

Table des matières

Résumé	v
Remerciements	ix
Chapitre 1 : introduction	1
Chapitre 2 : Problématique.....	4
2.1- La manière dont la question de départ est survenue	5
2.2- Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers.....	10
2.3- Le lien avec le métaparadigme de la discipline infirmière.....	14
2.4- Les savoirs de Carper.....	16
2.5- Revue exploratoire de la littérature	19
2.6- Les concepts retenus comme pertinents pour notre travail	28
2.7- En quoi cette problématique amènera-t-elle des perspectives / propositions pour la pratique ?	28
Chapitre 3 : les concepts et champs disciplinaires infirmiers	30
3.1- Les concepts pertinents retenus	31
3.2- Cadre théorique.....	47
Chapitre 4 : Méthode.....	52
4.1- Méthode PICOT	53
4.2- Critères de sélection des articles.....	56
Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion.....	59
5.1- Synthèse des résultats des articles.....	60
5.1.1 La qualité de la documentation en utilisant le DSI en matière d'exhaustivité et de précision.....	60
5.1.2 La comparaison du DSI avec le dossier papier	62
5.1.3 Les systèmes de technologie de l'information de santé (STI) intégrant le DSI	64
5.2- Lien avec le modèle conceptuel utilisé.....	67
5.3- Lien avec la question PICOT	68
5.4- Perspectives /propositions pour la pratique	71
Chapitre 6 : Conclusion.....	74
6.1- Apport du travail de Bachelor	75

6.2- Limites.....	78
6.3- Perspectives pour la recherche	79
Appendice A Schéma du NREM.....	ix
Appendice B Tableau des articles retenus	x
Appendice C Grilles adaptées du Fortin (2010)	xii

Liste des tableaux

Tableau 1 : La méthode Picot.....	54
Tableau 2 : Les descripteurs	55
Tableau 3 : Les requêtes de recherche	57

Résumé

Problématique

Les escarres demeurent encore aujourd'hui une problématique de santé publique. En plus des coûts qu'elles engendrent, elles ont un retentissement important sur la qualité de vie du patient. Par conséquent, les institutions de soin intègrent de plus en plus la réduction de prévalence des escarres dans leurs démarches qualité. Toujours dans cette même perspective d'amélioration d'efficience, l'adoption des technologies de l'information et de la communication (TIC) comme le dossier de soin informatisé (DSI), est reconnu comme susceptible d'améliorer les pratiques de soins et d'avoir un impact sur la qualité des soins donnés aux patients. Par conséquent il est important que les soignants intègrent les TIC dans leur pratique afin d'obtenir de bons résultats pour leurs patients.

Objectifs

Le but de cette revue littéraire est de déterminer si l'utilisation du dossier de soin informatisé (en comparaison avec le dossier papier) pour la documentation des soins infirmiers chez les personnes à risques de développer des escarres améliore la qualité de la prévention et contribue à la diminution de la prévalence des escarres.

Méthode

Nous avons formulé une question en se basant sur la méthodologie PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013). Cette question nous a permis de ressortir les mots clés qui ont servi à interroger les bases de données Cinahl, Cochrane et Pubmed afin de constituer notre revue littéraire. Onze articles

ont été sélectionnés après avoir appliqué des critères d'inclusion et d'exclusion. Ces articles ont ensuite été analysés à l'aide de la grille adaptée de Fortin de 2010.

Résultats

Les études ont mis en évidence que l'implémentation du DSI a contribué à améliorer l'exhaustivité et la précision de la documentation infirmière relative aux escarres. La qualité des dossiers électroniques est supérieure à celle des dossiers papiers. L'introduction de modèles pré formulés ont permis une amélioration significative des données saisies dans le dossier du patient. Toutefois, malgré ces améliorations la documentation présente toujours des lacunes et ne reflète pas la démarche infirmière. De plus, les données ne sont pas assez fiables pour l'évaluation de la qualité des soins et de la prévalence des escarres.

Discussion

Le DSI peut contribuer à l'amélioration de la précision et de l'exhaustivité de la documentation infirmière relative à la prévention des escarres. Toutefois, les soignants ont besoin d'être formés sur la prévention des escarres et à l'utilisation de cet outil. L'intégration de formulaires structurés, de systèmes d'aide à la décision et de rappel a démontré des résultats promettant afin de soutenir les soignants dans la saisie de données précises et la surveillance des patients à risque de développer des escarres. L'implication et l'intérêt du management lors de l'implémentation de

nouvelles technologies est un des facteurs de succès rapportés dans cette revue.

D'autres recherches seraient nécessaires afin de mieux cerner les éléments facilitant et contraignants à l'adoption des technologies de l'information par les soignants.

Mots-clés : l'escarre, la prévention, la qualité, le dossier de soins informatisé, documentation infirmière, *pressure ulcer*, *health record*, *nursing documentation*, *prevention*.

Remerciements

Pour commencer, nous tenons à remercier notre directeur de travail de *Bachelor*, Monsieur Schirlin Olivier, enseignant à la He-Arc Santé et également responsable du module recherche pour sa disponibilité, et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de ce travail.

Monsieur Correia De Oliveira Domingos, enseignant à la He-Arc Santé pour ses propositions et ses conseils en matière des *E-health*.

Monsieur Comte Pascal enseignant à la He-Arc Santé pour ses apports et sa guidance durant les séminaires dédiés à l'élaboration du travail de *Bachelor*.

Monsieur Fasel Paul infirmier référent du Système Informatique Clinique (SIC) ainsi que sa collègue de l'hôpital du Jura pour avoir pris le temps de répondre à nos questions sur le dossier de soins du patient.

Monsieur Colombo Stéphane, enseignant au Centre de Formation Berne Francophone pour avoir pris le temps de corriger notre travail de *Bachelor*.

Enfin, nous voulons remercier nos familles, pour leur soutien infaillible dans les moments difficiles et d'avoir cru en nous.

Chapitre 1 : introduction

Avec une population vieillissante, la complexité des soins, le nombre croissant de connaissances et d'informations circulant entre les différents acteurs de la santé, les exigences sociales et économiques font que les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont devenues incontournables afin d'améliorer la qualité des soins.

Les infirmiers¹ sont le plus grand groupe dispensateur de soins dans le réseau de la santé et par ce fait ils sont amenés à intégrer ces nouvelles technologies dans leur pratique. L'implémentation progressive de dossiers de soins informatisés ces dernières années dans les hôpitaux a, sans aucun doute, contribué à l'amélioration de certains aspects du travail infirmier, mais a-t-il pour autant amélioré le processus de travail des infirmiers ?

Afin de répondre à cette question nous nous sommes penchés sur les escarres. Aujourd'hui, dans la majorité des hôpitaux à travers le monde, l'escarre est de plus en plus admise comme un indicateur de la qualité des soins infirmiers. La prévention des escarres reste un défi majeur pour les soignants.

Dans le cadre de la dernière année de notre formation, nous sommes amenés à réaliser un travail de *Bachelor* qui se présente sous la forme d'une revue de littérature. Notre groupe s'est intéressé à l'impact de l'introduction du DSI sur la qualité des soins de prévention des escarres.

¹ Infirmier : Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique pour désigner les infirmiers et les infirmières dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Ce choix est motivé par le fait que les infirmiers jouent un rôle essentiel dans la prévention des escarres et l'usage qu'ils vont faire du dossier de soins informatisé va incontestablement avoir un impact sur les résultats de soins du patient.

Ce travail s'articule en plusieurs chapitres. Pour commencer, notre problématique expose l'ampleur du phénomène des escarres et notre questionnement de départ. Le chapitre suivant est une recension d'écrits qui traitent de la prévention des escarres et de l'utilisation du dossier de soins informatisé dans la pratique infirmière. Dans un deuxième temps, nous développerons les concepts pertinents retenus pour notre travail. Un cadre de référence est présenté pour appuyer notre questionnement. Par la suite, dans la partie méthodologie, grâce à des mots clés issus de la question de recherche formulée avec l'outil PICOT, nous avons interrogé diverses bases de données qui nous ont permis de sélectionner onze articles scientifiques pertinents pour notre thématique. Pour conclure, nous exposerons un résumé des articles analysés à l'aide de la grille adaptée de Fortin (2010).

Chapitre 2 : Problématique

2.1- La manière dont la question de départ est survenue

En tant qu'étudiants infirmiers, nous avons tous été confrontés, durant nos périodes pratiques, à un patient ayant le risque de développer une escarre ou qui en a développé une durant son hospitalisation. Malgré la diversité des protocoles, des recommandations faites par des experts et la diversité des outils de prévention, nous avons constaté que la lutte contre les escarres reste un souci quotidien pour les équipes soignantes hospitalières et extra-hospitalières. L'escarre est une pathologie fréquente qui touche souvent les personnes âgées, les personnes atteintes de déficiences neurologiques et les patients en réanimation. Toute équipe soignante, que cela soit dans un hôpital, en institution pour personnes âgées ou à domicile est concernée par la prévention des escarres. Les facteurs de risques sont largement connus et documentés. On recense principalement l'immobilité et la malnutrition.

Les infirmiers, par leur présence constante auprès du patient, sont au cœur de la prévention des escarres. En effet, le soignant va dépister les patients risquant de développer des escarres et va identifier les facteurs de risques chez ces personnes afin de mettre en place des interventions de prévention qui relèvent de son propre rôle ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

En comparant nos expériences au sujet de la prévention des escarres, nous avons constaté, en premier lieu, que malgré l'existence de protocoles et de *guidelines* destinés à la prévention des escarres, les soignants n'y font pas

toujours référence dans leur démarche de prévention. Les outils de dépistage, tels que l'échelle de Braden, étaient peu utilisés, ou quand c'était le cas les évaluations n'étaient pas toujours reconduites dans le temps. Les plans de soins n'étaient pas toujours complétés et mis à jour. Les outils qui permettent d'évaluer le degré d'autonomie du patient ne sont pas toujours complétés à temps ou les évaluations ne sont pas toujours reconduites.

Les protocoles des pansements mis en place étaient parfois omis ou on remarquait une disparité entre ce qui était documenté dans le dossier de soins et ce qui était observé directement chez le patient. On prenait rarement des photos des escarres pour pouvoir faire par la suite une évaluation objective des interventions ou des traitements mis en place. Enfin, nous avons constaté qu'il n'existait pas de statistiques permettant de se rendre compte de l'ampleur du problème et d'évaluer la qualité et l'efficacité des interventions mises en place par les soignants.

Un autre aspect, non-négligeable dans la prévention des escarres, est celui de la documentation infirmière. En effet, pour rendre compte de l'évolution de la situation d'un patient risquant de développer une escarre ou en présentant déjà une, il est de la responsabilité professionnelle de l'infirmier de noter toutes les observations et les décisions cliniques prises à l'égard de ce problème. Cette action permet non seulement de garantir la continuité des soins, mais aussi d'évaluer régulièrement l'efficacité des soins dispensés.

Les transmissions écrites sont au cœur de la communication infirmière, elles permettent de garantir la traçabilité et la continuité des soins dans une logique commune. La forme structurée des transmissions écrites permettent à celui qui les consulte de se rendre compte rapidement d'un nouveau problème de santé auquel il faut être attentif, d'un changement de l'état du patient et de sa réaction face aux soins reçus. Ces transmissions sont régulièrement consultées par toutes les personnes qui interviennent auprès du patient, c'est pour cela que l'information transmise se doit d'être de qualité. Selon l'organisation des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (2002), pour assurer des soins sécuritaires et de qualité, la documentation infirmière doit contenir des informations pertinentes, exactes et complètes.

En se penchant sur les transmissions écrites traitant du problème des escarres durant nos stages, nous avons remarqué qu'il existait des lacunes. À l'admission du patient, les éléments clés sur l'état cutané, tels que la température, l'humidité, la couleur et l'intégrité de la peau ne figuraient que rarement dans les notes infirmières. Les mesures préventives mises en place n'étaient pas toujours indiquées. Même si les transmissions écrites respectaient la nomenclature D (pour Données), A (pour Action) et R (pour Résultat), il manquait souvent le résultat des interventions mises en place, résultat pourtant nécessaire à l'évaluation des actions.

Le langage utilisé pour décrire l'escarre ou la plaie était parfois flou et ne respectait pas forcément une terminologie infirmière. Il manquait souvent

des informations clés qui permettraient d'identifier le stade de l'escarre telles que sa taille, sa couleur, la présence d'exsudat et l'état de la peau périlésionnelle. Le protocole de pansement mis en place n'était pas toujours documenté ou était incomplet. Enfin, nous avons remarqué que nous n'avions que peu d'informations sur la réaction du patient et son ressenti face à sa problématique de santé.

L'arrivée du dossier de soins informatisé (DSI) dans les soins a beaucoup changé les pratiques infirmières surtout au niveau de l'enregistrement des données et les diverses surveillances. Nous avons eu l'occasion durant nos stages d'accéder au DSI, ceci nous a permis de nous rendre compte des avantages suivants : un accès rapide aux données du patient et une vue globale de sa situation de santé (i.e. le diagnostic principal, les traitements en cours, les allergies, les antécédents, les résultats du laboratoire, de radiologie,...) et un gain de temps dans la saisie de l'anamnèse grâce à des formulaires intégrés. Nous avons constaté un échange de données plus fluide et rapide entre les différents collaborateurs et entre les structures de soins, la possibilité d'insérer des données multimédias ainsi que l'intégration d'outils pour quantifier la charge du travail.

En lien avec la prévention des escarres, le DSI permet à l'infirmier de faire une anamnèse complète et une évaluation des capacités d'auto-soin des patients et de mise en évidence des problèmes et des risques de santé auxquels la personne est exposée dès son entrée dans le service, tels que le degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité,

l'état nutritionnel, la continence, pour ne citer que ceux-là. L'informatisation de l'échelle de Braden permet aux soignants un accès rapide à un outil fiable et valide pour l'évaluation du risque de développer des escarres chez le patient dès son admission.

Une représentation du corps humain, permet au soignant, en un clic de souris, d'indiquer la localisation exacte de l'escarre, d'une plaie, d'un pansement, d'un dispositif médical, ou d'un équipement de prévention. Des zones de texte et des listes déroulantes facilitent la saisie des détails du pansement ou du matériel mis en place.

Une vue des tâches infirmières permet au soignant de prendre connaissance, à tout moment, des actions de prévention ou de traitements mises en place pour un patient qui a une escarre. Lorsque les actions sont planifiées pour un patient (ex. vérifier le pansement au bras droit tous les jours à 09:00), le soignant est obligé de valider cette action. Si ce n'est pas le cas, il doit le justifier, sinon cela apparaît dans le système comme une action non faite. Ceci améliore l'évaluation des actions infirmières, garantit la continuité et la traçabilité des soins.

L'informatisation a rendu l'accès aux transmissions écrites plus rapides et la récupération des anciennes entrées depuis l'admission du patient plus faciles. Grâce à une saisie intuitive, nous pouvons trouver les diagnostics infirmiers les plus courants en entrant un mot clé. Par exemple, en entrant le terme « peau », nous allons obtenir la cible « état cutané altéré ». Par la suite, le soignant remplit les rubriques données, actions et résultats. Des

interventions sont également proposées au soignant en lien avec le diagnostic infirmier sélectionné et il a alors le choix de les cocher ou de saisir un texte.

Les transmissions écrites sont ainsi structurées et mettent en évidence les problèmes de santé du patient qui nécessitent une attention immédiate de la part du soignant pour garantir un meilleur suivi, une continuité dans les soins et une visibilité du travail infirmier. Toutefois, tout cela n'est possible que si l'infirmier s'inscrit dans une démarche de soin et met en place un plan de soins basé sur toutes les observations et les données recueillies grâce aux diverses grilles et outils intégrés dans le DSI.

2.2- Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

Les escarres sont considérées comme des événements indésirables qui surviennent en cours d'hospitalisation et qui peuvent être évités. Les escarres sont aujourd'hui largement reconnues comme un critère de qualité des soins infirmiers. Barazzoni et al. (2000), indiquent dans le rapport annuel de l'organisation FoQual qui s'occupe d'évaluer la qualité des soins des hôpitaux de Genève (Suisse), que : « De nombreuses études réalisées ces dernières années ont montré que les escarres sont un indicateur de qualité sur lequel il est possible d'agir à condition de disposer de ressources en personnel et de matériel de prévention adéquats » (p.19)

En se penchant sur les études épidémiologiques menées par divers pays, nous avons constaté que la prévalence des escarres dans les hôpitaux et les institutions de soins reste encore aujourd'hui importante.

En Suisse, depuis 2011, l'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a mandaté la haute école spécialisée bernoise de mesurer la prévalence des escarres dans les hôpitaux en médecine somatique aiguë. Les premiers résultats publiés dans le rapport intitulé *Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres (2013)* indiquent un taux de 4,6%. Ils soulignent que la Suisse se situe dans les valeurs basses en comparaison avec une fourchette mondiale entre 5,0% et 11,6%. La mesure internationale des indicateurs de soins, *International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ)*, 2011, qui a mené des études de prévalence des escarres dans quatre pays européens indique que 3% des personnes hospitalisées dans les hôpitaux suisses et ayant participé à l'étude avaient des escarres de stade 2, 3 et 4 et que 2,6% des personnes en établissements médico-sociaux, toujours en excluant le stade 1, étaient touchés par les escarres (p. 6).

Les répercussions des escarres sur la qualité de vie du patient sont incontestables. En effet, nous avons pu observer dans nos diverses expériences que l'apparition des escarres entraîne une souffrance physique et psychique et une perte d'autonomie chez le patient. Sur le plan physique, les escarres engendrent des douleurs, des troubles du sommeil, et induisent parfois des complications, telles que des infections allant jusqu'à la mortalité.



Sur le plan psychologique, il y a une atteinte de l'image corporelle et de la dignité de la personne. Enfin, la douleur, l'anxiété et certains appareils nécessaires au traitement des plaies d'escarres affectent les relations sociales de la personne et la poussent à l'isolement (Essex, Clark, Sims, Warriner, & Cullum, 2009).

D'autre part, le traitement des escarres représente une lourde charge économique en matière de ressources matérielles et humaines pour les institutions de santé à travers le monde. Au Canada, le traitement d'une plaie d'escarre durant un mois coûte 9 000 dollars à la communauté (Baker, Boyce, Gairy, & Mighty, 2011). En Angleterre, une étude de Dealy, Posnet et Walker (2012) a démontré que le coût d'une escarre de stade 4 est 10 à 20 fois plus élevé qu'une escarre de stade 1 (£ 1,214 vs £ 14,108).

En France, les escarres sont reconnues comme un événement indésirable associé aux soins en hôpital. À titre d'exemple, Nestrigue et Or (2011) indiquent qu'en 2007 les escarres de stade 3 ont causé un prolongement du séjour d'hospitalisation de 14,7 et de 11,2 jours et ont engendré un surcoût de 155 millions d'euros.

Selon Goulet et Dallaire (2002), l'infirmière est responsable de promouvoir la santé tout en prévenant la maladie et en soulageant la souffrance. Plusieurs auteurs mentionnent d'ailleurs que la prévention des escarres constitue une activité fondamentale des soins infirmiers (Gunningberg, 2000). L'infirmier, de par son rôle autonome et sa présence 24 heures sur 24h, 7 jours sur 7, auprès du patient est directement impliqué dans les

aspects clés de la prévention, telles que l'évaluation des risques, la gradation des escarres, la mise en place de supports dynamiques permettant d'éliminer les pressions, l'élaboration de plans de soins, l'évaluation des interventions, la documentation des observations et des actions mises en place (Athlin, Idvall, Jernfalt & Johansson, 2010; Hulsenboom, Bours & Halfens, 2007).

Les facteurs de risque de développer une escarre sont largement documentés et reconnus dans les soins. Prévenir les escarres est un processus de soin impliquant le dépistage, la mise en place d'un plan de soins et des transmissions ciblées exhaustives afin de mieux suivre l'évolution de la situation de tout patient à risque ou souffrant de cette pathologie. Notre questionnement est alors orienté vers le dossier de soins informatisé et comment il soutient le travail infirmier dans la prévention des escarres. Notre question de départ se formule de la façon suivante :

- L'introduction du DSI améliore-t-il la qualité des soins dans la prévention des escarres ?

2.3- Le lien avec le métaparadigme de la discipline infirmière

Fawcett (1978 ; dans Pépin, Kerouac et Ducharme, 2010) a été la première penseuse et chercheuse à proposer un métaparadigme infirmier composé de quatre concepts qu'elle considère comme centraux à la discipline infirmière : l'être humain, la santé, l'environnement et le soin ainsi que les quatre propositions qui les réunissent. Comme notre questionnement découle du champ clinique de la profession infirmière, il est donc nécessaire de mettre en évidence ces concepts centraux.

L'être humain

Il se réfère à la personne, à un groupe familial et communautaire. L'être humain est considéré comme un être unitaire, il doit être reconnu dans sa totalité physique, psychique, sociale et spirituelle. L'infirmier est un être unitaire de par ses connaissances, ses valeurs, ses compétences et ses capacités d'adaptation au changement évoluant au sein d'une équipe soignante. De ce fait, l'implémentation du DSI peut susciter des réactions et des utilisations variées de la part des soignants, ce qui peut influencer la prise en charge du patient.

La santé

C'est un état de bien-être ressenti par la personne, qu'elle soit dans un état optimal de santé ou en phase terminale. L'infirmier, en se basant sur ses observations, met en place des interventions, afin de prévenir la survenue des escarres, dont l'objectif est de maintenir la santé du patient et

d'empêcher toute détérioration. Il fait cela en s'appuyant sur divers outils et ressources. L'utilisation correcte de ces derniers va influencer les résultats attendus.

L'environnement

L'être humain évolue dans un environnement qui est vu au sens large. En effet, il englobe autant le milieu physique que le milieu social du patient ainsi que le contexte dans lequel les soins infirmiers prennent place. Cet environnement est en perpétuel changement et peut influencer les comportements ainsi que le développement de chaque personne.

En détectant et ciblant les facteurs de risques, l'infirmier intervient auprès du patient en agissant sur son environnement afin de prévenir le développement d'une plaie de pression ou la détérioration d'une plaie constituée. Il agira en collaboration avec le patient et avec les autres professionnels sur les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui contribuent au développement des escarres. Par exemple, il mettra en place un matelas thérapeutique, collaborera avec une stomathérapeute afin de trouver un protocole de pansement et mettra en place un programme de changement de position aux 2 heures afin de soulager les points d'appuis.

L'environnement représente également la structure au niveau de l'organisation du travail, des outils et des ressources utilisées créant un impact sur la qualité et l'efficacité des soins infirmiers. Il existe indéniablement un lien entre la qualité des soins et les outils de prévention à disposition du soignant. Le DSI apparaît comme un outil qui contribue à

l'optimisation et à l'amélioration du travail infirmier lors de la prévention des escarres.

Le soin :

Ce concept est au centre de la discipline infirmière. Il désigne les actions que l'infirmier va entreprendre à la place de la personne ou en collaboration avec celle-ci afin de l'accompagner dans ses diverses expériences de santé.

Afin de prévenir le risque d'apparition d'escarres, le soignant s'inscrit dans une démarche de soin avec des résultats attendus qui vise à restaurer le bien-être et l'autonomie de la personne soignée. Le DSI comme médian de soins peut être contraignant ou facilitant

2.4- Les savoirs de Carper

L'infirmier dans sa démarche de prévention va d'abord identifier les patients à risque de développer une escarre. Ensuite, il va évaluer ce risque en utilisant des outils valides et fiables. Cette démarche structurée va s'appuyer sur le jugement clinique de l'infirmier qui se base sur diverses connaissances. Dans un contexte qui voit immerger de nouvelles modalités d'exercice de sa profession, l'infirmier mobilise différents savoirs afin de répondre d'une façon optimale au problème de santé du patient.

Dès 1978, Barbara Carper propose quatre catégories de savoirs utiles complémentaires que l'infirmier mobilise dans son raisonnement clinique en fonction de la situation de soins qui se présente à lui. Ces savoirs sont le savoir empirique, éthique, esthétique et personnel.

