ont été conduites sur 113 dossiers puisque 7 dossiers ont été exclus en raison de l'absence d'un formulaire d'évaluation des risques de développer une lésion de pression ou encore l'absence d'une évaluation du risque. Les femmes composaient 57,9 % de l'échantillon. L'âge moyen était de 72 ans. Le patient le plus jeune avait 39 ans et le plus âgé avait 96 ans. À l'admission, les patients provenaient de trois milieux différents : de centres hospitaliers ($n = 58$), de centres d'hébergement de soins de longue durée ($n = 7$) et du domicile ($n = 49$). L'incidence de nouvelles plaies développées au cours des trois semaines variait entre 32,43 % et 36,21 %.

En ce qui concerne la régression logistique, parmi les 22 facteurs de risque, seulement la cachexie et l'âge ont été identifiés comme significativement associés au risque de développer une lésion de pression. La cachexie a obtenu un RR de 2,499 (intervalle de confiance à 95 %) à la semaine 1. En d'autres mots, on estime que le risque de développer une lésion de pression est 2,499 plus élevé lorsque le patient présente de la cachexie à la semaine 1. L'âge supérieur à 65 ans, pour sa part, a obtenu un RR de 5,144 (intervalle de confiance à 95 %) à la semaine 2, ce qui veut dire que le risque de développer une lésion de pression à la semaine 2 s'avère plus élevé chez les patients âgés de plus de 65 ans. Le score total de l'ÉPP a obtenu un RR de 0,917 (intervalle de confiance à 95 %) à la semaine 1, ce qui signifie que les patients obtenant un score élevé à l'ÉPP à la semaine 1 auraient une probabilité légèrement inférieure de développer une plaie de pression (0,917) que ceux ayant un score faible. Tous les résultats obtenus à l'Échelle de Braden avaient une valeur de probabilité supérieure à 0,05.

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon	
Genre	Homme : 42,1 % Femme : 57,9 %
Âge	Moyenne : 72 ans Minimum : 39 ans Maximum : 96 ans
Lieu de provenance	Centres hospitaliers : n = 58 CHSLD : n = 7 Domicile : n = 49
Développement de nouvelle lésion de pression selon la semaine	Semaine 1 : 34,51 % Semaine 2 : 36,21 % Semaine 3 : 32,43 %

Afin d'évaluer la cohérence interne de l'Échelle de Braden, un alpha de Cronbach a été calculé aux semaines 1, 2 et 3. Les scores totaux de l'Échelle de Braden ont obtenu un alpha de Cronbach de 0,842, de 0,865 et de 0,821 aux semaines 1, 2, et 3. Pour chacune des trois semaines où des données ont été extraites, le tableau 3 présente la corrélation des items de l'Échelle de Braden. Par la suite, la validité convergente de l'Échelle de Braden et l'ÉPP a été évaluée. Les deux échelles de mesure ont obtenu un coefficient de corrélation de 0,796 ($p < 0,001$), 0,870 ($p < 0,01$) et 0,871 ($p < 0,01$) aux semaines 1, 2 et 3.

Tableau 3. Corrélation des items de l'Échelle de Braden						
Item	Perception sensorielle	Humidité	Activité	Mobilité	Nutrition	Friction et cisaillement
Semaine 1	0,694	0,408	0,788	0,808	0,258	0,796
Semaine 2	0,697	0,510	0,853	0,829	0,282	0,844
Semaine 3	0,632	0,287	0,790	0,48	0,305	0,811

Pour mesurer la validité de critère de type prédictif, les scores totaux de l'Échelle de Braden ont obtenu un test-t de Student de 1,15 ($p=0,25$) lorsque comparé à la présence de lésions de pression à la semaine 1, de 1,52 ($p = 0,13$) à la semaine 2 et de 0,85 ($p = 0,40$) à la semaine 3. Les scores de l'ÉPP ont obtenu un test-t de Student de 1,05 ($p = 0,30$) lorsque comparé à la présence de lésions de pression à la semaine 1, de 1,59 ($p = 0,12$) à la semaine 2 et

de 1,22 ($p = 0,23$) à la semaine 3. Aucun des résultats à ces tests n'a obtenu un score significatif. Dit autrement, les résultats à l'Échelle de Braden et à l'ÉPP ne sont pas liés à l'apparition d'une lésion de pression, et ce, indépendamment du niveau de risque obtenu ($p > 0,05$).