Le savoir empirique

La connaissance empirique comprend le savoir scientifique de l'infirmier qui repose sur la recherche, l'épidémiologie, les théories et les modèles. Ce savoir repose sur des faits scientifiques factuels et vérifiables. La recherche scientifique crée et vérifie le savoir empirique (Fawcett, Watson, Neuman & Hinton, 2001). Ce savoir concerne les manifestations de la santé et de la maladie. Le soignant va utiliser ses sens pour observer l'état cutané du patient et ses connaissances théoriques sur les facteurs de risque de survenue des escarres. En s'appuyant sur des échelles de dépistage et en utilisant son jugement clinique, il va mettre en place des mesures de prévention issues de la recherche ou des recommandations de bonne pratique clinique. Dans le cas contraire, le manque de connaissances va avoir des répercussions sur la qualité de la prise en charge.

Le savoir éthique

Il fait référence au jugement d'ordre moral. Le soignant fait appel aux valeurs personnelles et professionnelles et aux principes éthiques qui vont lui permettre d'évaluer toutes les alternatives possibles et choisir celle qui respecte les besoins, les désirs et l'autonomie du patient. Ce savoir va permettre à l'infirmier de prendre des décisions responsables et raisonnables pour garantir le bien-être du patient. Par exemple, dans un contexte de soins palliatifs le soignant peut être confronté à un dilemme éthique lorsqu'il s'agira de choisir entre soulager la douleur et prévenir l'apparition d'escarres. En effet, en instaurant un schéma de positionnement aux 2 heures, le patient

peut être en situation d'inconfort, mais le risque d'apparition d'escarres sera diminué. En contrepartie, si nous pallions uniquement à la douleur, le patient risquera de développer des escarres et verra sa qualité de vie diminuée.

Le savoir esthétique

Appelé aussi l'art des soins infirmiers. Il fait appel à la créativité de l'infirmier qui va adapter ses soins en fonction des besoins et des caractéristiques du patient. Par exemple, le soignant va utiliser les techniques d'effleurage pour soulager les points de pression. Il adaptera le matériel thérapeutique de façon créative pour qu'il soit le mieux toléré par le patient.

En reconnaissant le caractère unique de chaque patient, le soignant propose une prise en charge individualisée basée sur l'écoute et l'empathie. Au travers de la relation d'aide, le soignant va impliquer le patient dans le processus de prévention.

Le savoir personnel

Selon Pépin, Kerouac et Ducharme (2010), le savoir personnel prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmier à devenir un être unique, conscient et authentique. Le soignant cherche la compréhension subjective de soi et de l'autre par le biais de son intellect et de son intuition. Par exemple un soignant qui a déjà été exposé à la problématique des escarres sera plus sensible et aura des outils variés pour aborder la situation du patient de façon personnalisée et holistique.

2.5- Revue exploratoire de la littérature

La problématique des escarres est fréquente dans tous les contextes de soins. En plus des coûts qu'elle engendre pour la société, elle est aussi responsable d'inconfort et de douleur pour la personne.

L'escarre est une maladie qui se traite, mais surtout qui peut être prévenue si les mesures de préventions adéquates sont mises en place dès que le risque de développer une escarre est détecté chez le patient (Jordan-O'Brien et Cowman, 2011; Moore et Van Etten, 2011). La prévention est clairement primordiale pour répondre à cette problématique. La littérature scientifique abonde sur ce sujet.

Pour notre revue exploratoire nous allons d'abord commencer par définir l'escarre, les facteurs de risques et les moyens de prévention les plus couramment cités dans la littérature. Nous parlerons également des difficultés mentionnées par les infirmiers et qui entravent la mise en place d'interventions préventives.

L'*European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), en partenariat avec la *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (2009) définit l'escarre qui est parfois appelée plaie de lit ou ulcère de décubitus, comme une lésion cutanée engendrée par une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. Cette compression provoque une ischémie entraînant parfois la nécrose tissulaire. Les escarres sont classifiées selon quatre stades. Cette nomenclature est basée sur la sévérité de la lésion tissulaire : plus le

degré est élevé, plus la lésion tissulaire est importante. Dans la clinique on reconnaît la variabilité et la multiplicité de plusieurs facteurs de risque d'escarres. Toutefois, ces facteurs sont généralement classés en deux catégories. Les facteurs extrinsèques ou mécaniques qui correspondent à la pression, le cisaillement, la friction et la macération. Les facteurs intrinsèques sont inhérents à l'état du patient et englobent plusieurs variables cliniques telles que l'immobilité, l'état nutritionnel, l'hyperthermie, l'incontinence, l'état de la peau, la baisse du débit circulatoire, la neuropathie, l'état psychologique, les maladies aiguës, les pathologies chroniques et les phases terminales (Registered Nurses Association of Ontario, 2005).

Même si les experts s'entendent pour dire que les escarres ne sont pas toutes évitables (Brandeis, Berlowitz & Katz, 2001), il n'en demeure pas moins que pour la majorité des cas leur apparition peut être prévenue (Wipke-Tevis et al., 2004). Aujourd'hui, il y a consensus, tant au Canada et qu'aux Etats-Unis, sur le fait que l'apparition ou l'absence d'une escarre au cours de l'hospitalisation d'un patient est un critère de qualité des soins reçus par ce dernier (Havard, 2007; RNAO, 2005; Woodbury & Houghton, 2004).

Afin d'aider les infirmiers à prodiguer des soins de qualité et de les soutenir dans leur démarche de prévention, des protocoles et des lignes directrices, fondés sur le consensus de groupes d'experts, sont régulièrement établis et diffusés à très grande échelle. Pourtant, diverses études ont démontré que les infirmiers ne suivent pas ces recommandations (Beeckman, Defloor, Schoonhoven, & Vanderwee, 2011).

Le dépistage des patients à risque et la mise en place de mesures préventives sont primordiales. L'étude de Maklebust et Sieggrenn (1996) démontre que la majorité des escarres se développe dans les deux premières semaines suivant l'admission du patient. Le succès de la prévention repose sur une stratégie clé qui est l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque, fiable et valide, pour dépister les personnes les plus exposées aux risques de développer une escarre (Ayello et Sibbald, 2008 ; EPUAP et NPUAP, 2009 ; Ratliff et Tomaselli, 2010). Les échelles les plus reconnues sont l'échelle de Braden (six items avec un score de 6-23) ; l'échelle de Norton (cinq items et un score de 5-20) et l'échelle de Waterlow (11 items et un score de 1-64). Toutes ces échelles incluent des items qui évaluent la mobilité, la nutrition, l'incontinence et l'état cognitif du patient.

Une revue de la littérature conduite par Niederhauser, Van Deussen, Parker, Ayello, Zulkowski et Berlowitz (2012) a compilé les interventions qui ont été évaluées par la recherche et reconnues comme efficaces dans la prévention des escarres. Les interventions nommées sont l'utilisation de supports pour éliminer la pression, tels que les matelas à air, une évaluation régulière de l'état cutané, le repositionnement, un apport nutritionnel adéquat et la mise en place d'un plan de soins individualisé.

Les infirmiers sont des professionnels de la santé qui, de par leur rôle autonome et la nature de leurs interventions quotidiennes, occupent une place de choix dans la prévention des escarres. Qu'il s'agisse de l'évaluation initiale, de la surveillance de l'évolution de l'état de santé de la personne ou



de la prévention des risques, le rôle professionnel de l'infirmier est bien décrit par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) (2014):

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Ce rôle prend toute son ampleur quand il s'agit de la prévention des escarres. Athlin et al. (2010), Bolton et al. (2007), Hulsenboom et al. (2007) expliquent que le rôle du soignant comprend l'évaluation des risques, la gradation des escarres, la mise en place de supports dynamiques qui permettent d'éliminer les pressions, l'élaboration de plans de soins, l'évaluation des interventions mises en place et les transmissions écrites.

Pourtant plusieurs études suggèrent que les patients ne reçoivent pas toujours les soins de prévention adéquats. Vanderwee, Clark, Dealey, Gunningberg, & Defloor (2007) ont trouvé dans une enquête menée dans cinq hôpitaux européens où la prévalence des escarres de stade 1-4 était de 18.1%, que seulement 9.7% des patients avaient bénéficié de soins de prévention appropriés.

La question que l'on peut se poser dans ce cas est :

- Quelles sont les barrières qui empêchent les infirmiers de mettre en place des interventions de prévention des escarres ?

Quelques pistes de réponses ont été apportées dans diverses études. Par exemple, Moore et Price (2004) ont trouvé dans une étude transversale sur les infirmières que des patients trop malades et collaborant peu étaient un obstacle pour mener à bien une évaluation de l'état cutané. D'autres difficultés mentionnées par les infirmières étaient le manque de temps, de personnel, de formation, de ressources et de lignes directrices. Panagiotopoulou et Kerr (2002) ont rapporté dans leur étude des obstacles en lien avec la charge du travail et un accès limité aux résultats de recherche qui traitent de la prévention des escarres.

Un autre aspect non négligeable dans la prévention des escarres est celui du plan de soins. En effet, Moore et Cowman (2008) dans leur étude sur la prévention des escarres insistent sur l'importance de mettre en place un plan de soins dès qu'un risque de développer une escarre est objectivé chez un patient. Selon ces auteurs, cette action a plusieurs bénéfices : tout d'abord garantir des soins de qualité, ensuite offrir un moyen de communication entre les différents intervenants et enfin, rendre visible l'engagement éthique de l'équipe et lui conférer une dimension légale.

Il paraît clair que dans la démarche infirmière en lien avec la prévention des escarres le soignant va collecter un grand nombre d'informations auprès du patient, de son entourage ainsi que de tout autre collaborateur qui va intervenir dans la prise en charge. Toutes ces informations vont servir à évaluer le risque de développer des escarres et à mettre en place un plan de soins individualisé. Toutes ces informations sont

recueillies à l'aide de formulaires, de questionnaires ou d'échelles qui sont regroupées dans le dossier de soins du patient (papier ou informatique).

L'Agence Régionale de Santé (ARS) (2012) donne la définition suivante du dossier de soins : « C'est un document nominatif, personnalisé pour chaque patient, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il est renseigné par les professionnels paramédicaux et sociaux et fait partie intégrante du dossier du patient. »

Il constitue un outil au service de la sécurité et de la qualité des soins pour les patients et pour les professionnels. La qualité de la traçabilité des données présente également des enjeux de professionnalisation et d'amélioration des pratiques.

L'infirmier a un rôle majeur dans l'utilisation et la mise à jour de ce dossier. Il va documenter les soins reçus par le patient et toutes les informations recueillies sur son état de santé. L'informatisation du dossier de soins a permis de structurer de façon logique les données collectées et l'informatisation du plan de soins et de soutenir le soignant dans le processus de prise de décision.

Comme notre travail se porte sur le DSI en lien avec la prévention des escarres et, dans un souci de bien cerner ce sujet, nous nous sommes adressés à des infirmiers qui ont participé à l'élaboration du DSI implémenté depuis deux années dans certaines institutions de soins du Jura. Nos interlocuteurs sont unanimes, l'informatisation du dossier de soins a optimisé le travail des soignants. Moins de feuilles volantes à manipuler et à archiver,

un accès rapide aux informations concernant l'état du patient, un partage plus facile avec les autres collaborateurs, moins d'informations redondantes, un gain en temps de saisies des données, un accès aux notes du médecin, des transferts et des sorties de patients simplifiés et une traçabilité des soins améliorée. Globalement, l'implémentation du DSI est bien accueillie par les soignants.

Une revue de littérature menée par Waneka et Spetz (2010) a par ailleurs résumé les avantages cités par la plupart des soignants qui travaillent dans un environnement doté d'un DSI. Ces avantages ont été résumés en quatre points : (1) amélioration de la qualité des transmissions écrites; (2) réduction des erreurs liées à l'administration des médicaments; (3) report de la satisfaction des infirmiers dans leur travail et (4) implication accrue des infirmiers dans le processus de développement, d'implémentation et d'amélioration des systèmes d'informations destinés à les soutenir dans leur travail.

Il ressort clairement que dans la démarche de prévention des escarres, l'infirmier se doit de documenter ses observations, les interventions mises en place pour prévenir ou traiter l'escarre, l'évaluation de l'efficacité de ces interventions et l'éducation du patient quand elle a eu lieu. L'infirmier se doit aussi d'utiliser la terminologie adéquate et d'être le plus précis possible dans la description de ce qu'il observe. Comme le soulignent Gunningberg, Fogelberg-Dahm, & Ehrenberg (2009), une documentation précise et suivie

est nécessaire pour garantir la sécurité du patient qui présente une problématique d'escarres.

Toutefois, diverses études menées en Suède, Danemark et en Irlande ont montré que les infirmiers n'accordaient pas toujours de l'importance à cette activité. En effet, ces études ont montré que les infirmiers accordaient peu d'importance à la documentation de leurs observations et de leurs interventions, la terminologie utilisée était subjective, inconsistante et ne correspondait pas au système de classification agréé (Moore, Johansen & van Etten, 2013 ; Gunningberg et al., 2000 ; Idvall et Ehrenberg, 2002).

Kerr et Lewis (2000) soutiennent que le format sous lequel la documentation infirmière se présente pourrait entraver les bonnes pratiques de documentation et que les soignants ne savent pas toujours comment et quoi documenter dans un plan de soins traitant d'un problème d'escarres. Jordan-O'Brien et Cowman (2011), en interviewant des infirmiers dans l'objectif d'identifier les raisons qui entravaient le travail de documentation, ont trouvé que le manque de temps ou de personnel, un accès limité au dossier informatisé, un manque de compétence dans la planification des soins et la perception que d'autres soins sont plus prioritaires étaient les raisons avancées par les personnes interviewées.

Un autre aspect auquel les chercheurs se sont intéressés pour expliquer les barrières qui entravent la pratique infirmière en lien avec la prévention des escarres est celui de l'attitude des infirmiers. Dans le langage courant, l'attitude renvoie à l'idée de posture, la manière de se tenir. En psychologie,

l'attitude exprime un positionnement, une orientation générale qui peut être positive ou négative lorsque nous sommes face à un objet. Cette attitude va influencer le comportement de la personne.

Par exemple, Maylor et Torrance (1999) affirment que les infirmiers qui utilisent les *guidelines* pour la prévention des escarres, sont plus disposés à entreprendre les actions nécessaires pour remédier aux problèmes. À l'inverse, Ayello et Meaney (2003) ont constaté que la prévalence des escarres augmente quand les infirmiers ont une attitude négative par rapport à la prévention des escarres. En revanche, Moore et Price (2004) ont trouvé que les infirmiers ont généralement une attitude positive envers la prévention des escarres, mais qu'elle devient négative à cause du manque de temps, de connaissances et de ressources (Moore et Price, 2004).

Cette revue exploratoire de la littérature met en évidence que l'informatisation du dossier de soin peut contribuer à l'amélioration de la qualité de la prévention des escarres notamment sur le plan de la documentation grâce à des plans de soins standardisés et à des outils intégrés qui permettent des recueils de données exhaustifs.

De plus, le DSI peut contribuer à fournir des données quantitatives sur la prévalence des escarres dans les institutions de soins, statistiques qui seraient utiles pour évaluer l'efficacité et la qualité des interventions mises en place.

2.6- Les concepts retenus comme pertinents pour notre travail

Après une revue exploratoire sur la thématique de la prévention des escarres en lien avec le dossier de soins informatisé, nous avons sélectionné les concepts qui nous paraissent pertinents et qui sont l'escarre, la prévention, la qualité, le dossier de soins informatisé et la documentation infirmière.

Nous avons opté pour ces concepts, car nous avons constaté que dans la littérature consultée la documentation infirmière était souvent invoquée en lien avec la qualité de la prévention des escarres. Comme notre travail porte sur l'apport du DSI, nous avons jugé pertinent de nous intéresser à la manière par laquelle l'informatisation du dossier de soin a amélioré la qualité de la documentation infirmière dans la prévention des escarres.

2.7- En quoi cette problématique amènera-t-elle des perspectives / propositions pour la pratique ?

Les escarres ont un impact sur la qualité de vie du patient et coûtent cher aux institutions de soins. Elles sont aujourd'hui considérées comme des indicateurs de la qualité de soins. Les infirmiers sont au cœur de ce problème de santé publique de par leur rôle propre et autonome. Ils sont le plus important groupe dispensateur de soins et les plus grands utilisateurs des technologies de la communication et de l'information dans les soins.

Mettre l'informatique au service de la prévention des escarres prend toute son importance lorsque l'objectif est d'offrir des soins de qualité aux patients dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de qualité. L'implémentation du dossier de soins informatisé est un moyen pour optimiser le travail des soignants et de les soutenir dans leur pratique.

De nombreuses études font état de l'amélioration de la qualité des soins après l'implémentation du DSI. Nous mettons en évidence une meilleure adhésion aux recommandations de bonne pratique, une meilleure surveillance et évaluation de l'état de santé du patient et une diminution des erreurs liées aux médicaments (Chaudry et al., 2006).

À travers ce travail nous souhaitons explorer comment le DSI peut soutenir les infirmiers dans leur démarche de prévention des escarres et identifier les éléments facilitateurs ou contraignants lors de l'implémentation de cet outil. Nous n'avons pas la prétention de trouver une solution au problème de la prévention des escarres à travers l'informatisation du dossier de soins, mais plutôt de trouver des pistes pour soutenir les infirmiers afin qu'ils tirent le plus grand avantage de cet outil afin d'améliorer la qualité des soins en matière de prévention.

Un autre point de vue que nous voulons soutenir au travers de ce travail est que le DSI peut contribuer à rendre le travail infirmier visible, que ce soit dans la pratique ou la recherche, à condition que les soignants s'impliquent davantage dans la conception et l'amélioration des logiciels qui leurs sont proposés.

**Chapitre 3 : les concepts et champs
disciplinaires infirmiers**

3.1- Les concepts pertinents retenus

L'escarre :

L'escarre est une plaie de pression résultant de l'hypoxie tissulaire provoquée par la compression des tissus mous entre deux plans durs. Le rôle de la pression et de la perte de mobilité est prédominant. En effet, le développement pathologique d'une escarre repose sur la restriction ou même le blocage total du flux sanguin. L'escarre est également décrite comme une plaie de forme conique à base profonde, ce qui la différencie des abrasions cutanées.

Les causes des escarres sont multifactorielles. Nous distinguons des facteurs extrinsèques et intrinsèques qui se combinent et se renforcent mutuellement.

Dans un document de consensus sur la prévention des plaies d'escarres (Wound International, 2010), les auteurs recensent quatre facteurs extrinsèques principaux impliqués dans l'apparition des escarres. La pression, le cisaillement, la force de friction et le microclimat et soulignent l'importance de comprendre le rôle de chaque facteur et le lien entre eux.

En effet, la compression tissulaire joue un rôle essentiel dans l'apparition de l'escarre. La pression est une force perpendiculaire excessive et continue qui va s'exercer au-dessus d'une saillie osseuse créant progressivement une diminution du flux sanguin et par conséquent une hypoxie des tissus. L'effet délétère de la pression dépend de son intensité et de sa durée.



Par contre la friction et le cisaillement sont des forces parallèles qui agressent et qui déforment les tissus. Le microclimat fait référence à la température et à l'humidité entre le support et la peau. L'association de tous ces éléments crée un effet synergique qui potentialise le développement d'escarres.

Pour ce qui est des facteurs intrinsèques (propres à la personne), nous citerons l'âge, la dénutrition, la déshydratation, l'immobilité, l'état de conscience, les troubles vasculaires et les comorbidités (RNAO, 2005).

Dans la pathologie des escarres, la prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. Elle est l'objet de recommandations aux États-Unis depuis 1992 (AHCPR, 1992) et plus récemment en Europe (EPUAP, 1999 ; RCN/NICE, 2001). Afin de diminuer l'ampleur de ce problème, les recommandations de pratique pour le traitement et la prévention des escarres proposées incluent la diminution de la pression par le repositionnement (les changements de position doivent être planifiés toutes les deux à trois heures), l'utilisation de certains supports (matelas anti-escarres, coussins de siège), l'observation de l'état cutané (examiner les zones à risque et détecter tout signe précoce d'altération cutanée), assurer l'équilibre nutritionnel en corrigeant les carences, l'éducation du patient et de son entourage et enfin garantir la continuité des soins par la documentation des facteurs de risques, des interventions mises en place et des résultats.

Le dépistage des personnes risquant de développer une escarre repose sur une observation régulière de l'état cutané, l'utilisation d'un outil de dépistage valide et fiable et du jugement clinique (NPUAP & EPUAP, 2009).

En pratique il existe plus de quarante échelles d'évaluation du risque d'escarres (Thompson, 2005). Les plus connues sont l'échelle de Braden, de Norton et de Waterlow. Ces échelles sont utilisées dans les soins depuis environ cinquante ans et on ne sait toujours pas à quel point leur utilisation améliore les résultats de santé des patients (Anthony, Parboteeah, Saleh, & Papanikolaou, 2008; Moore & Cowman, 2008).

Le principe des échelles repose sur la sélection de plusieurs facteurs de risque ressentis constituant des domaines. Chaque domaine comporte plusieurs items ou critères auxquels sont donnés des notes en fonction de l'état des patients, permettant ainsi d'obtenir un score global. Pour chaque échelle, il existe un score seuil qui détermine l'apparition d'escarres ou établit une classe de risque. Dans ce qui suit, nous présenterons les trois échelles qui sont le plus souvent utilisées dans les soins.

Echelle de Braden :

Son objectif est de prévoir les escarres à l'aide d'un score à risque. Elle est valable pour tous types de patient (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina, & Alvarez-Nieto, 2006).

Elle est composée de six items : la perception sensorielle, l'humidité de la peau, l'activité, la mobilité, la nutrition, la présence de forces de friction et de cisaillement. Pour chaque item une note allant de 1 à 3 ou 4 est attribuée. Le

score total de ces six items va de 6 à 23. Le seuil de risque est fixé à 17, cela signifie que les patients qui ont un score en dessous de 17 risquent de développer une escarre de décubitus.

Echelle de Norton :

Son objectif est de prévoir la survenue d'escarres de décubitus à l'aide d'un score de risque. Elle est composée de 5 items: l'état physique, l'état mental, le niveau d'activité, la mobilité, l'incontinence. Pour chaque item une note allant de 1 à 4 est attribuée, le score total allant de 5 à 20.

Le seuil de risque est fixé à 14, cela signifie que les patients qui ont un score en dessous de 14 sont à considérer comme risquant de développer une escarre de décubitus (Pancorbo-Hidalgo et al., 2006).

Echelle de Waterlow :

L'objectif de cette échelle est de prévenir la survenue des escarres à l'aide d'un score à risque. Elle est composée de plusieurs items : la masse corporelle, la continence, l'aspect visuel de la peau, la mobilité, le sexe, l'âge et l'appétit. À ces items, s'ajoutent les risques particuliers qui englobent la malnutrition des tissus (cachexie, anémie, tabagisme,..), la déficience neurologique (diabète, sclérose en plaque,...), la chirurgie / traumatisme (orthopédie, colonne vertébrale,...) ainsi que les médicaments (cytotoxiques, corticoïdes à haute dose, anti-inflammatoires). Tous ces items sont notés de 1 à 20. Les patients ayant un score au-dessus de 10 sont susceptibles de développer une escarre (Anthony et al., 2008).

La prévention :

La notion de prévention dans le domaine de la santé est complexe et peut prendre plusieurs aspects. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1948) : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'OMS (1948) propose trois niveaux de prévention allant des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition de pathologies jusqu'à leur thérapeutique, en préparant éventuellement la réinsertion des malades.

La prévention primaire :

Elle comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

La prévention secondaire :

Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. À ce stade, les actions de prévention interviennent au tout début de la pathologie et visent à arrêter son évolution ou encore à éliminer les facteurs de risque.

La prévention tertiaire :

Ensemble de tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle comporte les mêmes prestations que la prévention primaire (Simon & Warnet, 2010).

Pour notre travail, nous nous intéressons plus particulièrement à la prévention primaire et secondaire. En effet, il s'agit des actions préventives qui visent tous les patients dont l'état cutané est intact, mais chez lesquels le risque de développer une escarre a été identifié et qui visent à éviter l'apparition de nouvelles escarres chez les personnes ayant déjà développé une.

La qualité :

La notion de qualité est apparue dans le monde industriel après la Seconde Guerre mondiale. Au sens large du terme la qualité est ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne (Larousse). C'est dans les années 1960 que cette notion est introduite dans le domaine de la santé, notamment aux Etats-Unis, suite à des critiques fréquentes concernant le coût et la qualité de soins fournis (Formarier et Jovic, 2012).

Pour notre travail nous avons choisi de présenter trois différentes définitions de la qualité dans les soins.

Selon l'OMS (1982, dans Formarier et Jovic, 2012, p.256), c'est :

Une démarche qui doit garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains.

Dans cette définition, l'OMS place le patient au centre de la notion de qualité en faisant le lien entre le service rendu à ce dernier et le résultat qui

en découle. L'OMS introduit la notion du moindre coût et de soins sécuritaires (moindre risque iatrogénique).

Quant au Conseil International des Infirmières (CII) (1986, dans Formarier et Jovic, 2012, p.257), il propose la définition suivante :

La qualité des soins infirmiers est le degré de conformité des soins donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance. La norme correspond au niveau à atteindre. Elle est fixée en fonction de ce qui est souhaitable pour le client et l'avancée des connaissances.

Cette définition met en avant la notion de normes et d'évaluation qui sont indissociables de celle de la qualité. Selon Jacquerye (1983) « évaluer une qualité consiste à estimer un écart existant entre une situation observée et une situation considérée comme optimale » (p. 11). Pour dire qu'un soin est de qualité, il est nécessaire de le mettre en regard avec des normes professionnelles et en estimer l'écart.

Néanmoins, les normes professionnelles dictées par l'institution, les lois, et les décrets qui régissent la profession sont des représentations mentales générales et abstraites. C'est pour cela que des indicateurs et des critères sont sélectionnés pour mesurer la qualité de façon objective. Par exemple dans les soins infirmiers la norme professionnelle est d'utiliser la « démarche de soins » pour élaborer un projet de soins ou de vie avec le patient. Cette norme énoncée de cette façon n'est pas quantifiable, par contre, sachant que la démarche de soins est composée de plusieurs étapes (recueil de données, analyse, planification, intervention et évaluation) on pourra évaluer la qualité

du soin au travers de la qualité des données recueillies, du jugement clinique et enfin des résultats obtenus.

La définition la plus largement reconnue est celle de l'Institut de médecine des États-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Cette définition est plus flexible, adaptée à tous les contextes et touche tous les professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens...). En utilisant le mot « probabilité », nous admettons que la qualité ne peut pas toujours aboutir au résultat souhaité.

L'Association Suisse des Infirmiers considère la qualité des soins infirmiers comme une responsabilité professionnelle et éthique. En s'inscrivant dans une démarche de soins, le soignant dans son rôle autonome a la responsabilité de recueillir toutes les données pertinentes à la situation de santé du patient incluant la perception et les besoins de ce dernier afin de mettre en place des mesures thérapeutiques, préventives ou palliatives basées sur des données probantes.

En effectuant une synthèse de ces différentes définitions, il est possible d'affirmer que la qualité des soins est un concept multidimensionnel, dynamique et évolutif et ne prend pas toujours le même sens pour le patient, la famille, le professionnel de la santé, l'établissement ou la structure de

soins. Le caractère dynamique vient aussi du fait que la qualité dépend des connaissances et de la technologie disponibles dans le moment.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) a défini en 1991 les différentes composantes de la qualité des soins et des services qui sont : l'accessibilité, l'acceptabilité, le caractère approprié, la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité, l'efficience, et la sécurité que nous définissons dans le paragraphe qui suit.

L'efficacité est souvent la première dimension prise en considération pour mesurer la qualité des soins. C'est un indicateur des soins prodigués au patient et qui ont atteint le résultat escompté en restaurant ou maintenant la santé. L'efficience est liée à l'utilisation des ressources de façon optimale en obtenant les meilleurs résultats au meilleur coût. La sécurité se mesure à l'absence d'incidents indésirables que ce soit pour le patient ou pour le professionnel de la santé. Le caractère approprié renvoie à l'adéquation des soins reçus par le patient qui doivent s'appuyer sur les dernières connaissances scientifiques disponibles. L'accessibilité implique que l'utilisateur doit avoir accès au moment opportun aux soins dont il a besoin quels que soient son lieu d'habitation, son handicap et ses ressources financières. La continuité indique la coordination des soins entre les différents professionnels permettant ainsi une prise en charge continue.

Pour conclure, la qualité des soins vise à obtenir le meilleur résultat pour le patient. L'objectif de l'évaluation de cette qualité est d'assurer une

amélioration continue de la qualité des soins parallèlement à une utilisation optimale des ressources.

Le dossier de soins informatisé (DSI) :

Nos diverses recherches pour définir le dossier de soins nous ont amené à constater qu'il existait plusieurs appellations « dossier de soins infirmiers », « dossier du patient », « dossier de soins ». Dans un souci de constance, nous allons utiliser l'appellation « dossier de soins » tout au long de notre travail.

Le dossier de soins est défini comme « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée » (Lelièvre, 2003, p.43).

De façon général, le dossier de soins est composé de trois volets : le dossier administratif contenant les informations administratives et sociales du patient; le volet médical réunissant les comptes rendus de consultation, les résultats d'analyses et les correspondances entre praticiens ; enfin, le volet appelé « dossier de soins infirmiers » où se trouvent la planification des soins propres et des soins techniques, les feuilles des traitements, les feuilles de suivi de l'état du patient (constantes, poids, plaies...), les transmissions écrites qui renseignent sur l'évolution du patient et les actions entreprises et, parfois, nous pouvons trouver un plan de soins.

Le dossier de soins est un outil de communication entre les différents intervenants et permet de garantir la continuité des soins et de coordonner les actions entre les différents professionnels de la santé. C'est pour cela que toute personne qui y inscrit de nouvelles informations doit s'assurer de leurs pertinences, exhaustivité et fiabilité. « Le dossier de soins doit être objectif et cohérent et doit refléter exactement l'état du patient et ce qui lui est advenu» (Carpenito, 2011, p. 12).

Toutes les entrées au dossier de soins doivent être horodatées et suivies d'une signature. En cas de litige, le dossier de soins peut être saisi par le juge afin de vérifier si le patient a bénéficié de soins appropriés et conformes à la politique de soins de l'institution.

Le dossier de soins est un outil essentiel pour organiser et formaliser la démarche infirmière et rendre visible l'engagement du soignant à donner des soins individualisés et centrés sur le patient. Le dossier de soins a ainsi un rôle de coordination, d'organisation et contribue à l'obligation de traçabilité.

Dans un souci d'optimiser le travail administratif, les hôpitaux aux États-Unis et en Europe ont commencé à se doter de systèmes d'information dans les années 1970 (Degoulay, 1998 ; dans Zazani, 2003). Tout au début, ces systèmes étaient destinés à la gestion administrative (salaires, facturation, gestion des stocks..). Par la suite, les gestionnaires se sont intéressés à l'aspect médical de l'institution ce qui a abouti à l'informatisation du dossier de soins.

Il est important de noter, que chaque établissement peut se doter d'un DSI comportant des modules spécifiques à sa spécialité. Toutefois, le DSI a une structure commune composée de trois parties, une partie administrative, médicale et infirmière comme pour la version papier. Chaque usager y a accès avec un nom d'utilisateur et un mot de passe afin de protéger les données du patient. Ceci génère aussi une signature électronique qui permet de retracer à tout moment la personne qui a effectué une entrée ou un changement dans le dossier.

Selon Dick et Steen (1991 ; dans Zazani, 2003) les raisons qui ont mené à l'informatisation du dossier de soins sont la réduction du volume de stockage, la possibilité d'insérer des données multimédia, une lisibilité accrue et l'accès rapide aux informations. De plus, le partage d'informations entre partenaires de soins est plus facile et rapide, ce qui implique une meilleure continuité des soins, une diminution des coûts de la prise en charge globale du patient évitant ainsi la redondance des informations.

Kossman et Scheidenhelm (2008) se sont intéressées à la perception des infirmiers quant à l'impact de l'informatisation du dossier de soins sur leur travail. Elles ont trouvé que les infirmiers utilisaient de façon étendue le DSI pour documenter tous les aspects liés aux soins du patient. Ceci impliquait la saisie, la consultation des données, le plan de soins, l'administration des médicaments et la gestion des entrées et sorties. Elles employaient également cet outil pour accéder à diverses informations, telles que les résultats des analyses biologiques, des examens à visée diagnostique, les

notes des autres professionnels et les rapports médicaux. Le DSI leur servait aussi pour la planification des activités infirmières.

Pour ce qui est des retombées du DSI sur le travail infirmier, il ressort majoritairement un sentiment d'efficacité, une meilleure organisation et un accès plus rapide aux informations du patient. Toutefois, les mêmes infirmiers rapportent des inconvénients, tels la diminution d'efficacité quand une panne ou une lenteur du système informatique survient, le déficit de temps à consacrer au patient et le frein au jugement clinique, à force de cocher des cases. Quant aux retombées pour le patient, les infirmiers pensent que le DSI rend les soins plus sécurisés, mais la qualité de la relation soignant-patient est diminuée. Elles illustrent cela en donnant l'exemple de l'anamnèse qui se fait avec un ordinateur dans la chambre du patient, où l'infirmier passe plus du temps à regarder l'écran que le patient.

Kaplan (2001 ; dans Kossman & Scheidenhelm, 2008) soutient que le succès ou l'échec des systèmes d'information clinique dans la pratique est lié à son adéquation « fit » avec la culture du milieu de travail et les pratiques de travail des usagers. Les systèmes qui ne fournissent pas des avantages importants pour les utilisateurs ou qui ne sont pas conformes à leurs valeurs professionnelles et à leurs habitudes de travail peuvent conduire à la résistance. Ceci peut se manifester par un refus d'utilisation du système ou une sous-utilisation avec un impact sur la qualité des soins donnés au patient.

La documentation infirmière :

L'OIIQ (2002) définit la documentation des soins infirmiers comme suit : « réfère à l'ensemble de l'information relative aux soins infirmiers consignée sur le dossier du patient, ainsi qu'à l'activité même de consigner cette information ».

L'OIIQ précise que la documentation des soins infirmiers concerne tous les outils qui servent à consigner toutes les informations relatives aux soins infirmiers dans le dossier du patient, que celui-ci soit informatisé ou pas.

Quand l'infirmier s'inscrit dans une démarche de soins pour répondre aux besoins de santé du patient, il va faire appel à des outils d'organisation et va faire des allers-retours entre eux suivant les besoins de la situation. Ces outils peuvent prendre la forme d'un diagramme de soins, d'un protocole, d'un plan de soins ou de feuilles de suivi des plaies, de la température. Quel que soit le choix des outils, leur combinaison doit permettre d'avoir à tout moment une vue globale de la situation de santé du patient et de son évolution. Comme le souligne Boiverts (2000; dans Dancausse & Chaumat, 2011), ces outils permettent au soignant de se rendre compte des prestations et surtout des résultats face aux personnes qu'il soigne et donc de satisfaire à l'impératif de la traçabilité.

La documentation revêt toute son importance dans la pratique infirmière car elle met en évidence l'évaluation de l'état de santé du patient telle qu'appréciée par l'infirmier, explique les décisions cliniques de ce dernier et contribue à la continuité des soins. D'une part, la documentation sert au

patient en le mettant au centre de l'intérêt professionnel de l'équipe interdisciplinaire et garantit la sécurité, la continuité et la cohérence des soins reçus. D'autre part, elle sert à l'infirmier en étant un reflet de sa contribution et un outil d'évaluation de la qualité des soins dans une perspective d'amélioration de sa pratique.

Il est clair que la documentation est au cœur du travail infirmier. Son utilité et l'importance qui lui est accordée par les autres professionnels sont tributaires de la qualité de l'information et de son accessibilité.

Selon l'OIIQ (2002), une documentation des soins infirmiers est de qualité si elle répond à des normes telles que l'exactitude, la pertinence, la complétude et l'organisation.

Par exactitude, il est sous-entendu que toutes les données, qu'elles soient subjectives (relatives aux propos du patient) ou objectives (relatives aux observations du soignant), incluent les éléments essentiels et ne prêtent pas à des interprétations différentes de la part des soignants. Toute inexactitude peut en effet entraîner des prises de décisions erronées qui peuvent porter atteinte à la sécurité du patient. Une documentation pertinente sous-entend qu'elle est ciblée sur la situation de santé de la personne, de son évolution, des décisions cliniques, des interventions et de leurs résultats. La documentation doit soutenir, expliquer les décisions de l'infirmier, mettre en évidence l'évolution de l'état de santé du patient et doit permettre de dépister tout changement. Enfin, une documentation complète permet de reconstituer la situation du patient en cas d'accidents ou d'incidents. Ceci

souligne d'ailleurs, la valeur juridique de la documentation des soins infirmiers en cas de litige.

Une documentation des soins infirmiers organisée permet de retrouver rapidement et facilement les informations pertinentes et favorise la complémentarité des divers outils cliniques utilisés. L'organisation dépend de la méthode et des outils de documentation des soins infirmiers utilisés.

3.2- Cadre théorique

L'escarre est largement reconnue comme un indicateur clé des soins infirmiers et largement admise comme un indicateur des résultats (*outcomes*) des soins infirmiers (Van den Heede, Clarke, Sermeus, Vleugels, Aiken, 2007). De plus, Sidani, Doran, & Mitchell (2004) portent notre attention sur le fait que la complexité de la pratique infirmière induit que les résultats des soins ne dépendent pas seulement des prestations infirmières, mais aussi des caractéristiques du patient et de l'environnement dans lequel les soins se déroulent. Une évaluation exhaustive et raisonnable de la qualité des soins infirmiers devrait dans ce cas-là porter sur les caractéristiques du patient, de l'infirmier, de l'organisation et du processus de soins ajoutent ces auteures.

Comme notre travail questionne l'usage du DSI par les infirmiers et l'impact que ceci peut avoir sur la qualité des interventions en lien avec la prévention des escarres, nous avons choisi le modèle d'efficacité du rôle infirmier d'Irvine et al. (1998) (Nursing Role Effectiveness model) (NREM). Ce modèle est une adaptation infirmière du modèle conceptuel de Donabedian d'évaluation de la qualité (structure → processus → résultat). Il permet de montrer la complexité des soins infirmiers en mettant en évidence les liens entre le rôle infirmier et les résultats des soins attendus (*outcomes*). (Sidani & Irvine, 1999).

Ce modèle est composé de trois éléments centraux qui sont la structure qui englobe les variables « infirmier », « patient », et « organisationnelles »,

qui influencent le processus et les résultats des soins. (Sidani et Irvin, 1999). (Voir figure 1 en annexe). Dans la structure, la variable « infirmier » inclut les connaissances, l'expérience et l'habileté technique. Dans la variable « patient » sont considérées l'âge, la fonction physique et psycho sociale au moment de l'admission, la sévérité du problème de santé et les comorbidités. Les variables « organisationnelles » font référence à la composition des équipes (*staffing mix*) et à la charge du travail. Le processus consiste pour l'infirmier d'assumer, lorsqu'il prodigue des soins, un triple rôle à la fois indépendant, dépendant et interdépendant. Le rôle indépendant correspond à toutes les responsabilités et les interventions qui ne nécessitent pas d'ordonnance médicale. Par exemple, l'infirmier peut mettre en place un matelas anti-escarre pour soulager la pression chez un patient qui présente une rougeur au sacrum. Le rôle dépendant, quant à lui, inclut toutes les actions infirmières qui requièrent une ordonnance médicale avant exécution (administration de médicaments, sondage vésical). En dernier, le rôle interdépendant fait référence aux actions infirmières qui sont partiellement ou totalement dépendantes d'un autre professionnel de la santé, comme par exemple informer le médecin d'un changement de l'état de santé du patient ou faire appel à un diététicien pour améliorer l'état nutritionnel du patient. Dans la dimension résultats de santé, il est question du comportement et de la perception des patients résultant des actions infirmières. Ces résultats sont classés suivant six thèmes majeurs : 1) complications suite aux soins infirmiers (infections, chutes, escarres de décubitus), 2) résultats cliniques

comme le statut de santé et le contrôle des symptômes, 3) connaissances du patient par rapport à sa maladie et ses traitements, 4) santé fonctionnelle comprenant le fonctionnement social, physique, mental, mobilité, continence, auto-soins, etc. 5) satisfaction des patients, et 6) coûts de l'hospitalisation. (Sidani & Irvine, 1999).

Au regard de la discipline infirmière, le modèle d'efficiences du rôle infirmier introduit le concept de la qualité des soins infirmiers dans les quatre concepts du métaparadigme infirmier : la personne, la santé, le soin et l'environnement. En effet, la qualité est un concept implicite de celui de la santé.

Lorsque l'infirmier intervient auprès du patient, il le considère dans sa globalité en tenant compte de tous les éléments qui vont influencer le risque de développer des escarres (l'âge, l'état général de santé physique et psychique, les comorbidités..). L'infirmier dans ses différents rôles (indépendant et interdépendant) joue un rôle essentiel dans la mise en place d'interventions préventives des escarres. Dès l'arrivée du patient, le soignant va ouvrir un dossier de soins qu'il va renseigner tout au long du séjour. Le soignant va s'inscrire dans une démarche de soins en effectuant une anamnèse complète sur l'état de santé du patient et en utilisant une échelle d'évaluation de risques de développer des escarres. Le jugement clinique du soignant va lui permettre de mettre en place des interventions adaptées et fondées sur des données probantes afin de répondre à la problématique identifiée. Ces interventions peuvent relever du rôle propre de l'infirmier par

exemple en mettant en place un programme de repositionnement aux 2 heures ou en collaboration avec un autre professionnel (un ergothérapeute) pour mettre en place un matelas anti-escarres adapté au patient. Enfin, le soignant se doit de documenter toutes ses actions dans le dossier de soins afin de garantir la continuité et la sécurité des soins.

En référence au modèle choisi et en nous basant sur les concepts pertinents de notre travail, en l'occurrence la prévention des escarres, le DSI, la qualité des soins et la documentation, nous pouvons affirmer que le résultat des soins préventifs chez un patient risquant de développer une escarre, ou qui en a déjà développé une vont dépendre de la qualité des informations collectées par le soignant et des interventions qui vont découler de l'analyse que va effectuer ce dernier. Cette démarche est finalement tributaire des connaissances de l'infirmier, de l'accès aux protocoles et aux résultats de recherches. Le DSI comme élément organisationnel est un outil que l'infirmier va mobiliser pour mener à bien sa démarche de soin. L'usage que va faire le soignant de cet outil va aussi influencer le processus de soin.

De ce qui précède, il ressort clairement qu'il existe un lien entre les variables spécifiques de l'élément structure (l'infirmier, le patient et le DSI) qui vont influencer sur le processus de soin et les résultats de soins préventifs. En effet, l'usage du DSI peut dépendre des connaissances et des habiletés informatiques de l'infirmier ainsi que de son expérience avec l'outil. Si le soignant utilise le DSI de façon optimale pour saisir, consulter et partager les

données collectées afin de mettre en place un plan de soins avec des interventions adaptées la qualité des soins au patient seront améliorées.

Chapitre 4 : Méthode

4.1- Méthode PICOT

Selon Melnyk et Fineout-Overholt (2013), la méthode PICOT permet de préciser et de déterminer les concepts clés de la question de recherche. Les concepts clés vont nous aider à effectuer une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données scientifiques.

Pour rappel notre question de départ était : « L'introduction du DSI améliore-t-elle la qualité des soins dans la prévention des escarres ? »

En appliquant la méthodologie PICOT, nous avons affiné notre question afin d'aboutir à la question de recherche suivante : « Est-ce que l'utilisation du DSI (en comparaison avec le dossier papier) pour la documentation des soins infirmiers des personnes à risques de développer des escarres améliore la qualité de la prévention et contribue à la diminution de l'incidence des escarres ? »

Notre question est de type « intervention ». En effet, pour notre travail ce type de question s'impose, car nous nous intéressons à savoir si l'implémentation du DSI a eu un impact sur la qualité de la documentation infirmière en lien avec la prévention des escarres. Par une documentation de qualité nous entendons une documentation plus complète, précise et qui reflète la démarche infirmière.

Tableau 1- La méthode PICOT

Méthode PICOT	
P (population)	Personnes à risque de développer des escarres
I (intervention)	Utilisation du DSI pour la documentation des soins infirmiers.
C (comparaison)	DSI vs dossier papier.
O (outcomes)	Amélioration de la qualité de la prévention et diminution de la prévalence des escarres.

Après avoir sélectionné nos mots clés, nous les avons traduits à l'aide du Grand Dictionnaire Terminologique (GDT) qui permet d'obtenir plusieurs synonymes en anglais et surtout de restreindre la recherche à notre champ disciplinaire.

Nous avons utilisé ces termes pour trouver les descripteurs MeSH (*Medical Subject Headings*) correspondant dans Pubmed et Cochrane et les *Cinahl headings* dans Cinahl qui vont servir par la suite à l'interrogation de ces bases de données. Notre démarche a été résumée dans le tableau 2.

Tableau 2- Les descripteurs

Mot clés en français	Keywords	Descripteurs MeSH	Cinahl headings	Cochrane
Escarre	Pressure ulcer	Pressure ulcer	Pressure ulcer	Pressure ulcer
Dossier de soins informatisé	Health record, personal	Computerized patient record, Electronic health record, Electronic health records,	Computerized patient record	Electronic health record, Computerized medical record
Documentation infirmière	Nursing documentation	Nursing record, Nursing record systems	Nursing record	Nursing record, Nursing records
Prévention	Prevention	Prevention	Prevention	Prevention primary, secondary, tertiary

4.2- Critères de sélection des articles

Nous avons effectué des recherches dans les bases de données Pubmed, Cinahl et Cochrane entre janvier et avril 2016. Nous avons créé des requêtes de recherches en utilisant nos descripteurs. Nous avons convenus que les deux mots clés «*Pressure Ulcer* » et «*Electronic health Record*» devaient apparaître dans chaque requête. Nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler les articles qui répondaient à notre question de recherche.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Année de parution de l'article limité à 10 ans afin d'avoir des recherches récentes étant donné que le domaine de la technologie de l'information évolue rapidement.
- L'article devait avoir un *abstract* afin que nous puissions déterminer s'il répondait à notre question de recherche.
- L'article traitait des escarres et du dossier de soins informatisé.

Les critères d'exclusions :

- Les articles ne répondant pas à la question de recherche.
- Les articles sans *abstract*.

Chaque requête a retourné un certain nombre d'articles et afin de les trier nous avons lu les résumés. Pour certains articles le résumé suffisait pour les sélectionner, pour d'autres articles on avait besoin de lire l'article afin de nous assurer qu'il répondait bien à notre question.

Tableau 3 : Les requêtes de recherche

Base de données : Pubmed			
Requête	Limites	Nombres d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
(("Electronic Health Records"[Mesh]) OR "Medical Records Systems, Computerized"[Mesh]) AND "Pressure Ulcer"[Mesh]	>10 ans Abstract, human	30 articles	8
(("Medical Records Systems, Computerized"[Mesh]) AND "Nursing Records"[Mesh]) AND "Pressure Ulcer"[Mesh]	>10ans Abstract, human	8 articles	2 identiques à ceux trouvés plus haut.
("Nursing Records"[Mesh]) AND "Pressure Ulcer"[Mesh]	>10ans Abstract	24 articles	2 identiques à ceux trouvés plus haut.
Base de données : Cinhal			
Requêtes	Limites	Nombres d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
(MH "Computerized Patient Record") AND (MH "Pressure Ulcer")	Année entre 2005-2016	65	2

(MH"pressure ulcer ") AND(MH" computerized patient record") AND (MH"nursing record")	Année entre 2005-2016	43	5 (idem que ceux déjà retenus)
Base de données: Cochrane			
Requêtes	Limites	Nombres d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
"Electronic health records" AND " pressure ulcer"	Année 2005-2016	0	-
"Nursing" AND " Record" AND " Electronic health record"	Année 2005-2016	28	1

Nos requêtes ont donné plusieurs articles. Après avoir sélectionné les études selon leur titre, nous avons lu les résumés pour nous assurer qu'ils traitaient de notre thématique. Certains articles mentionnaient bien le DSI dans l'*abstract*, mais après lecture de l'article nous nous sommes rendus compte que l'étude ne correspondait pas à notre question. Au final, nous avons retenu 11 articles pour notre revue de littérature.

Pour terminer, nous avons procédé à la critique scientifique de nos articles selon la grille adaptée de Fortin (2010)¹.

¹ Appendice C : Les grilles d'analyse des onze articles.