Discussion

Dans l'échantillon analysé, le pourcentage de nouvelles lésions est sensiblement le même que celui répertorié dans la littérature, soit 25-35 % (Chaplin, 2000). Le pourcentage d'apparition de nouvelles lésions de pression chaque semaine est resté sensiblement le même, et ce malgré les mesures d'évaluation et de prévention mises en place en cours de séjour.

À la suite de la régression logistique des 22 facteurs et des échelles contenues dans le formulaire, seulement la cachexie et l'âge, de même que le score de l'ÉPP, sont significativement liés à l'apparition de nouvelles lésions de pression. Toutefois, les résultats ne sont pas constants à travers les semaines. Ainsi, aucun de ces facteurs n'a permis de prédire l'apparition d'une lésion de pression dans cet échantillon.

L'Échelle de Braden s'est avérée être fidèle de façon modérée à forte au niveau des items Perception sensorielle (moyennement corrélé à la semaine 1, 2 et 3), Activité (forte corrélation lors des trois semaines), Mobilité (forte corrélation lors des trois semaines), Humidité (moyennement corrélé à la semaine 1 et 2, et faiblement corrélé à la semaine 3) et Friction et cisaillement (fortement corrélé durant les trois semaines). Pour sa part, l'item Nutrition s'est montré faiblement corrélé avec les autres items durant les trois semaines. Les scores totaux de l'Échelle de Braden ont obtenu un fort alpha de Cronbach. Tous les résultats obtenus signifient que les items sont interreliés sans être identiques. D'autres études portant sur la cohérence interne de l'Échelle de Braden ont eu des alpha de Cronbach variant entre 0,78 et 0,99 (Adibelli et Korkmaz, 2019; Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne et Ruby, 1998; Halfens *et al.*, 2000; Zaal-Schuller, Willems, Ewals, van Goudoever

et de Vos, 2018). Ces résultats sont comparables à ceux recueillis dans ce présent projet de recherche et permettent de conclure que l'Échelle de Braden semble être fidèle sur le plan de la cohérence interne.

Par ailleurs, l'Échelle de Braden et l'ÉPP se sont montrées fortement corrélées, comme l'ont suggéré Maida *et al.* (2008) dans leur étude. Néanmoins, les résultats obtenus aux test-t de Student suggèrent qu'aucune de ces échelles n'a permis de prédire le développement d'une lésion de pression parmi les patients de l'échantillon, et ce, à chacune des semaines. Ces résultats concordent avec les études qui ont, entre autre, documenté que l'Échelle de Braden est peu spécifique, ce qui veut dire qu'elle ne discrimine pas les personnes ayant un réel risque de développer une lésion de pression et qu'elle est incapable d'éliminer les faux positifs (Chen, Shen et Liu, 2016; Deng, Yu et Hu, 2017; Streiner *et al.*, 2014). Ainsi, bien qu'elle soit fidèle, l'Échelle de Braden s'avère être d'une validité limitée en ce qui concerne l'évaluation du risque de développer des lésions de pression en soins palliatifs et de fin de vie. Ces résultats permettent de mettre en doute la validité de ces outils en contexte de soins palliatifs.

Forces et limites

Cette étude comporte de nombreuses forces, notamment le fait d'avoir introduit un protocole scientifique dans des pratiques cliniques en cours. En effet, l'Échelle de Braden est un outil largement utilisé dans les milieux, et ce, indépendamment de la clientèle, sans toutefois faire l'objet de validations scientifiques plus approfondies. L'analyse des facteurs de risque, couplée aux données des échelles et de l'apparition des lésions de pression, constitue une première tentative d'analyser et d'évaluer le risque de développer une lésion de pression en soins palliatifs.

Toutefois, certaines limites méritent d'être énoncées. D'abord, le faible échantillon constitue une limite méthodologique importante. Il aurait été nécessaire d'avoir un échantillon beaucoup plus élevé

pour effectuer les analyses réalisées afin d'avoir des résultats significatifs, surtout au niveau des régressions logistiques.