Rapport-Gratuit.com

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion

5.1- Synthèse des résultats des articles

Les articles que nous avons sélectionnés, pour cette revue de littérature, sont majoritairement des recherches quantitatives. Le but des études était de mesurer la prévalence des escarres avant et après l'implémentation du DSI ou d'un système d'information intégrant un système d'aide à la décision ou de rappel. Lors de la lecture de nos articles, nous avons ressorti trois thématiques : la qualité de la documentation avec le DSI en matière d'exhaustivité et de précision, la comparaison du DSI avec le dossier papier et divers systèmes de technologie de l'information (STI) intégrant le DSI.

5.1.1 La qualité de la documentation en utilisant le DSI en matière d'exhaustivité et de précision

Thoroddsen, Sigurjónsdóttir, Ehnfor & Ehrenberg (2013) ont trouvé que les dossiers des patients manquaient de précision, d'intégralité et d'exhaustivité et que ceci pouvait compromettre la sécurité des patients, la continuité et la qualité des soins. Les informations contenues dans les dossiers de soins sur les escarres ne peuvent pas servir de source valide et fiable pour évaluer la qualité des soins. Tubaishat, Tawalbeh, AlAzzam, AlBashtawy & Batiha (2015) qui ont comparé la documentation en lien avec les escarres entre le DSI et le dossier de soins papier sont arrivés à la même conclusion. Li & Korniewicz (2013) sont arrivées aux mêmes résultats. En effet, leur étude cherchait à déterminer l'efficacité du DSI pour documenter

les plaies de pression. Elles ont constaté que la documentation infirmière était incomplète et manquait de précision. La taille, la localisation, l'aspect de la plaie et l'évaluation du risque n'étaient que rarement enregistrés dans le dossier du patient. Ces mêmes auteures ont trouvé une divergence entre le nombre réel de patients ayant une escarre et le nombre documenté dans le DSI. La terminologie utilisée par les infirmières était inconsistante. Par exemple, elles désignaient la plaie d'escarre par les mots « rougeur » ou « éruption cutanée » au lieu « d'escarre stade 1 ». Ceci peut s'expliquer par un manque de connaissances par rapport aux signes précurseurs d'une atteinte à l'intégrité de la peau et l'importance de la prévention.

Li et Korniewicz (2013) relèvent également le manque d'utilisation de supports digitaux par les soignants pour évaluer la taille de la plaie et suivre le processus de guérison, un moyen qui a pourtant démontré son efficacité.

Gunningberg, Dahm & Ehrenberg (2008) ont investigué la précision des données relatives aux escarres avant et après l'implémentation du DSI intégrant des modèles pré-formulés. Elles ont trouvé que les données étaient plus précises dans le DSI en comparaison avec le dossier papier. Toutefois il existait toujours des lacunes. Gunningberg et al. (2009) se sont intéressées à nouveau à la qualité et à l'exhaustivité de la documentation infirmière après l'adoption du DSI. Elles sont arrivées à la conclusion que la documentation infirmière s'est globalement améliorée, mais ne reflétait toujours pas des soins infirmiers basés sur des données probantes comme recommandé dans les lignes directrices nationales et internationales.



Concernant l'impact d'un modèle pré-formulé sur l'exhaustivité des données en lien avec les escarres, elles ont trouvé que les infirmiers avaient recours au texte libre malgré la disponibilité de ces modèles pour décrire les escarres ou ne les utilisaient que partiellement, par exemple, pour documenter les diagnostics infirmiers. Les auteurs pensent que cela est dû au manque de maîtrise de ces modèles. Elles ont conclu que ces déficiences peuvent avoir des conséquences néfastes sur la qualité et la sécurité des soins, car ces erreurs pourraient affecter la continuité des soins au patient.

5.1.2 La comparaison du DSI avec le dossier papier

Tubaishat et al. (2015) en comparant le dossier papier et le DSI, ont mis en évidence qu'il existe indéniablement un avantage à utiliser le DSI plutôt que le dossier papier en rapport avec la documentation des escarres. Le DSI est plus exhaustif et précis, car il contient plus d'informations sur le stade, la taille, l'évaluation du risque et les moyens de prévention que le dossier papier. Ces résultats sont cohérents avec les conclusions de Gunningberg et al. (2008) qui ont comparé la précision de l'enregistrement des données sur les escarres entre les deux formats (électronique et papier) et ont constaté que la qualité des dossiers électroniques était supérieure à celle des dossiers papier.

Cependant, ces résultats ne concordent pas avec ceux de Li et Korniewicz (2013) qui ont trouvé que la documentation était incomplète et inexacte dans les deux types de documentation. L'écart le plus fréquent concerne

l'emplacement, l'apparence, la taille de l'escarre et la fréquence de l'enregistrement ou d'évaluation du risque du patient. Pour ces auteurs, aucun des deux formats de documentation n'a fourni des données rigoureuses sur les escarres.

Urquhart, Currell, Grant et Hardiker (2009) ont effectué une revue systématique portant sur les différents systèmes d'enregistrement utilisés par les infirmiers dans leur pratique. Elles ont identifiées 9 études dont 8 randomisées et une transversale qui comparaient (1) les différents formats d'enregistrements utilisés par les infirmiers (2) les dossiers de soins papiers et électroniques, (3) les dossiers de soins détenus par le patient lui-même avec les dossiers de soins détenus par l'institution. Les auteures ont conclu qu'il était difficile de savoir si un changement intégral du système d'enregistrement des soins infirmiers (par exemple passer du papier à l'informatique) avait un effet sur les soins. Par contre, la revue a soulevé une question importante qui était la relation entre la pratique et le dossier de soins. Les auteurs citent Spranzo (1993) qui a noté que la mesure de la qualité des soins est restée constante malgré une nette amélioration du contenu des dossiers de soins. Urquhart et al. (2009) recommandent plus d'études qualitatives pour explorer la relation entre la pratique et l'usage que font les infirmiers des informations.

5.1.3 Les systèmes de technologie de l'information de santé (STI) intégrant le DSI

Shepherd, Wipke-Tevis & Alexander (2015), dans une analyse d'entrevues sur l'impact des technologies de l'information suggèrent que les STI peuvent être un moyen utile pour la formation et la communication et peuvent aussi contribuer à l'amélioration de la documentation, en matière de prévention des escarres.

Les auteures se sont également intéressées dans leur étude à l'usage que font les stomathérapeutes des technologies de l'information (TI) dans la prévention des escarres. Elles ont mis en évidence que ces professionnels ont besoin de mieux maîtriser les systèmes actuellement utilisés dans les établissements de soins et de collaborer avec les spécialistes des TIs.

Cho, Park, Kim, Lee & Bates (2013) ont étudié l'utilisation du dossier de soins informatisé basé sur un modèle de réseau Bayésien (un modèle prédictif) afin de prédire les escarres nosocomiales. Cette étude a permis de démontrer qu'un support d'aide à la décision est un moyen efficace et efficient pour prévenir les escarres nosocomiales. Ils montrent au travers de leur recherche, un exemple d'utilisation significative du support d'aide à la décision dans la pratique en utilisant l'infrastructure du DSI.

Entre autres, il ressort que l'attitude des utilisateurs ainsi que les caractéristiques du support sont des facteurs importants pour une implémentation réussie.

Fossum, Ehnfors, Svensson, Hansen & Ehrenberg (2013) ont analysé l'effet d'un système d'aide à la décision informatisé (SADI) pour la prise en charge des soins d'escarres et de la malnutrition dans les établissements pour personnes âgées. De cette étude, il ressort que l'implémentation d'un SADI combiné avec un programme de formation a un effet positif sur l'intégralité et l'exhaustivité de la documentation infirmière relative aux escarres et à la malnutrition. L'intégralité dans l'enregistrement du risque et de la prévalence des escarres et de la malnutrition s'est améliorée de façon significative.

Selon ces auteures, une documentation complète est importante pour la communication entre les infirmiers et les autres membres de l'équipe de soins. Une bonne communication garantit la continuité et la sécurité des soins. Elles concluent qu'une documentation infirmière exhaustive pourrait être un facteur important, parmi d'autres, contribuant à des résultats de soins (*outcomes*) positifs.

Dowding, Turley & Garrido (2011) ont étudié l'impact du dossier de soins informatisé sur les résultats des soins infirmiers relatifs aux escarres et aux chutes. La documentation de l'évaluation du risque d'escarres a augmenté et la prévalence des escarres nosocomiales a diminué. Les auteurs suggèrent que le DSI peut contribuer à l'amélioration à la fois du processus de soins et des résultats des soins infirmiers. Cependant, Dowding et al. (2011) attirent notre attention sur le fait que d'autres facteurs, tels que l'organisation, la culture, les influences extérieures doivent également être pris en compte lors

de l'évaluation de l'effet de la technologie d'information sur la qualité de soins.

Sebastián-Viana, Losa-Iglesias, González-Ruiz, Lema-Lorenzo, Núñez-Crespo & Salvadores Fuentes (2016) se sont intéressés à la réduction de l'incidence des escarres après l'implémentation d'un système de rappel pour le personnel soignant. Ils font ressortir que ce type de système est efficace et contribue à la réduction de l'incidence des escarres nosocomiales. De plus, le système de rappel a simplifié le travail des professionnels en leur permettant d'identifier rapidement les patients à risque. Cette étude souligne que l'utilisation d'un système de rappel par les professionnels de la santé peut être considéré comme une intervention efficace pour réduire l'incidence des escarres acquis en cours d'hospitalisation et ainsi améliorer la qualité des soins.

5.2- Lien avec le modèle conceptuel utilisé

Le modèle conceptuel sur l'efficacité du rôle des infirmières d'Irvine et al. (1998) offre un cadre pour établir le lien entre le rôle infirmier dans la prévention des escarres et l'utilisation du DSI sur les résultats du patient en les examinant sous l'angle des composantes liées à la structure, au processus et aux résultats. En effet, l'infirmier dans son rôle indépendant (structure) est tenu de faire une évaluation du risque d'escarres chez le patient, de connaître les facteurs de risque et de documenter ses observations en utilisant un langage standardisé. La documentation doit être exhaustive, précise, fiable et faire apparaître des éléments clés, tels que la taille de l'escarre, sa localisation et son stade. La documentation doit surtout refléter la démarche de soins de l'infirmier (processus). Les modèles pré-formulés intégrés au DSI offrent la possibilité d'utiliser un langage normalisé et structuré pour améliorer la description de ce qui est observé chez le patient. Les systèmes d'aide à la décision apportent un soutien au jugement clinique et guident le soignant dans le choix des interventions à mettre en place. La qualité des données saisies dans le DSI auront un impact direct sur la continuité des soins et la qualité des interventions de prévention mises en place. Ces soins de prévention vont avoir un impact direct sur les complications, les résultats cliniques (la prévalence des escarres) et les coûts générés par les escarres qui selon le modèle infirmier utilisé sont des *outcomes*. Ce qui veut dire que l'infirmier doit avoir de bonnes connaissances en matière de prévention des escarres et utiliser efficacement le DSI pour

communiquer ses observations, ses interventions et ses évaluations à l'équipe afin de garantir la continuité des soins donnés et la sécurité du patient.

5.3- Lien avec la question PICOT

A la lumière des résultats des études analysés pour cette revue de littérature, nous allons tenter de répondre à notre question de recherche. Pour rappel, nous nous intéressons à savoir si le DSI contribue à l'amélioration de la documentation infirmière en lien avec la prévention des escarres. Selon l'OIIQ (2002) une documentation de qualité doit contenir des informations pertinentes, exactes et complètes afin de garantir la continuité et la sécurité des soins au patient.

Les études ont mis en évidence que l'implémentation du DSI a contribué à améliorer la documentation infirmière relative aux escarres, concernant la précision et l'exhaustivité des données ainsi que de l'intégralité du dossier. Par rapport à la précision, il y avait une concordance entre les données documentées et l'état cutané observé chez le patient (Ehrenberg et al., 2001).

Selon Thoroddsen et al. (2012), la documentation était plus exhaustive, car elle comprenait les données sur la taille, le stade, la localisation, l'évaluation du risque et les moyens de prévention mis en place. De plus, la documentation contenait des diagnostics infirmiers, des objectifs de soins, et des interventions, ce qui a amélioré l'intégralité du dossier de soins.

Gunningberg et al. (2008, 2009) ont mis en évidence que l'intégration de modèles pré-formulés peut contribuer à améliorer la qualité de la documentation. Ces modèles permettent aux soignants de structurer leurs enregistrements, d'utiliser un langage normalisé pour l'évaluation du risque d'escarres chez le patient et leurs fournissant un moyen d'enregistrer des données plus précises sur les escarres telles que la taille, la localisation et le stade. De plus, ces modèles offrent la fonctionnalité de générer un feedback que les administrateurs et les infirmiers peuvent utiliser pour connaître les taux de prévalence des escarres dans leur établissement et ainsi améliorer la qualité des soins.

Quant aux systèmes d'aide à la décision informatisés (SADI) intégrés au DSI, il a été démontré qu'ils peuvent soutenir la pratique infirmière en matière de prévention des escarres de plusieurs façons distinctes. Selon Fossum et al. (2013), le SADI améliore l'intégralité et l'exhaustivité de la documentation des escarres. Cho et al. (2013) ont montré que les données relatives à l'évaluation des escarres introduites par les infirmiers dans le DSI permettaient au système d'identifier rapidement les patients à risque et de guider les soignants dans la mise en place des plans de soins de prévention individualisés. Dowding et al. (2011) ajoutent que le SADI appuie le jugement clinique et la prise de décision en matière de prévention des escarres en permettant aux soignants d'être alertés rapidement sur les patients à risques et en proposant des interventions basées sur des protocoles issus de la recherche ou sur des données probantes.

De plus, Sebastian-Viana et al. (2016) qui ont étudié les systèmes de rappel dans le DSI, soulignent que l'une des recommandations principales pour la prévention des escarres de l'EPUAP (2009) et *BJI of Evidence Based Nursing and Midwifery* (2008) est l'identification des patients à risque, car ceci facilite l'adoption de protocoles de prévention appropriés par les professionnels de la santé.

Toutefois, la documentation infirmière en matière de prévention des escarres présente des lacunes et des insuffisances malgré l'implémentation du DSI comme l'ont souligné diverses études. Les infirmiers ne complètent pas toujours les évaluations de risque, continuent à utiliser le format libre pour documenter leurs observations même si les modèles pré-formulés sont disponibles, ne documentent pas de façon systématique les interventions de prévention mises en place et encore moins les résultats de leurs actions. Ceci d'une part pourrait compromettre la sécurité des patients et la continuité des soins et d'autre part affecter la visibilité du travail infirmier (Gunningberg et al., 2009 ; Li & Korniewicz, 2013; Tubaishat et al., 2015)

D'un point de vue opérationnel, les infirmiers sont aussi des composants du système d'information, c'est pour cela que les facteurs organisationnels, les caractéristiques culturelles, et les facteurs externes sont à considérer dans l'évaluation de l'effet des technologies de l'information telles que le DSI sur la qualité des soins fournis par les infirmiers (Dowding et al., 2011).

5.4- Perspectives /propositions pour la pratique

L'informatisation du dossier de soins procure certains avantages par rapport au dossier papier en matière de documentation des escarres. En plus de la lisibilité, les données saisies dans le DSI sont plus précises et exhaustives (Gunningberg et al., 2009 ; Tubaishat et al., 2015).

Les DSI intégrant des systèmes d'aide à la décision clinique et des systèmes de rappel ont démontré des résultats prometteurs concernant la facilitation et l'amélioration de la documentation en lien avec les escarres. Ces systèmes plus sophistiqués permettent notamment aux professionnels de la santé de repérer plus rapidement les patients risquant de développer des escarres et les soutiennent dans la prise de décisions, en proposant des interventions basées sur des données probantes. L'utilisation de formulaires structurés à la place du texte libre améliore également la qualité de la documentation en contraignant les infirmiers à remplir les champs obligatoires (Dowding et al., 2012 ; Thoroddsen et al., 2012 ; Sebastián-Viana et al., 2016).

La sécurité du patient et la continuité des soins dépendent d'une documentation complète et précise en matière de prévention des escarres. Le manque d'informations peut nuire à la sécurité des patients, prolonger la durée d'hospitalisation et compromettre la continuité des soins (Cho et al., 2013 ; Gunningberg et al., 2009 ; Tubaishat et al., 2015 ;).

Néanmoins, le DSI à lui seul ne peut pas apporter la réponse à la problématique des escarres et ne peut pas se substituer au jugement clinique de l'infirmier. L'infirmier au travers de son rôle autonome de prévention est tenu d'effectuer une évaluation systématique des risques d'escarre en utilisant des outils valides, de documenter ses observations en se basant sur les recommandations des lignes directrices nationales et internationales et de baser ses interventions sur des preuves probantes. La documentation électronique ou écrite doit refléter la pensée critique de l'infirmier et la qualité des soins infirmiers.

Les lacunes recensées dans la documentation infirmière en lien avec les escarres mettent en évidence la nécessité de la mise en place de lignes directrices pour une documentation standardisée et le renforcement de la formation des infirmiers quant à l'utilisation de l'EBN en matière de prévention des escarres. D'autre part, le personnel infirmier a besoin d'être formé à l'utilisation des systèmes informatiques (Fossum et al., 2013 ; Gunningberg et al., 2009 ; Li et Korniewicz, 2013 ; Tubaishat et al., 2015).

Les facteurs organisationnels tels que la collaboration, le travail d'équipe, le leadership sont importants pour la réussite de l'implémentation et l'utilisation des technologies de l'information (Randell et al., 2010 ; dans Dowding et al., 2011). L'accent mis par le management par rapport aux programmes d'amélioration de la qualité relatifs aux escarres nosocomiales est un autre facteur de réussite.

L'inclusion des utilisateurs en l'occurrence les infirmiers dans la conception de ces systèmes contribue à une meilleure adoption et à une utilisation efficace des technologies de l'information (Dowding et al., 2011)

Les résultats des soins infirmiers ne sont pas toujours visibles ou mesurables. Le DSI en plus d'être un moyen pour enregistrer, rechercher et partager des informations a le potentiel grâce à des systèmes de feedback intégrés de transformer les données brutes en informations qui améliorent le processus de soins infirmier et par conséquent la pratique infirmière. La qualité de ces données est essentielle pour qu'elles puissent servir de source fiable et valide dans la prévalence et la prévention des escarres et permettre d'établir un lien entre le travail infirmier et les résultats des soins donnés au patient (Gunningberg et al., 2009 ; Tubaisht et al., 2015).

Chapitre 6 : Conclusion

6.1- Apport du travail de Bachelor

Ce travail de *Bachelor* a enrichi notre formation en tant que futurs professionnels de la santé. Il nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec la problématique des escarres et d'être sensibilisés à l'impact de la documentation infirmière sur la qualité des soins. Au travers de nos diverses recherches, nous avons constaté l'importance d'utiliser les données probantes dans la pratique afin de garantir une meilleure prise en charge des patients risquant de développer des escarres. Un autre aspect qui est ressorti de ce travail est l'avantage potentiel et réel des TICs dans l'amélioration de la pratique infirmière. C'est pour cela, qu'en tant que professionnels de la santé, il est important de s'impliquer davantage dans l'évaluation de l'impact de ses technologies sur la pratique et de contribuer à leurs développements.

L'élaboration de cette revue de littérature, nous a permis d'être introduits aux concepts fondamentaux de la recherche et de mieux comprendre les différentes étapes de ce processus. En partant d'une question naïve, nous avons construit une question de recherche afin d'être en mesure de savoir si les TICs peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, par rapport à une problématique de santé publique. Les différentes étapes de ce travail nous ont amené à développer des compétences dans l'utilisation des bases de données pour rechercher des articles, les analyser et enfin extraire des résultats qui répondent à notre question de recherche.

Plusieurs éléments facilitants ont permis de concrétiser ce travail. Tout d'abord, l'intérêt manifesté par tous les membres du groupe à travailler sur un thème innovant, comme les TICs en explorant leur impact sur une problématique récurrente dans la clinique.

Toujours en lien avec la dynamique du groupe, les compétences personnelles, professionnelles et les diverses expériences de chacun ont favorisé et facilité la collaboration, tous le long de ce travail.

La disponibilité de notre directeur de travail de *Bachelor* et d'autres enseignants pour nous guider au travers de ce travail, nous a permis d'avancer et de respecter les échéances fixées.

Tout comme nous avons des éléments facilitants, nous avons rencontré des éléments contraignants. La littérature sur la thématique des escarres est très abondante, parfois il était difficile de faire le tri et de sélectionner les éléments pertinents pour notre travail. Par contre, nous avons trouvé peu d'articles qui offrent une description claire de la structure des différents DSI ou des terminologies utilisées.

Certaines obligations de notre formation, en l'occurrence, les périodes de stage qui avaient lieu dans des régions différentes pour chacun de nous ont rendu l'organisation de séances de travail en groupe difficiles.

Nous avons tous rencontré des difficultés à un moment donné de notre formation, ceci a eu comme effet une fluctuation du degré d'implication et de motivation des membres du groupe.

Toutes ces contraintes nous ont appris à être autonome, créatif et à explorer différents styles de *leadership* afin de trouver celui qui favorisait le travail de groupe.

Enfin, ce travail nous a permis d'apprécier nos capacités de communication, de collaboration et de nous projeter dans le futur au sein d'une équipe de soins.

6.2- Limites

Cette revue de littérature présente plusieurs limites. Premièrement, nous nous sommes rendus compte du nombre restreint d'articles traitant de notre question de recherche. D'ailleurs, la même constatation a été faite par plusieurs auteurs (Tubaishat et al., 2015 ; Li & Korniewicz, 2013). De plus, certains articles sélectionnés ne traitaient pas directement de l'impact de l'utilisation du DSI sur la documentation infirmière en matière de prévention des escarres, mais plutôt d'outils intégrés tels que les systèmes d'aide à la décision ou de rappel.

Deuxièmement, les études sélectionnées pour cette revue provenaient de divers pays, ceci implique une différence dans les systèmes de santé, les politiques de santé publique, la structure et l'architecture des DSIs et dans les pratiques infirmières en matière de documentation et de prévention des escarres. Toutes ces différences limitent la transférabilité et la généralisation des résultats de ces articles.

Enfin, l'autre limitation que nous avons relevée dans ce travail est en lien avec la représentativité de l'échantillon de certaines études sélectionnées. Selon Polit, Beck, & Loiselle (2007), la taille de l'échantillon dans une étude quantitative doit être la plus grande possible, sinon les chercheurs risquent d'obtenir des résultats insuffisants pour étayer leurs hypothèses même si celles-ci sont justes.

6.3- Perspectives pour la recherche

Cette revue de littérature a montré qu'il n'y avait que peu de recherches sur l'impact des TICs sur la prévalence et l'incidence des escarres, d'où l'importance de continuer à explorer l'impact de ces technologies sur la prévention des escarres.

Ce travail soulève aussi plusieurs questions qui peuvent être des pistes pour des futures recherches.

La réussite de l'introduction du DSI relève à la fois de facteurs individuels et organisationnels. Dans ce sens, certains déterminants organisationnels, comme le climat, la culture, la structure, les procédures et les ressources organisationnelles, sont à prendre en compte lors du processus d'implantation des TICs. (Dowding et al., 2011)

Explorer l'attitude et la perception du personnel infirmier vis-à-vis des TICs pourrait nous aider à identifier les facteurs facilitants et contraignants à l'adhésion de celui-ci à l'implémentation et l'utilisation du DSI. Une collaboration au niveau du management serait de ce fait nécessaire pour évaluer l'attitude des chefs d'unité envers le changement pour une implémentation réussie du DSI (Dowding et al., 2011).

Concernant la structure du DSI, l'utilisation des systèmes de rappel et d'aide à la décision dans la pratique médicale a démontré une amélioration de la qualité des soins, mais il y a peu d'études qui ont été menées sur l'effet de ces systèmes sur la pratique infirmière. Des recherches futures pourraient

s'orienter vers ce domaine (Fossum et al., 2013; Sebastián-Viana et al., 2016).

Les recherches futures devraient aussi s'intéresser au rapport qu'entretiennent les infirmiers avec le dossier de soins afin d'établir quelles données ces derniers considèrent comme pertinentes et nécessaires à leur pratique (Urquhart et al., 2009).