Par ailleurs, le formulaire sur lequel les infirmières ont consigné les informations relatives aux outils et aux facteurs constitue une seconde limite dans cette étude. La présente équipe de recherche n'a pas été impliquée depuis les débuts du projet, et elle a dû composer avec des choix effectués lors de la création du questionnaire. Par exemple, lors de l'extraction des données, il a été constaté que les facteurs n'étaient pas tous exclusifs et que les infirmières ne les mettaient pas tous à jour chaque semaine. Aussi, croyant que les scores de l'ÉPP et de l'Échelle de Braden se devaient d'être corrélés, quelques infirmières ont basé le score de l'ÉPP sur celui de l'Échelle de Braden. Par conséquent, il est impossible d'exclure qu'une partie de la corrélation entre l'ÉPP et l'Échelle de Braden s'explique par l'introduction involontaire de ce biais de la part de quelques infirmières.

Finalement, la présence même du formulaire au sein du centre participant a pu avoir un impact au niveau des résultats. Dans cette maison de soins palliatifs, dès qu'un risque de développer une lésion de pression est suspecté, les infirmières déploient rapidement des interventions de prévention telles que l'utilisation de surfaces thérapeutiques, en plus de celles visant tous les patients (mobilisation, alimentation, gestion sécuritaire de la médication, dépistage du délirium). Le délai est donc court entre l'apparition et la détection par l'infirmière d'un risque, et la mise en place d'interventions pour minimiser le risque de développer une lésion de pression. Afin de remédier à ces lacunes, une autre étude pourrait employer un devis prospectif où le formulaire serait rempli par un auxiliaire de recherche plutôt que l'infirmière soignante, et où la pratique ne serait pas modifiée par les résultats aux tests. Le projet pourrait également se dérouler dans un milieu moins reconnu pour l'exemplarité de ses pratiques cliniques en soins palliatifs et de fin de vie.

IMPLICATIONS

Ce projet comporte d'importantes implications pour la pratique et la recherche. Bien que l'utilisation de l'Échelle de Braden soit répandue, l'incapacité de démontrer la validité de celle-ci devrait susciter de la prudence chez les cliniciens et les gestionnaires, en ce qui a trait à la valeur des scores obtenus pour la clientèle en soins palliatifs. En ce sens, d'autres études doivent être réalisées avec des échantillons plus appropriés et des devis de recherche plus robustes pour éviter de reproduire les biais observés dans le cadre de ce projet. Aussi, les résultats constituent une occasion de rappeler l'importance du jugement global des éléments cliniques susceptibles d'augmenter les risques de développer une lésion de pression. Étant donné que cette étude était rigoureuse, la pertinence clinique et scientifique de ces outils reste à démontrer dans le contexte spécifique des soins palliatifs.

CONCLUSION

Ce projet de recherche, tirant ses origines d'une préoccupation clinique et d'une initiative d'un milieu de soins palliatifs spécialisés, avait pour but d'évaluer la pertinence clinique d'un formulaire d'évaluation du risque de développer une lésion de pression incluant l'Échelle de Braden, l'ÉPP et 22 facteurs de risque. Utilisant un devis rétrospectif, une étude de cohorte a été réalisée. Celle-ci a impliqué l'extraction de données de patients décédés dans cette maison de soins palliatifs. Les données ont été collectées par deux auxiliaires de recherche. Les résultats aux tests statistiques effectués montrent que l'Échelle de Braden est fidèle. Toutefois, suite aux résultats, l'Échelle de Braden et l'ÉPP se sont avérées peu valides. En effet, leurs scores n'ont pas été liés à l'apparition d'une nouvelle lésion de pression au sein de l'échantillon étudié. Certaines limites sont présentes, entre autres sur le plan de l'échantillon et du design. D'autres études sont nécessaires afin de

documenter les facteurs de risque et les outils les plus susceptibles de dépister l'apparition des nouvelles lésions de pression en soins palliatifs. Entre-temps, le jugement clinique de l'infirmière et les interventions de prévention et de traitements demeurent les meilleurs moyens permettant d'offrir les meilleurs soins à la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie.

FINANCEMENT

Ce projet a été rendu possible grâce à la Bourse de recherche 2018 décernée par l'Association québécoise de soins palliatifs.

RÉFÉRENCES

- Adibelli, S. et Korkmaz, F. (2019). Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.15054
- Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Casorso, L. et Lerch, N. (1996). Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12(1), 5-11.
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M. et Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nursing Research*, 47(5), 261-269.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A. et Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.
- Chaplin, J. (2000). Pressure sore risk assessment in palliative care. *J Tissue Viability*, 10(1), 27-31.
- Chen, H. L., Cao, Y. J., Zhang, W., Wang, J. et Huai, B. S. (2015). Braden Scale is not suitable for assessing pressure ulcer risk in individuals aged 80 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 599-601. doi: 10.1111/jgs.13303
- Chen, H. L., Shen, W. Q. et Liu, P. (2016). A Meta-analysis to Evaluate the Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk Assessment in Long-term Care. *Ostomy/Wound Management*, 62(9), 20-28.
- Cronbach, L. J. (1949). *Essentials of psychological testing*. Oxford, England: Harper.
- Cronbach, L. J. et Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281.

- Deng, X., Yu, T. et Hu, A. (2017). Predicting the risk for hospital-acquired pressure ulcers in critical care patients. *Critical Care Nurse*, 37(4), e1-e11.
- Halfens, R. J. G., Van Achterberg, T. et Bal, R. M. (2000). Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 313-319. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00010-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00010-9)
- Heavey, E. (2019). Regression analysis: Quantifying an association to predict future events. Dans E. Heavey (dir.), *Statistics for Nursing: A Practical Approach* (3^e éd., p. 207-239). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Hogan, T. P., Parent, N. et Stephenson, R. (2012). La fidélité des tests. Dans T. P. Hogan, N. Parent et R. Stephenson (dir.), *Introduction à la psychométrie* (2^e éd., p. 73-100). Montréal: Chenelière Éducation.
- King, D. W. et Lashley, R. (2000). A quantifiable alternative to double data entry. *Controlled Clinical Trials*, 21(2), 94-102.
- Kottner, J. et Balzer, K. (2010). Do pressure ulcer risk assessment scales improve clinical practice? *Journal of multidisciplinary healthcare*, 3, 103-111.
- Kring, D. L. (2007). Reliability and validity of the Braden Scale for predicting pressure ulcer risk. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(4), 399-406. doi: 10.1097/01.Won.0000281656.86320.74
- Maida, V., Lau, F., Downing, M. et Yang, J. (2008). Correlation between Braden Scale and Palliative Performance Scale in advanced illness. *International Wound Journal*, 5(4), 585-590. doi: 10.1111/j.1742-481X.2008.00475.x
- Messick, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 35(11), 1012.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). NPUAP Pressure Injury Stages. Récupéré de <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M. et Alvarez-Nieto, C. (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 94-110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x
- Streiner, D. L., Norman, G. R. et Cairney, J. (2014). Validity. Dans D. L. Streiner, G. R. Norman et J. Cairney (dir.), *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (p. 227-253). Oxford: Oxford University Press.
- Victoria Hospice Society. (2006). Palliative performance scale (PPSv2). Dans M. G. Downing et W. Wainwright (dir.), *Medical care of the dying* (p. 120-121). Victoria, British Columbia: Victoria Hospice Society.
- Wang, L. H., Chen, H. L., Yan, H. Y., Gao, J. H., Wang, F., Ming, Y., . . . Ding, J. J. (2015). Inter-rater reliability of three most commonly used pressure ulcer risk assessment scales in clinical practice. *International Wound Journal*, 12(5), 590-594. doi: 10.1111/iwj.12376
- White-Chu, E. (2015). Prognostication and Management of Non-Healable Wounds and Wounds at the End of Life. *Current Geriatrics Reports*, 4(3), 242-248.
- Zaal-Schuller, I. H., Willems, D. L., Ewals, F. V. P. M., van Goudoever, J. B. et de Vos, M. A. (2018). Considering quality of life in end-of-life decisions for severely disabled children. *Research in Developmental Disabilities*, 73, 67-75. doi: 10.1016/j.ridd.2017.12.015