7. Références

- Agence Régionale de Santé. (2012). Le dossier de soin : contenu, utilisation, évaluation. Repéré à http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-RANCE/PAPS/Vie_professionnelle/APPP/Dossier_de_soins_version_Def.pdf
- Anthony, D., Parboteeah, S., Saleh, M., & Papanikolaou, P. (2008). Norton, Waterlow and Braden scores: A review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 646-653. doi :10.1111/j.1365-2702.2007.02029.x
- Athlin, E., Idvall, E., Jernfalt, M., & Johansson, I. (2010). Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2252-2258. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02886.x
- Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques. (2013a). Mesure de la prévalence chutes et escarres, Repéré à <http://www.anq.ch/fr/akutsomatik/praevalenzmessung-sturzdokumentation/>
- Ayello, E. A., Meaney, G. (2003). Replicating a survey of pressure ulcer content in nursing textbooks. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 30: 266–271
- Baker T et al. (2011). Interprofessional Management of Complex Continuing Care Patient Admitted with 18 Pressure Ulcers. *Ostomy Wound Management*.
- Barazzoni, F., Barrès, A-M., Burnand, B., Francioli, P., Gaspoz, J-M., Guillain, H.,... Vader, J-P. (2000). La qualité des soins dans les établissements hospitaliers suisses : analyse de six indicateurs. Accessible à <http://docplayer.fr/16661985-Attention-l-adresse-du-site-de-foqual-n-est-plus-www-hospvd-ch-quality-foqual-mais-www-foqual-ch-merci-d-en-prendre-note.html>
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 166-176. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x
- Brandeis, G.H., Berlowitz, D.R., & Katz, P. (2001). Are pressure ulcers preventable? A survey of experts, *Advance Skin Wound Care*, 14, 244.
- Carpenito, L.J. (2011). Plans de soins et dossier infirmier Diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration. Bruxelles : De Boeck.



- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., ... Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of internal medicine*, *144*(10), 742-52.
- Cho, I., Park, I., Kim, E., Lee, E., & Bates, D. W. (2013). Using EHR data to predict hospital-acquired pressure ulcers: A prospective study of a Bayesian Network model. *International Journal of Medical Informatics*, *82*(11), 1059-1067. doi :10.1016/j.ijmedinf.2013.06.012
- Conseil International des Infirmières (CII). (1986). Accessible a
- Cuddigan, J., Berlowitz, D. R., Ayello, E. A. (2001). Pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. An executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel monograph. *Advances in Skin & Wound Care*, *14*(4), 208-215.
- Dancausse, F., & Chaumat, E. (2011). *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins: Guide méthodologique en soins généraux et en psychiatrie*. London: Elsevier Health Sciences France.
- Dealey, C., Posnett, J., & Walker, A. (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal of Wound Care*, *21* (6), 261-2.
- Dowding, D. W., Turley, M., & Garrido, T. (2011). The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, *19*(4), 615-20. doi :10.1136/amiajnl-2011-000504
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Accessible à <http://www.epuap.org/>
- Essex, H. N., Clark, M., Sims, J., Warriner, A., Cullum, N. (2009). Health related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: assessment using generic health-related quality of life measures. *Wound Repair and Regeneration*, *17*(6), 797-805. Doi: 10.1111/j.1524-475X.2009.00544.x
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Hinton Walker, P., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, *33*(2), 115-119.
- Formarier, M., Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières 2^{ème} édition*. Lyon : Mallet conseil.

- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Fossum, M., Ehnfors, M., Svensson, E., Hansen, L. M., & Ehrenberg, A. (2013). Effects of a computerized decision support system on care planning for pressure ulcers and malnutrition in nursing homes: An intervention study. *International Journal of Medical Informatics, 82*(10), 911-921. doi :10.1016/j.ijmedinf.2013.05.009
- Gunningberg, L., Dahm, M. F., & Ehrenberg, A. (2008). Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. *Quality & safety in health care, 17*(4), 281-5. doi :10.1136/qshc.2007.023341
- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., Sjöden, P.O. (2000). The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing, 31*, (5), 1155-1164.
- Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M., & Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. *Journal of clinical nursing, 18*(11), 1557-64. doi :10.1111/j.1365-2702.2008.02647.x
- Havard, D. (2007). A snapshot of England's tissue viability service. *Wound UK, 3*(2), 13-20.
- Hulsenboom, M. A., Bours, G. J. J. W., & Halfens, R. J. G. (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC nursing, 6*, 2. doi :10.1186/1472-6955-6-2
- Idvall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing, 11*(6), 734-42
- Jacquerye, A. (1983). *Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers*. Paris: Le Centurion.
- Jordan-O'Brien, J.A., Cowman, S. (2011). An exploration of nursing documentation of pressure ulcer care in an acute care setting in Ireland. *J. Wound Care, 20*(5), 197-205.
- Kerr, C.M., Lewis, D.M. (2000). Factors influencing the documentation of care. *Prof Nurse, 15*(8), 516-519.
- Kossmann, S. P., & Scheidenhelm, S. L. (2008). Nurses' perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes.

Computers, informatics, nursing: CIN, 26(2), 69-77.
doi :10.1097/01.NCN.0000304775.40531.67

Lelièvre, N. (2003). *Les obligations de l'infirmier : les responsabilités juridiques et professionnelles*. Paris : Heures de France.

Li, D., & Korniewicz, D. M. (2013). Determination of the effectiveness of electronic health records to document pressure ulcers. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(1), 17-25. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469495>

Maylor, M., Torrance, C. (1999). Pressure sore survey Part 3: locus of control. *J WoundCare*. 1; 8: 101–105.

Melnyk, B.M., et Fineout-Overholt, E.(2013). Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice (2nd Edition). Lippincott Williams & Williams: Philadelphia.

Moore, Z. E., & Cowman, S. (2008b). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD006471. doi: 10.1002/14651858.CD006471.pub2

Moore, Z., Johansen, E., & van Etten, M. (2013). A review of PU risk assessment and prevention in Scandinavia, Iceland and Ireland (part II). *Journal of wound care*, 22(8), 423-4, 426-8, 430-1. doi :10.12968/jowc.2013.22.8.423

Moore, Z., Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing*. 13(8). 942–951. doi :10.1111/j.1365-2702.2004.00972.x

Nestrigue, C., Or, Z. (2011). Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital : Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Repéré à <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

Niederhauser A, Van Deussen Lukas C, Parker V, Ayello EA, Zulkowski K, Berlowitz P. (2012). Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: a review of the literature. *Adv Skin Wound Care*.;25(4):167–188.

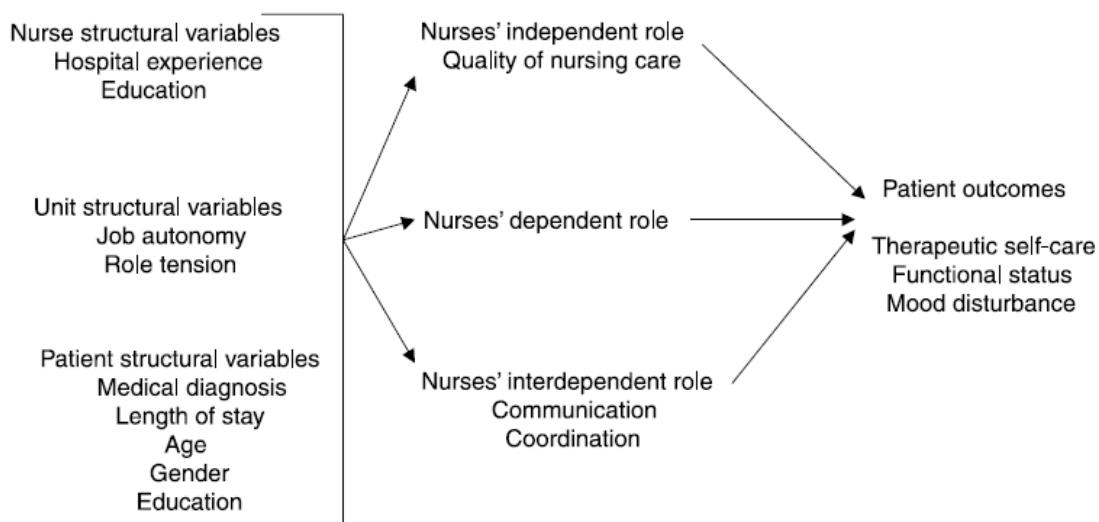
Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). Le champ d'exercice. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activitesreservees>.

- Panagiotopoulou, K., Kerr, S.M. (2002). Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *J Adv Nurs.*; 40:285–296.
- 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. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 94-110. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Loiselle, C. G. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*. Ontario : RNAO.
- Sebastián-Viana, T., Losa-Iglesias, M., González-Ruiz, J. M., Lema-Lorenzo, I., Núñez-Crespo, F. J., & Salvadores Fuentes, P. (2016). Reduction in the incidence of pressure ulcers upon implementation of a reminder system for health-care providers. *Applied Nursing Research*, 29, 107-112. doi :10.1016/j.apnr.2015.05.018
- Shepherd, M. M., Wipke-Tevis, D. D., & Alexander, G. L. (2015). Analysis of qualitative interviews about the impact of information technology on pressure ulcer prevention programs: implications for the wound, ostomy and continence nurse. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, 42(June),235-241.doi :http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000136
- Sidani, S., Diane, M., & Mitchell, P. H. (2004). Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 36(1), 60-65.
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66. doi :10.1046/j.1365-2648.1999.01049.x
- Simon M., Warnet S., (2010). Prévention et prise en charge de l'escarre. *Revue de l'infirmière*, 161(59), 17-30.
- Thompson, D. (2005). An evaluation of the Waterlow pressure ulcer risk assessment tool. *British Journal of Nursing*, 14(8), 455-459.

- Thoroddsen, A., Sigurjónsdóttir, G., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2013). Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(1), 84-91. doi :10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x
- Tubaishat, A., Tawalbeh, L. I., AlAzzam, M., AlBashtawy, M., & Batiha, A.-M. (2015). Electronic versus paper records: documentation of pressure ulcer data. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 24 Suppl 6, S30-7. doi :10.12968/bjon.2015.24.Sup6.S30
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M-J., Hardiker, N-R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews* (1). Jan 21;(1). Doi :10.1002/14651858.CD002099.pub2.
- Van den Heede, K., Clarke, S. P., Sermeus, W., Vleugels, A., & Aiken, L. H. (2007). International experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 39(4), 290-7. doi :10.1111/j.1547-5069.2007.00183.x
- Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., & Defloor, T. (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 227-235. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x
- Wipke-Tevis, D. D., Williams, D. A., Rantz, M. J., Popejoy, L. L., Madsen, R. W., Petroski, G. F., & Vogelsmeier, A. A. (2004). Nursing home quality and pressure ulcer prevention and management practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 583-8. doi :10.1111/j.1532-5415.2004.52166.x
- Woodbury, M.G., & Houghton, P.E. (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Management*, 50(10), 22-38
- Wounds International. (2010). Analyse internationale: Prévention des escarres: Pression, cisaillement, friction et microclimat en contexte. *Document de consensus*. Londres.
- Zazani, E.(2003). *Informatisation du dossier patient aux Hospices-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et aux Hôpitaux Universitaires de Genève : étude comparative* (Thèse de Master inédite). Université de Lausanne, Lausanne, Vaud.

8. Appendices

Appendice A Schéma du NREM



The nurse effectiveness role model (NREM) tiré de An empirical test of the Nursing Effectiveness Role Model. Doran, Sidani, Keatings, & Doidge (2002).

Appendice B Tableau des articles retenus

Article	Impact factor	Année de parution
Cho, I., Park, I., Kim, E., Lee, E., & Bates, D. W. (2013). Using EHR data to predict hospital-acquired pressure ulcers: A prospective study of a Bayesian Network model. <i>International Journal of Medical Informatics</i> , 82(11), 1059-1067. doi :10.1016/j.ijmedinf.2013.06.012	2.004	2013
Dowding, D. W., Turley, M., & Garrido, T. (2011). The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis. <i>Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA</i> , 19(4), 615-20. doi :10.1136/amiajnl-2011-000504	3.504	2011
Fossum, M., Ehnfors, M., Svensson, E., Hansen, L. M., & Ehrenberg, A. (2013). Effects of a computerized decision support system on care planning for pressure ulcers and malnutrition in nursing homes: An intervention study. <i>International Journal of Medical Informatics</i> , 82(10), 911-921. doi :10.1016/j.ijmedinf.2013.05.009	2.004	2013
Gunningberg, L., Dahm, M. F., & Ehrenberg, A. (2008). Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. <i>Quality & safety in health care</i> , 17(4), 281-5. doi :10.1136/qshc.2007.023341	2.16	2008
Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M., & Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. <i>Journal of clinical nursing</i> , 18(11), 1557-64. doi :10.1111/j.1365-2702.2008.02647.x	1.255	2009
Li, D., & Korniewicz, D. M. (2013). Determination of the effectiveness of electronic health records to document pressure ulcers. <i>Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses</i> , 22(1), 17-25. Repéré à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469495	-	2013

Sebastián-Viana, T., Losa-Iglesias, M., González-Ruiz, J. M., Lema-Lorenzo, I., Núñez-Crespo, F. J., & Salvadores Fuentes, P. (2016). Reduction in the incidence of pressure ulcers upon implementation of a reminder system for health-care providers. <i>Applied Nursing Research, 29</i> , 107-112. doi :10.1016/j.apnr.2015.05.018	0.733	2016
Shepherd, M. M., Wipke-Tevis, D. D., & Alexander, G. L. (2015). Analysis of qualitative interviews about the impact of information technology on pressure ulcer prevention programs: implications for the wound, ostomy and continence nurse. <i>Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing, 42</i> (June), 235-241. doi :http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000136	1.177	2015
Thoroddsen, A., Sigurjónsdóttir, G., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2013). Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. <i>Scandinavian journal of caring sciences, 27</i> (1), 84-91. doi :10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x	1.197	2013
Tubaishat, A., Tawalbeh, L. I., AlAzzam, M., AlBashtawy, M., & Batiha, A.-M. (2015). Electronic versus paper records: documentation of pressure ulcer data. <i>British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 24 Suppl 6</i> , S30-7. doi :10.12968/bjon.2015.24.Sup6.S30	-	2015
Urquhart, C., Currell, R., Grant, M-J., Hardiker, N-R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> (1). Jan 21;(1). Doi :10.1002/14651858.CD002099.pub2.	6.035	2009

Appendice C Grilles adaptées du Fortin (2010)
Reduction in the incidence of pressure ulcers upon implementation
of a reminder system for health-care providers.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</p> <p>Il s'agit d'une étude qui porte sur la réduction de l'incidence des escarres après l'implémentation d'un système de rappel pour le personnel soignant.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, le résumé comporte les éléments suivants :</p> <p><u>But de l'étude :</u></p> <p>Mesurer l'impact clinique après l'introduction d'un système de rappel électronique à l'usage des professionnels de la santé qui les alerte sur les patients à risque de développer des escarres.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Une étude avant et après test a été menée chez des patients ayant quitté l'hôpital universitaire de Fuenlabrada en 2009 et en 2010 après avoir séjourné dans 6 unités de médecine et de chirurgie.</p> <p>Début janvier 2010, les unités ont implémenté un système d'alerte qui comportait les informations suivantes : date d'entrée du patient, la dernière date d'évaluation du risque de développer une escarre ainsi que sa localisation, s'il y'en avait une. Ce système était mis à jour quotidiennement.</p> <p>L'incidence cumulative des escarres a été mesurée chez les patients sortis de l'hôpital en 2009 (groupe A : soignants non exposés au système de rappel automatique) et chez les patients sortis en 2010 (groupe B : soignants exposés au système de rappel automatique).</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>84 cas d'escarres sur 9263 patients (0.9%) dans le</p>

	<p>groupe A et 59 cas d'escarres sur 9220 patients (0.6%).</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>le système de rappel automatique qui permet de signaler les patients à risque de développer des escarres au début du quart de travail du personnel soignant a été efficace dans la réduction de l'incidence des escarres.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Dans l'introduction, les auteurs ont constaté que peu d'études ont été menées, à ce jour, pour déterminer l'efficacité dans la clinique d'un système de rappel automatique intégré au dossier de soins informatisé qui informe les soignants sur les patients à risque de développer des escarres.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Les auteurs ont relevé que les escarres demeurent toujours un problème de santé publique et qui coûte aux hôpitaux, malgré l'existence de plusieurs moyens de prévention. Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de la prévention des escarres et de l'évaluation des patients à risque.</p> <p>Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Selon les auteurs, dans le contexte de la prévention des événements indésirables, l'escarre est devenue aujourd'hui un facteur clé quand, car on analyse la sécurité des soins donnés au patient. La survenu des escarres est devenue un indicateur de la qualité des soins infirmiers quand il s'agit de la sécurité du patient.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Les auteurs ont présenté diverses études en lien avec</p>

	<p>l'impact de l'utilisation des systèmes de rappel destinés à des professionnels de la santé dans divers contexte de soins.</p> <p>Par exemple, selon Shojania et al. (2009), 28 études issues de Cochrane portant sur l'utilisation de différents systèmes de rappel (prescription des médicaments, les interactions médicamenteuses, les vaccins et la prescription de tests diagnostiques spécifiques) ont montré qu'il y avait une petite à moyenne amélioration dans la clinique.</p> <p>Une récente revue de Cochrane incluant 55 études a démontré que l'utilisation de systèmes de rappel automatique notamment pour l'aide à la décision dans la prévention des thromboses veineuses a permis de réduire la survenue de ce problème chez des patients à risque et d'augmenter la proportion des patients qui ont bénéficiés de mesures prophylactiques. (Kahn et al., 2013).</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>La recension a permis aux auteurs de constater qu'il existe des études qui ont porté sur l'informatisation de divers guidelines et des protocoles destinés aux escarres (Willson et al., 1995 ; Zielstorff et al., 1997). Toutefois, il existe peu d'études ayant porté sur l'impact clinique de l'utilisation de systèmes de rappel pour des patients à risque d'incidents indésirables tels que les escarres.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clés sont les escarres et le système de</p>

	<p>rappel. Les auteurs ont clairement défini les escarres mais ils n'ont pas défini le système de rappel.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Le cadre de référence n'est pas défini en tant que tel mais nous pouvons dire qu'il s'agit de la prévention des escarres.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise?</p> <p>Le but de l'étude est de comparer entre deux groupes de patients. Le groupe A : patients qui n'ont pas bénéficié du système de rappel et le groupe B : patients qui ont bénéficié d'un système de rappel.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les auteurs cherchent à mesurer l'incidence des escarres chez 2 groupes de patients admis dans 6 unités de médecine et de chirurgie avant et après avoir implémenté un système de rappel. Les variables sont définies comme suit : le sexe, l'âge et la durée d'hospitalisation du patient, dans quel unité le patient était admis, le (groupe homogène de diagnostic) DRG du patient et le motif de sortie de l'hôpital.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? -</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou</p>

	<p>théorique ?</p> <p>-</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population visée est les patients de 6 unités de médecine et de chirurgie d'un hôpital de Madrid qui ont fait l'objet d'une prévention d'escarres survenues au cours de l'hospitalisation.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les auteurs précisent que cette liste de rappel est mise à jour automatiquement chaque fois que l'ordinateur est mis en marche.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>L'échantillon provient de 6 unités d'un hôpital de 406 lits.</p> <p>Les auteurs ont créé une requête SQL (Structured Query Language) qui génère une liste à partir des</p>

	<p>dossiers sélectionnés. Les informations contenues dans la liste sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - date d'admission du patient, - la dernière évaluation du risque d'escarre, - le statut actuel de l'escarre, - la dernière localisation documentée de l'escarre, - la catégorie de l'escarre.
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les auteurs précisent que les données utilisées dans cette étude proviennent du Basic Minimum Data Set (MDS). Lors de l'extraction des données, les auteurs ont veillé à préserver l'identité des patients. Ils n'ont pas eu accès aux données médicales des patients conformément à l'article 16.3 de la loi Espagnole. L'étude a été approuvée par la Commission d'investigation et la Direction de l'Hôpital Universitaire de Fuenlabrada.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>C'est une étude avant et après test. Les auteurs ont comparé deux groupes A et B. Dans le groupe A, les soignants n'avaient pas de système de rappel alors que dans le groupe B les soignants avaient un système de rappel.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le</p>

	<p>terrain et auprès des participants ?</p> <p>-</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les auteurs ont cités diverses échelles incluses dans le DSI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echelle de Norton modifiée par l'Institut National de la santé d'Espagne (1996), pour mesurer le risque d'escarre. - Projet SIGNO II de l'Institut National de la Santé d'Espagne, pour mesurer le niveau de dépendance des patients. <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Un des outils a été modifié à partir d'un outil existant et le 2^{ème} outil a été créé dans le cadre d'un projet de l'Institut National de Santé de l'Espagne.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>-</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrements est-il décrit clairement ?</p> <p>Les auteurs ont donné quelques précisions.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les auteurs ont effectué eux même la sélection des DSI inclus dans l'étude. La liste de rappel a été crée de façon automatique en utilisant la requête SQL.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>Oui.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui l'analyse a été détaillée. Pour la comparaison entre les deux groupes à l'étude, les auteurs ont</p>

	<p>utilisé les outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le test de <i>Student</i> pour les variables quantitatives - Le <i>chi-square</i> pour les variables qualitatives. - Pour évaluer l'effet de la liste de rappel avant et après implémentation, les auteurs ont utilisé le model de régression logistique binaire - Pour s'assurer de la validité du model, les auteurs ont utilisé le test de <i>Hosmer</i> et <i>Lemeshow</i>. <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les auteurs ont utilisé l'analyse stratifié avant et après l'implémentation de la liste de rappel, afin d'évaluer l'interaction entre les variables et/ ou l'existence d'une variable de confusion. Pour éviter le biais de confusion, les auteurs ont calculé le Odd Ratio (OR).</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>-</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats ont été présentés sous la forme de tableaux et de texte.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>-</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Les auteurs précisent que les résultats de cette étude concordent avec d'autres études qui ont analysé le système de rappel pour l'aide à la décision. Ces études ont aussi conclu que ce système est efficace et contribue à l'amélioration des résultats des processus de soins (Arditi et al., 2012 ; Bogucki et al., 2004 ; Dexter et al., 2001 ; Gandhi et al., 2003 ; Holt et al., 2010 ; Kucher et al., 2005 ; Sebastian-Viana et al., 2013 ; Shojania et al., 2009).</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les auteurs expliquent que la liste de rappel utilisée lors de cette étude comporte des limitations, car elle est mise à jour que lors de la mise en marche de l'ordinateur. Il serait intéressant d'envisager une mise à jour en temps réel de cette liste afin de mieux évaluer l'impact clinique de ce système de rappel.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Les auteurs admettent que la méthode utilisée dans cette étude ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. Ils expliquent que le devis utilisé ne permet pas de contrôler tous les facteurs qui peuvent influencer les résultats. C'est pour cela que des études plus robustes sont nécessaires.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p>

Les résultats permettent de mettre en évidence qu'un système de rappel automatisé est efficace et contribue à la réduction de l'incidence des escarres chez des patients hospitalisés et à risque de développer des escarres et peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

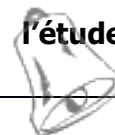
L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ? Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Les auteurs estiment que cette étude démontre que le système de rappel utilisé a simplifié le travail des professionnels en leur permettant d'identifier rapidement les patients à risque d'escarres. En plus, les résultats de cette étude permettent de suggérer que l'utilisation d'un système de rappel par les professionnels de la santé peut être considéré comme une intervention efficace pour réduire l'incidence des escarres acquis en cours d'hospitalisation et ainsi améliorer la qualité des soins.

Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, l'article porte sur la précision, l'intégralité et l'exhaustivité des informations sur les escarres dans le dossier du patient.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui. On trouve les éléments suivants :</p> <p><u>Objectif:</u> Décrire l'exactitude, l'intégralité et l'exhaustivité des données sur l'escarre dans le dossier de soins du patient.</p> <p><u>Devis et échantillonnage :</u> Etude transversale, descriptive, réalisée auprès de 29 unités de soins d'un hôpital universitaire en Islande. L'étude a inclus, une évaluation de l'état cutané des patients et des vérifications rétrospectives des dossiers de soins des patients identifiés avec une escarre.</p> <p><u>Participants :</u> 129 patients ont été inspectés pour des signes d'escarre sur 1 jour en 2008. Les dossiers des patients identifiés avec une escarre (n=45) ont été évalués de manière rétrospective.</p> <p><u>Résultats :</u> La prévalence d'escarre était de 21%. Les données dans les dossiers manquaient de précision, d'exhaustivité et n'étaient pas complètes. Seul 60% des patients identifiés avec une escarre avaient des données en lien avec l'escarre dans leur dossier. Le manque de précision est plus répandu pour l'escarre de stade 1.</p> <p><u>Conclusion :</u> Le but de la documentation pour enregistrer, communiquer et soutenir le flux d'information dans le dossier du patient n'a pas été atteint. Les dossiers des patients manquaient de précision, d'exhaustivité et d'intégralité. Ceci peut mettre en péril la sécurité des patients, la continuité et la qualité des soins. Les</p>

	<p>informations sur l'escarre dans les dossiers des patients ne peuvent pas être utilisées comme une source fiable pour l'évaluation de la qualité des soins. Pour améliorer la précision, l'exhaustivité et l'intégralité des données dans le dossier du patient, une évaluation systématique des risques d'escarre et l'évaluation et le traitement d'escarre basés sur les lignes directrices fondées sur des preuves probantes doivent être mises en œuvre. Les technologies de l'information de santé, y compris le dossier de soin informatisé avec une aide à la décision ont montré des résultats prometteurs pour faciliter et améliorer la documentation portant sur les escarres.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Le but de cette étude est de décrire l'exactitude, l'intégralité et l'exhaustivité de l'information sur l'escarre dans le dossier de soin du patient.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <p>Pour atteindre une meilleure sécurité des patients, les informations cliniques du patient doivent être précises et complètes. Le manque de qualité dans la documentation peut avoir des impacts négatifs sur la qualité et la sécurité du patient. La prévention des escarres est une priorité internationale et une faible prévalence d'escarre est un indicateur important de la qualité de soins dans les hôpitaux. Les infirmiers jouent un rôle important dans la prévention et les soins d'escarres. Cependant, la recherche a montré une incompatibilité entre ce qui a été documenté dans les dossiers des patients et les observations cliniques des escarres. Les études montrent également que l'identification et la classification complétées par les cliniciens ne sont pas toujours fiables et sont hautement incohérentes.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p>



	Pas de postulats sous-jacents.
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Les auteurs citent plusieurs exemples dans la littérature scientifique qui traitent de thèmes de santé fréquemment rencontrés dans les soins et qui ne sont pas documentés dans le dossier du patient. Par exemple sur le site d'insertion et la taille des voies veineuses périphériques (Ahlqvist et al., 2009), la prévalence et la prévention des escarres (Gunningberg et al., 2008), l'altération de la capacité à effectuer et les activités fonctionnelles de la vie quotidienne chez les patients âgés admis en soins aigus (Jensdottir et al., 2008), l'insuffisance cardiaque chez les patients âgés recevant des soins à domicile (Ehrenberg et al., 2004), les ulcères veineux de la jambe dans les soins de santé primaire (Ehrenberg et al., 2003), et les problèmes de santé physique et mentale des patients résidents dans des établissements médico-sociaux (EMS) (Ehrenberg et al., 2001). Une préoccupation commune est que la documentation des soins infirmiers ne parvienne pas à fournir des informations sur l'état actuel des patients et des soins réels donnés (Ahlqvist et al., 2009 ; Ehrenberg et al., 2001 ; Gunningberg et al., 2004). Il a été démontré que la documentation électronique structurée améliore la qualité de la documentation, augmente l'intégralité du dossier en augmentant le nombre d'interventions et de tâches de soins et diminue les variations dans la documentation (Gunningberg et al., 2008 ; Nahm et al., 2001; Daly et al., 2002; Keenan et al., 2008).</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui.</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Oui, les concepts de l'exactitude, l'exhaustivité et l'intégralité dans la documentation des soins infirmiers ont été définis dans l'introduction.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ?</p> <p>Les concepts clés sont liés au concept de la qualité de la documentation des soins infirmiers.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le cadre de référence n'est pas explicite en tant que tel. Toutefois, nous pouvons dire qu'il s'agit de la qualité, la sécurité des soins donnés aux patients.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, il s'agit de décrire l'exhaustivité, l'intégralité et la précision des informations en lien avec les escarres dans les dossiers de soin des patients.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui, avec l'accent mis sur l'introduction du dossier de soins informatisé pour améliorer la qualité de la documentation, il y a un besoin croissant de savoir dans quelle mesure les dossiers des patients fournissent des informations précises qui concordent avec ce qui est observé directement chez le patient.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?-</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-</p>

	<p>jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>-</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population échantillon</p>	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise?</p> <p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui, il s'agit de patients admis à l'hôpital universitaire Landspítali en Islande d'une capacité de 800 lits admis dans les unités de médecine, chirurgie, gériatrie et réadaptation (29 unités au total et n=328).</p> <p>Les critères d'inclusion définis par les chercheurs sont les suivant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients âgés de 18 ans et plus - Durée de séjours plus que 48 heures <p>Les critères d'exclusion sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les patients admis en psychiatrie, pédiatrie et maternité et les patients ambulatoires. - Le nombre de patients qui ont donné leur consentement pour que leur état cutané soit inspecté était 219 (66,7%) (110 hommes et 106 femmes, et 3 données manquantes). - 90 patients ont refusé, 13 étaient déjà sortis de l'hôpital ou n'étaient pas disponibles. - 47 patients identifiés avec une escarre lors de l'inspection physique, 2 dossiers n'ont pas pu être localisé, ramenant ainsi l'échantillon finale à 45 dossiers de soins pour la vérification en rétrospective.

	<p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Pas de notion sur les moyens d'accroître l'échantillon.</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? -</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Les auteurs ont définis des critères d'inclusion et d'exclusions.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? L'approbation de l'étude a été obtenue auprès du Conseil d'examen institutionnel de l'hôpital et l'Autorité de protection des données en Islande. Les patients (ou d'autres personnes importantes, si le patient ne pouvait pas comprendre l'information verbale ou écrite) ont donné leur consentement par écrit. Une infirmière du personnel connu par le patient était présente et a participé à l'évaluation de chaque patient. Les données ont été traitées de manière confidentielle.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? C'est une étude transversale, descriptive et une analyse rétrospective de dossier de soins des patients</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité) -</p>

	<p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Oui, une estimation du temps nécessaire pour la collecte des données a été effectuée sur un groupe de 4 patients.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>The EPUAP prevalence study tool</i> a été utilisé pour l'évaluation de l'état cutané - Un outil d'audit modifié sur la base de l'EPUAP a été utilisé pour la vérification des enregistrements. - Echelle de Braden <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>-</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, les auteurs précisent que 16 infirmières diplômées désignées par leurs chefs d'unité ont effectué la collecte de données. Elles ont reçu 2 heures de préparation une semaine avant le début de la phase de collecte des données comprenant des instructions détaillées et des discussions sur l'outil <i>EPUAP</i>, la classification des matelas et des coussins et la catégorisation des ulcères de pression. Le site <i>EPUAP</i> (Http://www.epuap.org) et <i>PUCLAS</i> (classification PU) un outil d'enseignement avec des images en couleur et des tests d'essais étaient utilisés pour préparer les collecteurs de données.</p> <p>Les infirmières de chaque unité ont aidé les collecteurs durant l'examen concernant l'état cutané des patients qui ont participé à l'étude et elles ont remplis l'échelle de Braden.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p>

	<p>Oui, comme indiqué ci-dessus.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>-</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Les statistiques descriptives ont été utilisées pour l'analyse. Un niveau de signification de $p < 0,05$ a été utilisé pour déterminer la signification statistique. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS Statistiques Version 17.0 pour Windows (SPSS Inc. Chicago, IL, USA).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui. Les auteurs présentent les caractéristiques des patients et de leurs dossiers avant de présenter l'analyse.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et par un texte narratif.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui, les auteurs présentent les thèmes suivants :</p> <p>1- <u>Les caractéristiques des patients avec une escarre :</u> L'inspection de l'état cutané des patients effectuée un jour en 2008 avait montré une prévalence d'escarres de 21% (47 sur 219 patients). Les hommes étaient deux fois plus nombreux ($n=30$) que les femmes ($n=15$) et étaient plus jeunes (âge moyen des hommes = 70,9, SD 13,9. et l'âge moyen des femmes : 78,5 SD 13,6) ($p < 0,05$).</p> <p>La durée totale du séjour des patients avec une escarre était en moyenne de 105 jours (Q1 :55 ; Q3 :150) et ils</p>

	<p>étaient hospitalisés depuis 39 jours avant l'enquête. 9 (20%) des 45 patients avaient déjà reçu un diagnostic d'escarre du sacrum avant leur admission. Parmi eux, deux patients étaient admis pour un traitement chirurgical de leur escarre avec un diagnostic médical : escarre de décubitus.</p> <p>Les diagnostics médicaux les plus fréquents chez ces patients étaient les maladies pulmonaires (BPCO, insuffisance respiratoire) les maladies cardiaques, les maladies vasculaires cérébrales, les cancers, les fractures et des complications après des blessures. Cinq patients étaient paralysés (hémi, para, ou tétraplégie).</p> <p>2- <u>Les caractéristiques des dossiers des patients :</u> Tous les dossiers vérifiés (n=45) avaient un contenu organisé de la même manière et dans un ordre chronologique. Toutes les notes médicales et les plans de soins infirmiers dans les dossiers des patients étaient dactylographiés ou informatisés, mais toutes les ordonnances médicales, les évaluations de soins infirmiers et les notes d'évolution étaient manuscrites et illisibles en comparaison avec les notes électroniques. Le contenu des dossiers infirmiers a été structuré dans tous les dossiers patients, selon le processus infirmier (évaluation, diagnostic, objectif, intervention et évaluation des résultats). La présence d'escarres a été principalement documentée dans l'évaluation infirmière (lorsqu'elle était présente à l'admission) ou en cours d'hospitalisation (si l'escarre était acquise au cours de l'hospitalisation). Les facteurs de risque des escarres étaient de loin les plus fréquemment documentés en texte libre dans les notes d'évolution des soins infirmiers.</p> <p>3- <u>L'exactitude et l'intégralité des informations observées vs documentées :</u> Sur les 45 dossiers des patients identifiés avec une escarre, seulement 27(60%) avaient des données concordantes avec l'escarre dans le dossier. Le taux d'escarres de décubitus documentées était équivalent à un taux de prévalence de 12,3%. Sur les 27 plaies de pression enregistrées, la taille a été documentée pour 3, la catégorie pour 15 et l'emplacement pour 24.</p>
--	---

	<p>Proportionnellement, les escarres de catégorie I étaient les moins documentés (18 observés par rapport à quatre enregistrés).</p> <p>La sensibilité, l'humidité, la nutrition, la friction / cisaillement et l'incontinence ont été enregistrés pour seulement une petite fraction des patients (par exemple 2-13% des patients) lorsque le indicateurs de l'échelle de Braden était utilisé.</p> <p>Une évaluation du risque d'escarre basée sur l'échelle de Braden a été retrouvée dans un seul dossier.</p> <p>4- <u>L'exhaustivité de l'information dans les dossiers de soins :</u></p> <p>Les 27 escarres trouvées dans les dossiers ont toutes été enregistrées par des infirmiers et seulement sept par les médecins.</p> <p>Les symptômes, les diagnostics infirmiers, les notes sur l'évolution de l'escarre et un plan d'intervention pour la prévention ont été trouvés dans 42%(n=19) à 44% (n=20) mais à moindre mesure dans l'anamnèse du patient, l'évaluation des soins infirmiers, les diagnostics médicaux, les résultats attendus et les plans de changement de position.</p> <p>Quatre diagnostics infirmiers standardisés ont été documentés: risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, atteinte à l'intégrité de la peau, atteinte à l'intégrité des tissus, risque de syndrome d'immobilité.</p> <p>Dans un seul des 45 dossiers des patients, l'escarre était décrite de manière appropriée suivant toutes les phases du processus infirmier. Il n'y avait pas de description des escarres dans toutes les phases du processus infirmier.</p> <p>Les facteurs de risque d'escarre ont été enregistrés, par ordre décroissant, dans les notes d'évolution, les antécédents du patient, le notes d'évaluation des soins infirmiers, les notes d'admission médicale, les notes d'évolution médicale, l'évaluation physique et dans d'autres parties du dossier du patient, tels que les notes de consultation et de sortie.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>-</p>
DISCUSSION	
Interprétations des	Les résultats sont-ils interprétés en fonction du

résultats	<p>cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Oui.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les limites de l'étude sont-elles été définies ?</p> <p>La taille de l'échantillon qui représentait les deux tiers des patients hospitalisés.</p> <p>L'évaluation systématique du risque d'escarre a été trouvée dans un seul dossier. Au moment de la collecte des données, les indicateurs de qualité des soins n'étaient pas encore définis par l'hôpital et il ne contenait pas de directives cliniques pour la prévention des escarres mais ce travail était en cours.</p> <p>Des incertitudes et des mauvaises interprétations pourraient compromettre la fiabilité de la vérification des dossiers.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Les auteurs n'ont pas indiqué si leurs résultats sont transférables.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les auteurs estiment que les résultats de cette étude montrent que les buts de la documentation qui sont d'enregistrer, de communiquer et de soutenir la continuité de l'information dans le dossier du patient ne sont pas atteints. Les dossiers des patients manquaient de précision, d'intégralité et d'exhaustivité et ceci peut compromettre la sécurité des patients, la continuité et la qualité des soins. Les informations sur les ulcères de pression contenues dans les dossiers des patients ne</p>

peuvent pas être considérées comme une source valide et fiable pour évaluer la qualité des soins.

L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?

Les auteurs font les recommandations suivantes :

- Pour améliorer l'exactitude, l'intégralité et l'exhaustivité des données dans le dossier du patient, une évaluation systématique des risques de développer une escarre et le traitement des escarres existantes basées sur des données probantes doit être implémentée et documentée dans la pratique clinique.
- L'utilisation des technologies de l'information dans les soins y compris le DSI avec un système d'aide à la décision a montré des résultats prometteurs en ce qui concerne la facilitation et l'amélioration de la documentation en lien avec les escarres.

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Ce que nous pouvons reprocher à cette étude est la taille de l'échantillon qui n'est pas très grand et qui ne permet de généraliser les résultats de cette étude.

Toutefois, les résultats de cette étude concordent sur nombreux points avec d'autres études avec une méthodologie plus robuste.

Determination of the effectiveness of electronic health records to document pressure ulcers

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre indique que c'est une étude sur la détermination de l'efficacité des dossiers de soins informatisés (DSI) dans la documentation des escarres.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, le résumé comporte les éléments suivants :</p> <p><u>L'introduction :</u></p> <p>La documentation des soins infirmiers a évolué du dossier médical écrit à la version d'un dossier de soins électronique (DSI), car l'utilisation du DSI est considéré comme bénéfique dans la qualité ainsi que dans la sécurité des soins.</p> <p>Après l'implémentation du DSI une meilleure communication entre le personnel de soins diplômé, les diététiciens, les assistants sociaux et les infirmiers a été constaté. De plus, ils devraient avoir accès de manière plus rapide aux traitements et aux changements des plans de soins.</p> <p>Le DSI fournit un modèle complet pour rappeler aux infirmiers d'enregistrer le stade, la taille, la localisation, l'évaluation des risques de l'escarre ainsi que les diagnostics infirmiers, les objectifs et les interventions prévues.</p> <p><u>Objectif :</u></p> <p>Le but de ce projet pilote est de suivre la documentation sur le DSI en lien avec les escarres dans un service de chirurgie et de comparer le DSI au dossier médical écrit à la main.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Etude pilote réalisé dans un hôpital de 560 lits à Miami, FL. Un échantillon de 139 patients admis dans des unités de médecine et de chirurgie répondant aux critères d'inclusion a été sélectionné.</p>

	<p>Les données enregistrées dans le DSI concernant les escarres ont été revues rétrospectivement.</p> <p>La collecte des données démographiques des patients, le score avec l'échelle de Braden, la présence d'escarre ont été inclus à la fois dans les DSI et le dossier médical écrit à la main.</p> <p>Une étude descriptive a été entreprise pour comparer le DSI au dossier écrit à la main.</p> <p><u>Résultats:</u></p> <p>Onze patients (N = 139) ont développé des escarres. Des incohérences ont été trouvées dans la documentation lorsque l'on compare le DSI et le dossier écrit à la main.</p> <p><u>Conclusions:</u></p> <p>Les résultats de cette étude pilote ont illustré que les dossiers des patients (électronique et papier), ne reflètent pas la routine des politiques hospitalières de pour la documentation des escarres. Une éducation relative à l'utilisation du DSI pour la documentation des escarres devrait être renforcée chez les infirmières.</p> <p>En outre, il existe un besoin de lignes directrices visant à normaliser et évaluer régulièrement la documentation de DSI dans la pratique clinique.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, le phénomène à l'étude est précisé. Il s'agit de suivre la documentation sur le DSI en lien avec les escarres dans un service de chirurgie et de comparer le DSI au dossier écrit à la main.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>L'introduction mentionne l'évolution croissante de la documentation infirmière du format papier au format informatisé. L'utilisation d'un système informatique est bénéfique pour la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p>

	<p>Le problème est pertinent et à une signification particulière pour les soins infirmier.</p> <p>Les infirmiers jouent un rôle important dans l'adoption, l'utilisation et l'évaluation du DSI.</p> <p>Törnvall, Wilhelmsson et Wahren (2004) ont trouvé que les infirmiers répondent positivement à la structure du DSI parce que la documentation a été facilitée, les décisions cliniques ont été documentées et les soins aux patients ont été évalués.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Une revue littéraire a été entreprise. Elle présente une description de l'état actuel de manière très clair en lien avec la thématique et en s'appuyant sur des revues précédentes et d'autres recherches.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui. L'article commence en abordant le thème du dossier de soins informatisé. Par la suite, l'auteur nous synthétise l'état actuel sur les escarres ainsi que sa documentation.</p> <p>Toutes ces informations, nous permettent de voir l'état actuel dans cette thématique.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>L'introduction référence plusieurs études qui appuient l'article. Ces études, nous permet d'avoir une vision globale de la situation actuelle au sujet des escarres ainsi que sa documentation.</p> <p>Poon et al. (2010) affirme que l'utilisation des DSI a augmenté d'environ 17% aux USA et qu'elle continue de s'accroître.</p> <p>Jamal, Mckenzie et Clark (2009) mentionnent la diversité des fonctions du DSI dans les établissements</p>

	<p>de soins. La plupart des DSI comportent les concepts médicaux qui forment une zone ayant un contenu et, ils sont basés sur les organisations des soins, les normes, les exigences et sur d'autres pratiques fondées sur des preuves <i>Evidence Based-Practice</i> (EBP).</p> <p>Le DSI est intégrée dans les EBP en huit fonctions essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Support de décision - Les données de santé - La gestion des résultats - La saisie des entrées - La communication électronique et la connectivité - Un support de soutien pour les patients - Le processus administratif et la population - Et la gestion de la santé <p>Poon et al., Wrenn, Stein, Bakken et Stetson (2010) affirme que la combinaison de données structurées et le développement d'un vocabulaire national montre une approche cohérente. La documentation standardisée permet l'utilisation de données à partir du DSI afin de se renseigner sur les soins de santé, de prévention, les actions et les résultats des interventions infirmières. De plus, le DSI peut faciliter la communication entre les professionnels de la santé, promouvoir la sécurité, réduire les coûts et faciliter l'EBP.</p> <p>Holroyd-Eeduc, Lorenzetti, Straus, Sykes, & Ouan (2011) ont trouvé que le modèle du DSI peut permettre aux médecins et autres professionnels de la santé de cibler les informations dont ils ont besoin. D'ailleurs, la documentation des informations prend moins de temps.</p> <p>La description des résultats d'évaluation des patients et plus présent dans le DSI. D'autre part, il améliore la communication entre les professionnels de la santé, car les données sont facilement disponibles et donc, ils peuvent améliorer la qualité des soins données aux patients. Le DSI permet aux médecins d'avoir accès à</p>
--	---

	<p>l'information et aux données du patient afin de faciliter les décisions cliniques en temps opportun. Les dossiers peuvent être consultés par les médecins à tout moment, ce qui permet la prévention et le traitement des escarres. Les autres avantages comprennent aussi la disponibilité des données pour les services de recherches sur la santé et pour les responsables de la santé publique. Afin de coordonner avec les surveillances de la santé publique, de la qualité, et de la recherche, le DSI offre un accès plus facile pour le recueil d'informations</p> <p>Törnvall, Wilhelmsson et Wahren (2004) concluent que des infirmiers répondent positivement à la structure du DSI parce que la documentation a été facilitée, les décisions cliniques ont été documentées et les soins aux patients ont été évalués.</p> <p>Mahler et al. (2007) ont démontrés que la qualité de la documentation infirmière est améliorée après l'introduction d'un système de documentation électronique et que les exigences légales de la documentation ont été remplies.</p> <p>Fuller, McCullough, Bao, & Averill (2009) mettent en évidence que les escarres sont coûteux (environ 17495 \$ de plus). D'autres auteurs ont documentés l'augmentation des coûts de 2384 \$ par cas.</p> <p>Alderden, Whitney, Taylor et Zaratkiewicz (2011) affirme que depuis le 1er Octobre 2008, le <i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> a apporté 0 % de complication pour un certain nombre de diagnostics, y compris les escarres de stade III et IV acquis au cours d'une hospitalisation. Cette décision a conduit les hôpitaux du pays pour la prévention des escarres et améliorer la compréhension du risque de l'hôpital ou se trouve des personnes ayant des escarres, car la prévention est plus rentable que le traitement.</p> <p>Schuurman et al. (2009) ont mené une étude afin de</p>
--	--

	<p>déterminer le coût de la prévention et le traitement des escarres du point de vue de l'hôpital. Les Résultats indique les mêmes interventions (repositionnement, mobilisation) sont plus coûteux dans le groupe de traitement que dans le groupe de prévention étant donnée qu'une intervention infirmière prend plus de temps chez les patients souffrant d'escarres.</p> <p>Dans une étude rétrospective de Pieper, Mikolos, Manee et Adams (1990) 167 graphiques ont été enregistrées dans les données des infirmiers selon les normes des plaies. La documentation infirmière a été examinée d'après l'emplacement, la couleur, la taille, les caractéristiques des écoulements, l'odeur, la preuve de guérison et l'état des tissus qui entoure l'escarre.</p> <p>Les résultats ont démontré que la documentation n'était pas dans la norme. Seulement 16,86% des données contenaient les mesures de la plaie, 20,05% avaient des descriptions sur la taille et seul 12,64% décrivait les preuves de guérison.</p> <p>Gunningberg, Fogelberg-Dahm, et Fhrenberg (2009) ont trouvés un manque de précision des infirmières et des médecins dans la documentation des escarres par rapport à l'examen physique du patient. Il manquait la description de la taille de la plaie et d'autres caractéristiques. Les évaluations n'étaient pas documentées correctement et la stratégie de prévention d'escarre était mal enregistrée. L'exhaustivité manquait dans la documentation des soins aux escarres.</p> <p>D'autres références sont citées de manière indirecte et sont recensées dans les références. De plus, quelques études coordonnent avec d'autres recherches faite à ce sujet.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui.</p>
Cadre de recherche	Les concepts clés sont-ils mis en évidence et

	<p>définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Il y a deux concepts clés qui ressortent au travers cette étude. Les escarres ainsi que la documentation des escarres. Ces thématiques sont justifiées et sont décrites de manière à comprendre l'objet de l'étude.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ?</p> <p>Oui, car le cadre de référence est la détermination de l'efficacité des dossiers de soins informatisés (DSI) dans la documentation des escarres.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, le but de l'étude est la détermination de l'efficacité des dossiers de soins informatisés (DSI) dans la documentation des escarres.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le traitement des escarres nécessitent des évaluations objectives et cohérentes lors de la documentation afin d'apporter un traitement approprié.</p> <p>Dans de nombreux cas, la documentation varie. Un manque de données est visible sur l'état de la plaie, le traitement ainsi que les mesures préventives.</p> <p>Ces lacunes ont des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins, car des erreurs peuvent se produire et entraver la continuité des soins aux patients.</p> <p>Les dossiers des patients doivent contenir des données valides et fiables sur les escarres, les traitements et les mesures de prévention prises.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui.</p>

	<p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Pas précisé.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? (<i>outcome measures</i>, mesure privilégiée dans la revue systématique) Oui</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La population se compose de 139 patients. 81 sont des femmes et 58 des hommes. 60 patients étaient présents pour des diagnostics médicaux divers et 79 patients étaient des personnes ayant eu une intervention chirurgicale.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui. Les auteurs ont utilisé un échantillonnage de commodité. Cette méthode est choisie pour des questions pratiques, les sujets à l'étude sont plus facilement accessibles.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Pas mentionné dans l'étude.</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? -</p> <p>Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? -</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base</p>

	<p>statistique ? Des critères d'inclusions ont été mentionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes devaient être admises à l'hôpital pour des raisons chirurgicales ou alors de diagnostic - Les personnes devaient peser plus de 32kg, mais moins de 227kg - Elles devaient rester au minimum 2-10 jours sur un matelas
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'accord pour effectuer l'étude a été obtenu auprès de l'Institut d'examen de l'Université de Miami et tous les DSI ont été mis à disposition des chercheurs. Aucune information personnelle n'apparaît dans l'étude.</p> <p>L'étude a-t-elle conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui.</p> <p>La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui. Un infirmier a effectué la vérification des dossiers papier avec l'aide du coordinateur de projet. Un autre infirmier et un chercheur ont collecté les données du DSI chaque jour pour tous les patients.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité) Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui.</p> <p>Y-a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? La durée de l'étude n'est pas mentionnée.</p>

Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un formulaire de vérification des dossiers a été développé afin d'étudier les données contenues. - L'analyse des données descriptives a été fait avec le <i>Social Sciences Version 17.0</i> pour <i>Windows</i>. - <i>Natonal Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)</i>, afin de définir le stade de l'escarre <p>Les questions de recherche sont-elles bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui. Il s'agit d'étudier la qualité des documents papiers en lien avec les escarres, la qualité de documentations sur les DSI toujours ne lien avec les escarres, la comparaison de la documentation papier contre la documentation sur un système informatisé.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Oui. Seul un formulaire a été créé pour les besoins de l'étude. Sinon les autres outils ont été importés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Lors de la lecture, il y a une cohérence entre les outils utilisés ainsi que le but de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données/ enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. La collecte des données a été faite par le biais d'un formulaire de vérification des dossiers de soins et un logiciel pour les statistiques a été utilisé.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les infirmiers récoltant les données étaient accompagné par le coordinateur du projet ainsi qu'un enquêteur.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p>



	-
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui. Les données descriptives ont été analysées à l'aide du logiciel statistique pour les Sciences sociale ver 17.0. Le système de classification des escarres du NPUAP utilisé dans l'examen clinique des patients a servi pour déterminer le stade des escarres lors de l'évaluation des dossiers.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non. Pas de spécification à ce sujet.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui. Ils sont séparés par thématique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La qualité des documents écrits à la main 2. La qualité des documents saisi dans le DSI 3. La documentation écrite en comparaison avec le DSI <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Un tableau est utilisé pour exposé la comparaison du DSI ainsi que des documents papiers.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Les résultats sont détaillés sous forme de thèmes</p> <p>1- <u>La qualité des documents relatifs aux escarres écrits à la main :</u> La qualité globale de la documentation des escarres en soins infirmiers était pauvre. Sur 139 dossiers, 7</p>

	<p>comportaient des photos et la localisation de l'escarre. Cependant, la taille n'a pas été documentée. Un enregistrement n'avait aucune description de l'escarre sauf la localisation et deux cas ne comportaient pas la description sur la taille ou la profondeur de la plaie.</p> <p>2- <u>La qualité de la documentation relative aux escarres dans le DSI :</u></p> <p>De nombreuses lacunes ont été mises en évidence dans le DSI dans le cas des escarres. Sur huit dossiers contenant une documentation sur les escarres, aucun n'était cohérent.</p> <p>Par exemple, dans un enregistrement, la documentation a été faite pendant 16 jours. Par contre, seule une évaluation décrivait une escarre de stade II et le reste des notes soient n'avaient aucun lien avec l'escarre ou elles n'étaient pas présentes. D'autres divergences ont été observées dans la plupart des enregistrements. Par exemple, certaines infirmières documentaient sur le modèle d'incision. Il n'y avait pas de modèle pour une description de l'escarre.</p> <p>Par conséquent, même si les infirmières ont enregistré la présence d'une escarre, elles ne fournissent pas un examen approfondi du stade ou de la taille de celle-ci. En outre, les chercheurs ont observé que l'équipe de nuit documentent mal en comparaison avec l'équipe de jour lorsque l'on compare chaque catégorie de documentation.</p> <p>Par exemple, la localisation a été documentée 48 fois de jour et 3 fois de nuit, la couleur 30 fois le jour et 13 fois la nuit.</p> <p>3- <u>Comparaison de la documentation des soins infirmiers: DSI vs dossier papier :</u></p> <p>Quatre dossiers dans le DSI indiquaient la présence d'escarres, mais des photos n'étaient pas intégrées dans le dossier médical écrit ou dans les informations spécifiques du dossier papier.</p> <p>A l'inverse, trois photos d'escarres ont été trouvées dans les dossiers médicaux écrits mais pas dans le DSI.</p>
--	---

	<p>Onze patients ayant une escarre ont été identifiés au travers du DSI ou dans les documents papiers. La durée totale d'hospitalisation était de 91 jours. 15 cas d'escarres ont été identifiés, 4 patients avaient 2 escarres et le reste des patients en avait une. Par conséquent, la description de l'escarre comprenant la localisation, la taille, le stade, la granulation, la couleur, l'odeur, la quantité d'écoulement, l'aspect des bords/du tissu environnant, état du pansement, l'avis des médecins, les photos présent devaient être documentés 254 fois.</p> <p>Cependant, la plupart des données introduites étaient la localisation des escarres (83 fois) et l'état du pansement (69 fois). Les autres aspects ont été enregistrés 0-43 fois. Les photos de la plaie présent n'ont pas permis de voir la progression de la cicatrisation.</p> <p>Sur la base du même groupe de patients ainsi que la politique de l'hôpital en matière des plaies, des photos devaient être prises et être intégrées dans le dossier médical (45 fois). Cependant, seuls 10 photos étaient dans les dossiers écrits et la description de la plaie faisait défaut dans les dix dossiers papiers.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Pas d'information à ce sujet.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui. Plusieurs auteurs mentionnent l'importance de la documentation des escarres que se soit par des photos, en suivant des protocoles précis pour définir le stade de l'escarre comme le <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)</i>.</p> <p>L'auteur mentionne que les résultats sont cohérents avec une étude faite par Gunninberg et Ehrenberg (2004). Ils avaient également trouvé que la</p>

	<p>documentation infirmière manque de précision dans l'évaluation des stades de l'escarre.</p> <p>Ces mêmes auteurs ont trouvé dans leur étude une divergence entre le nombre d'escarres qui devraient être documentés et le nombre concrètement documenté.</p> <p>D'autres résultats ont montré le manque de documentation des infirmières qui travaillent la nuit en comparaison avec celle du jour. Les auteurs pensent que ça pourrait être expliqué par le manque chronique du sommeil dont souffrent les infirmières de nuit et qui peut avoir un impact sur la performance au travail et la vie sociale (de Cordova, Phibbs, Bartel & Eastman, 2008).</p> <p>Les auteurs soulignent aussi l'utilisation non adaptée du DSI dans la documentation des escarres et expliquent cela par le manque de familiarité des infirmières avec les logiciels. Ils ajoutent que l'adoption du DSI ne suffit pas pour améliorer la qualité des soins (Blair & Smith, 2012 ; Kelley, Brandon, & Docherty, 2011). Les infirmières ont besoin d'être familiarisées avec ses fonctionnalités afin de l'utiliser de façon adéquate.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui.</p> <p>La taille de l'échantillon n'était pas représentative (N = 139), par contre, il a permis d'identifier des inexactitudes pour la documentation dans le DSI et dans les documents papiers.</p> <p>L'échantillon des patients ne présentait pas de diversité (patient présent pour un diagnostic médical ou chirurgical).</p> <p>Donc les résultats ne sont pas généralisables.</p> <p>En contrepartie, ces limites questionnent tout de même la documentation des escarres dans les établissements de soins et les facteurs qui peuvent influencer sur ce phénomène.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p>
--	---

	<p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui, c'est une des limites de l'étude, car l'échantillon ainsi que les patients sélectionnés ne sont pas représentatifs.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les résultats pourraient influencer afin de créer un module de cours dans les écoles ayant des étudiants en soins infirmiers en première année ainsi que pour le personnel soignant. Par exemple, lors du cours une image d'escarre peut être donnée à l'infirmier ou à l'étudiant. Celui-ci serait invité à observer les caractéristiques de la plaie et de l'évaluer. Après cette session, il peut être demandé à l'étudiant ou l'infirmier de documenter les caractéristiques de l'escarre dans le DSI.</p> <p>Un des objectifs de la simulation est de montrer le monde réel tout en restant dans un cadre sécurisé (école) afin de les soutenir dans leurs erreurs et leurs permettre de faire ces erreurs.</p> <p>Donc les simulations d'escarres doit être aussi proche que possible de la réalité pour permettre le transfert des compétences dans la pratique.</p> <p>Les lacunes du DSI et du document écrit mettent en évidence la nécessité des lignes directrices spécifiques pour enregistrer les escarres. En augmentant la précision dans la collecte des données, l'identification des premiers signes d'escarre vont améliorer la qualité des soins donnés aux patients.</p> <p>Une augmentation de l'éducation et de la formation pour améliorer les connaissances des infirmiers sont en grandes priorités afin d'améliorer la pratique clinique.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Une large étude devrait être effectuée dans tous établissements de soins aux Etats-Unis afin de permettre une évaluation approfondie des problèmes</p>

	<p>de documentation des escarres.</p> <p>En outre, cette étude pilote fourni des informations pour la suite des études à mener.</p> <p>Les résultats démontrent entre autre que le personnel soignant n'est pas familier avec l'utilisation du DSI.</p> <p>Une étude future pourrait se concentrer sur les obstacles que le personnel soignant rencontre lors de l'utilisation du DSI. Cela pourrait donner des informations afin d'améliorer la qualité de la documentation.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui. Malgré un petit échantillon, cette étude démontre l'importance de la documentation infirmière en lien avec la prévention des escarres. Elle met en évidence les lacunes des soignants et la nécessité de renforcer la formation de ces derniers dans ce domaine spécifique des soins.</p>
--	---

Using EHR to predict hospital-acquired pressure ulcers:

A prospective study of a Bayesian Network model

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre précise de façon exhaustive les concepts clés ainsi que la population.</p> <p>Il s'agit d'une étude prospective sur l'utilisation du dossier de soins informatisé basée sur un modèle de réseau Bayésien afin de prédire les escarres nosocomiales.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui. Le résumé indique les éléments suivants :</p> <p><u>Contexte:</u> Explique que les escarres développés en milieu hospitalier sont fréquents chez les patients hospitalisés et crée une morbidité, mortalité et des coûts importants, mais que les stratégies de prévention étaient d'efficacité variables.</p> <p><u>Objectifs :</u> Elaborer et évaluer l'impact de l'introduction d'un support d'aide à la décision pour prédire la prévalence des escarres ainsi que la durée du séjour en soins intensifs. Ainsi que le taux d'utilisation et l'attitude adoptée vis-à-vis de cet outil.</p> <p><u>Méthodes :</u> Comparaison de la prévalence des escarres nosocomiales avant et après l'introduction de l'intervention (DSI) ainsi que le sondage des utilisateurs. Le modèle de réseau Bayésien a été utilisé. Outil validé dans une étude précédente lié au dossier de soin informatisé dans une application appelée <i>Ulcer Prevention (PU) Manager</i>. Le groupe d'intervention inclus 866 patients à risque dans l'unité de soins intensive chirurgicale. Dans un hôpital d'enseignement supérieur sur une période de 6 mois entre 2009 et 2010. Le groupe de contrôle était composé de 348 patients sur une</p>

	<p>période de 6 mois entre 2006 et 2007</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Dans le groupe d'intervention, le taux global de prévalence des escarres nosocomiales est passé de 21% à 4,0% et la durée de séjour en soins intensif a diminué de 7,6 à 5,2 jours. Après ajustement des diagnostics primaires et la gravité de la maladie, le groupe d'intervention était significativement moins susceptibles que le groupe de contrôle dans le développement des escarres en milieu hospitalier [p <0,0001] et avait un séjour plus court aux soins intensifs (p <0,0001).</p> <p>La saisie des données concernant la gravité de l'escarre et la partie du corps touché ont augmentées, et les participants ont utilisé l'application <i>Ulcer Prevention (UP) Manager</i> plus d'une fois par jour pour plus de 80% des cas admis. Les attitudes envers l'application étaient positives.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>L'approche du système d'aide à la décision a réduit la prévalence des escarres développées en milieu hospitalier par dix et la durée de séjours en soins intensifs d'environ un tiers. De plus, les infirmiers avaient des attitudes favorables à son utilisation.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, le phénomène à l'étude est l'élaboration et l'évaluation d'un support d'aide à la décision afin de prédire la prévalence des escarres et la durée du séjour en soins intensifs. Son taux d'utilisation ainsi que l'attitude adoptée par le personnel soignant.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>L'introduction souligne l'importance de diminuer la prévalence des ulcères de pression, car ils ont un impact important dans le rétablissement des patients ainsi que sur les coûts des soins.</p> <p>L'identification des patients à risque reste encore une question importante à l'heure actuelle.</p>

	<p>Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <p>Le problème est pertinent et a une signification particulière pour les soins infirmier étant donné que plus haut, il a été mentionné que les ulcères de pressions engendrent une hospitalisation plus longue et des coûts d'hospitalisation relativement élevés. De plus, l'article mentionne l'importance pour le personnel soignant travaillant directement auprès du patient d'avoir un accès aux bonnes informations au bon moment afin d'améliorer les soins et donc les résultats.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>L'intégration d'un système d'aide à la décision clinique dans un DSI peut améliorer la prise de décision clinique et la sécurité des patients ainsi que la qualité des soins.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Une revue littéraire a été entreprise. Elle présente une description de l'état actuel de manière très claire en lien avec la thématique et en s'appuyant sur des revues précédentes et d'autres recherches.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Des études ont été faites concernant les moyens de prévention des escarres.</p> <p>Dans l'article, plusieurs études mettent l'accent sur l'utilisation des surfaces d'appui, le repositionnement du patient, l'optimisation de son état nutritionnel ainsi que sur le traitement de l'incontinence.</p> <p>Il n'y a pas de recension faite sur le système d'aide à la décision.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>L'introduction référence plusieurs études qui appuient l'article. Ces études, nous permettent d'avoir une</p>

vision globale de la situation actuelle au sujet des escarres.

McInnes et al. (2011), démontrent que les alternatives comme les matelas en mousse standard peuvent réduire l'incidence chez les personnes à risque, Basés sur la base de données Cochrane. Une revue systématique de 53 essais contrôlés randomisés.

Iglesias (2006) mentionne que des matelas de pression alternatifs ont été associés aux coûts globaux inférieurs en raison d'un séjour raccourci et un temps de retard à l'ulcération durant l'hospitalisation.

Defloor et al. (2005), apporte que les applications de positionnement et des dispositifs pour réduire les escarres chez les patients à risque ont diminué l'incidence des escarres de stade II et pour les escarres aux stades plus élevés.

Laat et al. (2006), ont trouvé dans une étude de cohorte que la mise en place de protocole dans la totalité d'un hôpital, réduit l'incidence d'escarre de 43% à 28%.

Baldelli et Paciella (2008), ont aussi rapporté qu'une réduction globale d'incidence (7%) ainsi que de la fréquence (15%) des escarres ont été remarqué après la mise en œuvre d'une stratégie de prévention dans un service de soins intensifs.

Ces stratégies ont été incluses dans les protocoles de clinique tel que la prévention et traitement des ulcères de pression développé par le *National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* et les ulcères de pression chez les adultes de l'*Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)*.

De plus, d'autres références sont citées de manière indirecte et sont recensées dans les références.

La recension présente-t-elle des sources primaires ?

Rapport gratuit.com

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MEMOIRES

Cadre de recherche	<p>Oui.</p> <p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Les recherches de littératures permettent d'avoir une vision globale sur les études antérieures faites à ce sujet. Les études élaborées parlent des dispositifs médicaux ainsi que des protocoles de prise en charge dans la prévention des escarres.</p> <p>De cette recension des écrits un concept en ressort. L'implémentation d'un CDS.</p> <p>Le concept est bien expliqué et est soutenu par d'autres études.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ?</p> <p>Oui, l'étude est basée sur le réseau bayésien.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui.</p> <p>Elaborer et évaluer l'impact de l'introduction d'un support d'aide à la décision pour prédire la prévalence des escarres ainsi que la durée du séjour en soins intensifs. Son taux d'utilisation ainsi que l'attitude adoptée vis-à-vis de cet outil.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui. La question de recherche est énoncée à la fin de l'introduction ainsi :</p> <p>Cet article rapporte sur l'impact d'une intervention d'un support d'aide à la décision sur la prévalence des escarres, sur la durée du séjour en soins intensifs et l'attitude adoptée par les utilisateurs.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui. Les chercheurs estiment que les soignants ont</p>

	<p>besoin d'avoir accès à la bonne information au bon moment et qu'un support d'aide à la décision intégré au DSI pourrait améliorer la prise de décision clinique et la sécurité et la qualité des soins aux patients. Les chercheurs posent aussi l'hypothèse que des données probabilistes plus objectives et synthétisées que celles obtenues avec l'échelle de Braden seraient mieux acceptées et utilisées par les infirmières dans la planification des soins en concomitance avec les protocoles et cela va ultimement avoir un effet sur les résultats du patient.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Une des questions de la recherche traite de l'attitude des utilisateurs vis-à-vis de l'outil introduit.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? (<i>outcome measures</i>, mesure privilégiée dans la revue systématique) ? Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. La population à l'étude est composée de patients admis dans une unité de soins intensifs chirurgicale durant deux périodes et respectant les critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séjour de plus de deux jours dans l'unité de soins intensifs chirurgicale. - Agée de plus de 18 ans - Pas d'escarre à l'admission - Première admission aux SI durant la période

	<p>d'étude.</p> <p>Durant la période de l'intervention 866 patients ont été identifiés et de la période de référence (pas d'intervention) 348 patients ont été sélectionnés.</p> <p>Infirmiers :</p> <p>64 infirmières (toutes des femmes) travaillant à plein temps, et âgées de 23-30 ans.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Dans l'article, il n'y a pas de notion sur les moyens d'accroître l'échantillon.</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?- Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?- Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</p> <p>Les auteurs ont mis en place les critères d'inclusions mentionnés ci-dessus pour sélectionner les patients et les infirmiers.</p> <p>Est-elle justifiée sur une base statistique ?-</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>A aucun moment de l'article les noms des participants sont cités.</p> <p>De plus, les auteurs mentionnent que le consentement écrit des patients ainsi que des soignants ont été obtenus ou de leurs représentants légaux</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</p> <p>Oui.</p>

	<p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)-</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? C'est une étude comparative avant et après. Elle est appropriée, car elle est faite en deux temps. Une période de référence ainsi qu'une période d'intervention.</p> <p>Y-a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? L'étude a été faite en deux temps. Une période de référence (1^{er} novembre 2006- 30 avril 2007) : 2'111 données de 348 patients ont été recueillies, les mesures suivantes ont été prises en compte : <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence des escarres - Stade de l'escarre ainsi que sa localisation Une période d'intervention (1^{er} novembre 2009 – 30 avril 2010) : Utilisation des données : 3'148 données de 866 patients, les mesures suivantes ont été prises en compte : <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence des escarres - Stade et localisation de l'escarre - Attitudes adoptées des utilisateurs </p>
--	---

Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>L'étude utilise plusieurs échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)</i> <p>Pour définir le stade de l'escarre</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>United Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)</i> <p>Soumis entant que questionnaire pour mesurer l'attitude des utilisateurs. Développé pour expliquer les intentions des utilisateurs sur l'utilisation des systèmes d'informations et les comportements d'utilisation ultérieurs.</p> <p>Les questions de recherche sont-elles bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ?</p> <p>Une question de recherche n'est pas formulé telle que dite, mais est rédigée sous forme de but.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Tous les outils utilisés pour cette recherche était existaient déjà.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Lors de la lecture, il y a une cohérence entre les outils utilisés ainsi que le but de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. Les données de base ont été recueillies à partir des données cliniques de l'hôpital qui a fourni une analyse détaillée, flexible et rapide des données cliniques et financière de manière rétrospective compris dans les dossiers de soins infirmiers.</p> <p>Les auteurs ont ensuite utilisé un formulaire de données structurées « <i>Nursing Assessment checklist</i> » comme modèle qui était utilisé dans les soins intensifs pour l'évaluation physique des patients à chaque quart de travail. Ce modèle comprenait une section</p>

	<p>pour évaluer si le patient avait une escarre et de documenter le cas échéant sa localisation et le degré de sévérité. Les données introduites ont été utilisées pour calculer la prévalence et le pourcentage d'enregistrements de données pertinentes aux escarres.</p> <p>Les 64 infirmières ont utilisé le <i>PU Manager</i> et pour s'assurer quelles consultaient les données générées par celui-ci, il leur a été demandé de cocher une case dans l'écran de l'application quotidiennement. Les chercheurs ont demandé aux infirmières de saisir les données d'évaluation de l'état cutané dans l'application <i>PU Manager</i> et ils ont reliés celles-ci au « <i>Nursing Assessment checklist</i> ».</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Oui, les données ont été collectées en ligne pendant 2 semaines en mai 2010.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui, l'intervention consiste en l'introduction du support d'aide à la décision. Les auteurs expliquent que cette implémentation est basée sur 4 études précédentes. Après l'implémentation les infirmières ont reçu une session de formation de 40 min qui portait sur l'importance des escarres nosocomiales dans les soins intensifs, le contexte de l'étude, l'utilisation du support d'aide à la décision, comment interpréter les données sur le risque et quelles interventions mettre en place chez les patients présentant un risque élevé.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui. Plusieurs échelles et systèmes ont été utilisés. Test de Student: afin de comparer les deux périodes (période de base et la période d'intervention) Fisher's exact test ou le X^2 test: comparaison de chaque variables entre les deux périodes. Poisson régression model et Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II score (APACHE): ajustement du diagnostic primaire.</p>

	<p>Les données ont été analysé avec le SAS v.9.1 statistical software package (SAS Institute, Cary, NC, USA).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Le diagnostic primaire ayant amené le patient dans l'unité a été pris en considération. Le facteur social a été exclu pour l'étude.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats de la recherche sont présentés sous forme de trois tableaux.</p> <p><u>Comparaison des données démographiques des patients :</u></p> <p>Tendances insignifiantes durant les deux périodes de l'étude à l'égard des femmes et des patients plus âgés pour la période d'intervention. Pour les deux périodes, 45% des patients étaient âgés de plus de 60.</p> <p>1- <u>Comparaison de la prévalence des escarres et la durée du séjour :</u></p> <p>Le taux de prévalence des escarres a diminué de manière significative de la période de base (21,3%, 74/348) à la période d'intervention (4%, $p < 0,0001$), y compris après l'ajustement du diagnostic primaire selon le score APACHE II. La prévalence de l'escarre nosocomiale a diminué d'environ dix fois. La durée du séjour en soins intensif a également diminué de manière significative, de 2,5 jours ($t = 3.19$, $p = 0,0015$). Les résultats du <i>Poisson regression test</i> ajusté pour le diagnostic et le score <i>APACHE II</i> a également révélé que la durée de séjour en service de réanimation durant la période d'intervention était</p>

	<p>de 0,67 fois plus courte que celle de la période de base [IC à 95% 0,61 à 0,73, $p < 0,0001$].</p> <p>2- <u>Adoption du système par les utilisateurs et leur attitude vers le système :</u> Plus de 80% des participants ont utilisé le système plus d'une fois par jour. L'équipe de jour regardait les données du système plus fréquemment que celles des autres équipes (les proportions étaient environ plus grande de la moitié par rapport au quart du soir et de même par rapport à la nuit).</p> <p>Les données entrées en ce qui concerne la gravité de l'escarre, sa localisation était plus susceptibles d'être introduites au cours de la période d'intervention; ces éléments manquaient durant la période de base.</p> <p>Cependant, la fréquence d'introduction des données a augmenté de 81% au cours de la période d'intervention.</p> <p>Les valeurs moyennes de l'ensemble des cinq concepts de la Théorie unifiée de l'acceptation et de l'utilisation de la technologie (<i>United Theory of Acceptance and Use of Technology</i>) (UTAUT) pour l'attitude des utilisateurs envers le <i>PU Manager</i> ont dépassé le point médian de 3 sur une échelle de Likert à 5 points.</p> <p>3,46 (DS 0,55) pour la performance espérée, 3,67 (DS 0.50) pour l'effort attendu 3,26 (DS 0.60) pour l'attitude envers l'utilisation du <i>PU Manager</i>, 3,33 (DS 0,55) pour les conditions facilitatrices, 3,23 (DS 0,67) pour l'intention de comportement</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Pas d'information à ce sujet.</p>
--	--

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?

Oui.

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Au début de la discussion, les auteurs mentionne que peu d'études ont porté sur un système informatisé de modèle prédictif utilisant des données du DSI dans l'évaluation des risques de développer une escarre en milieu hospitaliers.

Par contre, d'autres études menées sur les DSI sont mentionnées.

Willson et al. (1995) ont développé, un support informatique de prévention des escarres et de protocole de traitement

rappelant aux infirmières d'effectuer des évaluations avec l'échelle de Braden et pour qu'elles mettent en place des recommandations de traitement à la LDS Hospital, Salt Lake City, États-Unis. Cette adhérence a améliorée à la fois les protocoles de prévention et de traitement et a réduit l'incidence des escarres de 7% à 2%. Dowding et al. (2012) ont évalué, l'impact d'une approche intégrée du DSI y compris la documentation des soins infirmiers, des outils d'évaluation des risques et des outils de documentation dans 29 hôpitaux en Californie. Le DSI comprenait une version informatisée de l'échelle de Braden ce qui a augmenté les taux de documentation (Coefficient = 2,21, IC à 95% = 0,67 à 3,75) et une diminution des escarres nosocomiales (taux de 13%; coefficient = -0.76, IC à 95% = -1,37 à -0,16). Une autre approche a fourni un feed-back quotidien en ce qui concerne la démographie des patients, le score de Braden, et l'état de l'escarre (Himes et al., 2009) qui a diminué de manière significative l'incidence (t = 2,91) et la sévérité (t = 3,52) des escarres. Cependant, ces approches antérieures étaient limitées à fournir une version informatique des outils d'évaluation de risque ou un résumé d'un support informatique d'aide à la décision.

Kim et al. (2006) ont développé un modèle prédictif pour l'utilisation d'un logiciel de prévention des escarres nosocomiales, mais ils ont utilisé un ensemble de données préexistantes créées pour l'amélioration de la qualité qui n'était pas directement liées avec le DSI.

Himes et al. (2009) ont identifié des facteurs cliniques qui modulent le risque de progression de la maladie pulmonaire obstructive chronique chez les patients asthmatiques. Ils ont utilisé 12 données extraites des dossiers électroniques médicaux et ont construit un modèle prédictif avec une précision de 83,3%.

Crump et al. (2011) ont utilisé avec succès le modèle du réseau bayésien (BN) basé sur des règles et avec des séries chronologiques de statistiques pour étudier la possibilité de prédiction des résultats pour les patients en soins intensifs. Cependant, très peu d'études ont implémenté cette approche et les ont évalué prospectivement dans la pratique, même si le modèle BN est largement utilisé dans l'informatique dans les domaines tels que la surveillance de la santé publique (Sebastiani et al., 2006 ; Goldgar et al., 2009).

Randell et al. (2010) ont souligné que les caractéristiques de l'organisation représentaient un des cinq éléments clés pour l'utilisation réussie des DSI. Les perceptions et les attitudes des infirmières sont fortement affectées par le désir d'améliorer continuellement la qualité des soins.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Oui. Deux limites ont été mises en évidence.

La plus importante est que ce n'est pas un essai contrôlé randomisé. Donc la notion temporel peut aussi influencer les résultats. Afin de minimiser l'influence du nombre de lit en soins intensif, ils ont choisi de séparer les périodes. Ce qui pourrait présenter une co-variance non contrôlée. Cependant, il est peu plausible que ces co-variantes diminuent la fréquence des escarres en milieu hospitalier.

L'autre limitation est que l'étude a été exécutée dans une seule institution. Les auteurs présument que le

	<p><i>Pressure Ulcer Manager</i> serait généralisable à d'autres sites, mais des évaluations multi-institutionnelles devraient essayer de le confirmer.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui, dans les limitations de l'étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Cette étude a permis de démontrer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'approche du support d'aide à la décision est un moyen efficace et efficient pour prévenir les escarres nosocomiales. - L'étude montre un exemple d'utilisation du support d'aide à la décision significative dans la pratique en utilisant l'infrastructure de DSI. - Les auteurs ont pu constater que l'engagement des utilisateurs tout au long du processus ainsi que les caractéristiques de du support étaient deux éléments importants pour une implémentation réussie. <p>L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les auteurs estiment que les résultats de cette étude suggèrent que le support d'aide à la décision est une stratégie efficace et durable pour prévenir les escarres nosocomiales dans les unités de soins aigus. De plus, les données des DSI devraient être réutilisées pour créer des informations utiles pour les infirmières.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, les analyses statistiques sont bien expliquées et l'utilisation d'une théorie d'acceptation de la technologie pour expliquer l'attitude des utilisateurs vis-à-vis du logiciel intégré au DSI apporte un plus dans cette étude.</p>

Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui l'étude porte sur l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation infirmière portant sur les escarres après l'implémentation du DSI dans un milieu hospitalier.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Dans le résumé on trouve le but de l'étude, le contexte, le devis, la méthode, les résultats, la conclusion et la pertinence pour la pratique clinique.</p> <p><u>Le but de l'étude :</u></p> <p>L'un des objectifs était de comparer la qualité et l'exhaustivité de la documentation des soins infirmiers des escarres avant et après l'implémentation d'un DSI dans un milieu hospitalier. Un autre objectif était d'étudier l'utilisation de modèles pré formulés pour l'enregistrement des escarres dans le DSI.</p> <p><u>Le contexte :</u></p> <p>En plus d'offrir la possibilité d'avoir accès rapidement à des informations, le DSI permet aux institutions de soins d'évaluer de façon précise et fiable leurs prestations. Il est hautement prioritaire d'instaurer des pratiques de documentation normalisés pour divers domaines des soins et notamment dans les soins des escarres.</p> <p><u>Devis :</u></p> <p>Etude rétrospective transversale.</p> <p><u>Méthode:</u></p> <p>Trois départements dans un hôpital universitaire suédois ont participé à cette étude. En 2002, sur 413 patients, 59 dossiers papiers ont été identifiés avec des notes portant sur les escarres et en 2006, sur 343 patients, 71 DSI ont été identifiés avec des enregistrements portant sur les escarres. Les données enregistrées portant sur les escarres ont été revus</p>

	<p>rétrospectivement.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>De manière significative plus de dossiers patients comportaient des notes sur les escarres ($p < 0.001$), la taille ($p = 0.004$), l'évaluation des risques ($P = 0.002$), histoire des soins infirmiers ($p = 0.040$), diagnostics infirmiers ($p < 0.001$), les objectifs de soins infirmiers ($p < 0.001$) et les résultats des soins infirmiers ($P = 0.016$) en 2006 qu'en 2002. Un tiers des enregistrements avait utilisé les modèles pré formulés.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Comparaison de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation infirmière avant et après l'implémentation d'un DSI dans un milieu hospitalier. L'étude investiguait également l'utilisation des modèles pré formulés.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Les auteures estiment que le DSI offrent de nombreuses possibilités aux institutions de soins en matière d'accès aux informations et qu'il est hautement prioritaire d'instaurer des pratiques de documentation normalisés pour divers domaines des soins et notamment dans celui des escarres.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui les auteures ont cité diverses études qui portent sur la qualité de la documentation infirmière. Par exemple l'étude de Gunningberg et al. (2000), Idvall & Ehrenberg (2002) montre qu'il existe des lacunes dans la documentation infirmière. Ehrenberg et al. (2004) ont trouvé qu'elle était insuffisante et imprécise. Ehrenberg et Birgersson (2003) ont</p>

	<p>remarqué qu'il y avait des insuffisances dans l'enregistrement des informations. Ceci pouvait entraver la clarté du processus de soin, engendrer des erreurs et ainsi avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>Bien que les connaissances soient limitées, la recherche a montré que la documentation était de meilleure qualité après l'introduction de DSI (Mahler et al. 2007, Gunningberg et al. 2008).</p> <p>Cependant, il y'a peu de données sur l'effet de l'introduction de modèles pré formulés quand il s'agit d'un contenu spécifique dans le dossier de soin.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clés sont les escarres, le DSI et la documentation infirmière. Ces concepts sont mis en évidence dans l'introduction en lien avec les connaissances actuelles disponibles.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ?</p> <p>Le cadre de référence est l'utilisation du DSI vs le dossier papier dans la documentation des soins infirmiers en lien avec les escarres.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les auteures cherchent à déterminer si l'introduction des modèles reformulés contribue à l'amélioration de la qualité de la documentation infirmière en lien avec les escarres.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui.</p> <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>-</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les auteurs s'appuient sur un cadre théorique qui consiste en un model Suédois. Le VIPS (acronyme de bien-être, Intégrité, prévention et sécurité) qui a été développé avec le but de conceptualiser les éléments essentiels des soins infirmiers, clarifier et faciliter la réflexion systématique et la documentation des soins infirmiers (Ehnfors et al., 1991 ; Ehrenberg et al., 1996). Ce modèle est basé sur le processus de soins infirmiers et utilise des mots-clés pour permettre un enregistrement structuré. Mots-clés sur le premier niveau sont histoire des soins infirmiers.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population n'est pas précisée en tant que telle, mais il s'agit de patients hospitalisés dans l'unité de chirurgie, d'orthopédie, de gériatrie et de médecine</p>

	<p>d'un hôpital universitaire Suédois dont les dossiers font mention d'escarres durant l'année 2002 et 2006.</p> <p>Pour l'échantillon n= 413 dossiers datant de 2002 dont 59 dossiers papier ont été sélectionnés. Pour l'année 2006, n= 343 dossiers et 71 DSI ont été sélectionnés.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? -</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? -</p> <p>Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Pas mentionné par les auteurs.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Les auteurs ont extraits les données sur une période de 3 mois de tous les patients qui ont été soignés dans l'hôpital pour une journée durant l'année 2002 et 2006.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>L'autorisation pour l'étude a été obtenue auprès du responsable de chaque service et l'approbation a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université d'Uppsala (n° 03-012). Pour garantir l'anonymat des patients, toute identification personnelle a été enlevée dans les dossiers avant de les photocopier et toutes les données ont été traitées confidentiellement.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les patients n'étaient pas directement impliqués dans l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui.</p> <p>La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui.</p>

	<p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité) Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?-</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les auteurs ont utilisé deux instruments pour collecter les données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>EPUAP Pressure Ulcers Prevalence instrument</i> modifié pour la vérification de l'enregistrement de la documentation en lien avec les escarres basé sur le protocole de l'EPUAP. <p>L'instrument modifié comprenait les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des données de base du patient - stade de l'escarre - la taille et l'emplacement de l'escarre, - l'évaluation du risque - les interventions infirmières - <i>Comprehensiveness in Nursing Documentation instrument</i> <p>Une échelle à cinq points pour évaluer l'exhaustivité de la documentation des soins infirmiers sur la prévention et le traitement des escarres utilisant les critères de notation suivants :</p> <p>Note 1. Le problème est décrit ou des interventions sont prévues ou mises en place.</p> <p>Note 2. Le problème est décrit et des interventions sont prévues ou mises en place</p> <p>Note 3. Le problème est décrit et des interventions sont prévues ou mises en place et le résultat des soins infirmiers sont enregistrés.</p> <p>Note 4. Le problème est décrit et des interventions sont prévues et mises en place et le résultat des soins infirmiers sont enregistrés.</p> <p>Note 5. Tous les aspects du processus des soins infirmiers sont enregistrés. Bonne description du</p>

	<p>problème et la pertinence pour les soins infirmiers a été enregistré.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les auteurs indiquent qu'ils ont développé le 1^{er} instrument et qu'il a été utilisé dans une étude précédente (Gunningberg & Ehrenberg 2004). Le 2^{ème} instrument a été développé par deux autres chercheurs Ehnfors et Smedby en 1993.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, les auteurs ont d'abord consulté les archives de l'hôpital pour l'année 2002 et le système informatique pour l'année 2006 afin de repérer les dossiers de soin de tous les patients inclus dans l'étude. Tous les documents, y compris les notes d'évaluation à l'admission, les plans de soins infirmiers, les notes d'évolution et les prescriptions de médicaments, ont été lues pour identifier toute documentation relative aux escarres. Si ces notes étaient présentes, le dossier était inclus, photocopié et vérifié à l'aide des deux instruments de vérification.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Deux paires d'étudiants en soins infirmiers en fin de formation ont procédé à la vérification des dossiers. Une paire d'étudiant par année. La vérification s'est effectuée sous la direction des présents chercheurs. Une révision indépendante de 10% des dossiers a été effectuée. Pour mesurer l'accord entre évaluateurs, le <i>Cohen Kappa</i> a été calculé et les valeurs obtenues variaient entre 83-100% ce qui est considéré comme bon à excellent.</p>

	<p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>Il n'y a pas d'intervention dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui, les données descriptives ont été analysées en utilisant SPSS Version 14.0 pour Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Le chi carré était utilisé pour comparer les groupes pour les variables dichotomiques. Gravité des ulcères de pression a été identifiée basée soit sur une définition claire de l'ulcère de pression de stade 1-4 selon un système de classement établi au niveau international (EPUAP, 1999) ou une description écrite correspondant à un des stade. La taille des escarres était sur la base des estimations en centimètres ou des représentations visuelles. La localisation des escarres était basée sur la documentation de l'emplacement anatomique (par exemple le talon droit et le siège). L'évaluation des risques a été définie comme la documentation du jugement clinique exprimé comme «à risque» ou des conclusions d'un risque à l'aide d'un outil d'évaluation des risques validé (par exemple l'Échelle modifiée de Norton). Le diagnostic d'escarre a été identifié soit sur la base d'un énoncé bien distinct qui fait ressortir l'escarre comme un problème prioritaire ou apparaissant dans l'analyse du plan de soin infirmier. Quand aux actions de prévention, elles étaient basées sur le protocole EPUAP et comportaient: aucun équipement spécial (matelas / coussin standard), équipement non motorisé (Par exemple matelas en mousse à basse pression / coussin) ou motorisé (tout appareil doté d'une alimentation électrique). Toute intervention de repositionnement à différents intervalles. D'autres mesures préventives ont été prises en compte dans l'examen des données (par exemple les talonnières).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?-</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p>

	Oui. Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui, les résultats ont été présentés sous forme de texte et de tableaux.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui, les auteurs expliquent qu'il y'avait une différence dans le format des données en comparant entre 2002 ou les notes infirmières étaient sous forme de texte libre alors qu'en 2006, les infirmières utilisaient les modèles pré formulées pour la rédaction de leurs notes.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui, les auteurs ont présentés les résultats sous forme de thèmes :</p> <p>1- <u>La qualité de la documentation infirmière en lien avec les escarres :</u> Les dossiers de 2006 présentaient de manière significative plus de notes en lien avec les escarres par rapport au stade ($p < 0.001$), la taille ($p = 0.004$) et l'évaluation des risques ($P = 0.002$) en comparaison avec ceux de 2002. Cependant, il subsistait encore des lacunes. Sur les 71 dossiers des patients, 24 (33.8%) comportaient une documentation sur le stade de l'escarre, 27 (38.2%) décrivaient la taille et 36 (50.7%) présentaient une preuve que l'infirmière avait effectuée une évaluation du risque d'escarre chez le patient soit en utilisant son jugement clinique ou en utilisant une échelle valide.</p> <p>2- <u>Exhaustivité de la documentation infirmière en lien avec les escarres :</u> La documentation des soins infirmiers comportait</p>



	<p>beaucoup plus de diagnostics infirmiers ($p < 0.001$), d'objectifs ($p < 0.001$), de résultats ($p = 0.016$) en 2006 en comparaison avec 2002. Par contre, les notes sur l'histoire des soins infirmiers ($p = 0.040$) avait diminué. En 2006, il y avait 20 (28.2%) des 71 dossiers qui ont atteint le score de 4 ou plus pour l'exhaustivité, ce qui peut être comparé à 9 (15.3%) pour les 59 dossiers de 2002. Toutefois, cette différence n'a pas atteint une significativité statistique ($p = 0.054$).</p> <p>3- <u>La documentation infirmière basée sur des modèles pré formulés :</u></p> <p>Les modèles pour les escarres étaient utilisés dans 142 (29%) enregistrements pour documenter le stade de l'escarre, la taille, l'emplacement, l'évaluation des risques, les diagnostics, les objectifs et les interventions infirmières prévues. Le reste, soit 344 enregistrements (71%) ont été écrit en format texte libre. Certaines des entrées étaient similaires aux expressions utilisées dans les modèles. Pour décrire le stade des escarres, des modèles de catégorisation de 1-4 (Selon les directives EPUAP) étaient disponibles dans le DSI. Néanmoins, 109 (91%) des enregistrements ont été écrits sous forme de texte libre avec des descriptions non spécifiques, tels que «rougeurs» ou «à un ulcère ». Pour indiquer la taille de l'escarre, trois réponses fixes en centimètres étaient disponibles. Ces réponses apparaissent dans trois (11%) des enregistrements. Les infirmières utilisaient parfois des pièces de monnaie comme une représentation (telles que «la taille d'une couronne »).</p> <p>La localisation de l'escarre basée sur les modèles, n'apparaissait que dans 7 (10%) des enregistrements. Parfois, les infirmières utilisaient dans le texte libre les mêmes expressions que dans les modèles pour la localisation des escarres (par exemple «sacrum» ou d'autres descriptions moins spécifiques, telles que «derrière» ou «siège»).</p> <p>L'évaluation des risques était souvent (63%) basé sur les modèles et souvent représenté en utilisant l'échelle de Norton modifié, qui était intégré dans</p>
--	---

	<p>les modèles.</p> <p>Les diagnostics infirmiers étaient, pour la plupart (78%), décrit en utilisant les modèles, tels que « Risque d'escarres lié à l'inactivité ».</p> <p>Les objectifs dans les plans de soins étaient pour la plupart écrits en format texte libre (71%) (par exemple « Peau intact » ou « Prévenir Les ulcères de pression »). Idem pour les interventions (73%) (Par exemple « soulager la pression », « inspection quotidienne de la peau » et « programme de repositionnement ».</p> <p>Il n'y avait pas de modèles pré formulés pour la saisie des évaluations et des résultats dans le DSI, donc ces informations étaient sous forme de texte libre.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? -</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Oui, les résultats ont été discutés à la lumière d'autres études. Les auteurs font remarquer que même si la documentation infirmière s'est améliorée, il subsiste toujours des lacunes. Cette dernière ne reflétait pas des soins infirmiers basés sur des données probantes (EBN), comme recommandé dans les lignes directrices nationales et internationales. (Ek et al., 1997 ; EPUAP, 1998 ; McInnes et al., 2008 ; IHI 2006).</p> <p>Il n'y a eu aucune amélioration dans la documentation des actions de prévention, telles que la mise en place d'équipement de réduction de pression et le repositionnement.</p> <p>Cependant, une étude d'observation récente a montré que les (51.6%) patients ont reçu un équipement de réduction de pression alors que la documentation montraient qu'ils n'étaient que 7.9%. (Gunningberg et al., 2008).</p>

	<p>Les résultats montrent aussi qu'en général, les infirmières documentaient les escarres dans un format texte libre même si des modèles avec des expressions normalisées étaient disponibles. Dans le cas de l'enregistrement de l'emplacement des escarres, les infirmières utilisaient uniquement les expressions pré formulées dans 10% des enregistrements et parfois des mots identiques à ceux disponibles dans les modèles pré formulées étaient utilisés dans le texte libre. Une explication pour l'utilisation limitée des modèles pré formulées pourrait être que les expressions étaient perçues comme inconnues et déviaient de ce que les infirmières utilisaient traditionnellement.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Les auteurs font état de trois limitations à cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le devis qui ne permet pas d'arriver à une confirmation définitive sur l'impact du DSI a lui seul. - La variation entre les services quand au moment des mesures. En effet, dans certains services le DSI avait été implémenté depuis seulement une année. - La nouvelle technologie et la terminologie standardisée, pourraient avoir été un obstacle pour certaines infirmières quand à la documentation des soins. <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Oui dans les limites de l'étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Bien qu'il y ait eu des améliorations significatives dans la documentation infirmière en lien avec les escarres</p>

	<p>après le passage au DSI, des lacunes existaient encore. Le manque d'exhaustivité limitait l'obtention d'un vue d'ensemble du processus de soin des escarres. Les modèles pré formulés n'étaient que partiellement utilisés pour guider la documentation. Les auteurs pensent que la qualité de la documentation devrait s'améliorer dès que les infirmières deviennent familiarisées avec le nouveau système de documentation informatisé.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui, les auteurs estiment qu'il serait intéressant de poursuivre les recherches sur la documentation informatisée et de tester l'impact des modèles pré formulés fondés sur des preuves probantes sur la qualité et l'exhaustivité de la documentation infirmière et ultimement son impact sur les soins aux patients. Les auteurs pensent aussi que d'autres recherches devraient s'intéresser à l'impact des facteurs contextuels tels que le leadership et la perception des infirmières, pour mieux comprendre la complexité liée à l'implémentation de nouvelles technologies et recommandations en matière de documentation.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui.</p>
--	--

Electronic versus paper records: documentation of pressure ulcer data.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés ?</p> <p>Le titre indique qu'il s'agit d'une étude qui compare le dossier de soin informatisé et le dossier papier en lien avec la documentation des escarres.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé est bien structuré et contient les éléments suivants :</p> <p><u>Contexte :</u> La documentation des données du patient dans le dossier de soins est une composante essentielle du processus de soins. Un enregistrement précis et complet de ces données est une pratique nécessaire. L'adoption du DSI afin d'améliorer la qualité de la documentation des soins infirmiers est à la hausse.</p> <p><u>Objectif :</u> Comparer l'exactitude et l'exhaustivité des données sur les escarres entre le DSI et le dossier de soins sous forme papier.</p> <p><u>Devis de recherche :</u> Etude descriptive, comparative et une analyse rétrospective des dossiers de soin des patients.</p> <p><u>Population et échantillon:</u> Deux hôpitaux ont été choisis délibérément, l'un utilisant le DSI pour enregistrer les données du patient et l'autre le dossier sous forme papier.</p> <p><u>Méthodes:</u> Dans la 1^{ère} phase tous les patients âgés 18 ans et plus ont été inspectés à la recherche d'escarres. Dans la 2^{ème} phase les dossiers de soins ont été audités.</p> <p><u>Résultats:</u> Sur les 52 patients souffrant d'escarres présents dans l'hôpital utilisant un système électronique, 43 de leurs dossiers ont documenté l'escarre (83%). Sur les 55 patients souffrant d'escarres dans l'hôpital utilisant les dossiers papier, 39 dossiers avaient la documentation</p>

	<p>correspondante à la présence d'une escarre (71%).</p> <p><u>Conclusion:</u></p> <p>Une documentation plus complète a été trouvée dans les dossiers de soins informatisés. Cependant les deux types de dossier présentent de lacunes et des inconvénients.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, il s'agit de comparer l'exactitude et l'exhaustivité de la documentation entre le DSI et le dossier papier.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <p>Oui. Les auteurs soulignent que les escarres sont un problème fréquent et grave dans la plupart des établissements de santé à travers le monde. Les escarres augmentent la durée d'hospitalisation des patients ainsi que le coût de leur traitement (Anthony et al, 2004). Des données précises et complètes sont nécessaires pour aider à diagnostiquer, prévenir et traiter les escarres. Une documentation précise est un élément essentiel des soins infirmiers pour assurer la sécurité des patients (Ehrenberg, 2001; Bakken, 2006; Stevens et Milne, 2007) et peut être utilisé pour l'amélioration de la qualité, la communication, l'élaboration des politiques et de la recherche (Hayrinen et al, 2008).</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Pas de postulats sous-jacents.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, les auteurs précisent qu'ils ont effectué une recherche dans plusieurs base de données, CINAHL, BNI et Medline à la recherche d'études sur la précision de la documentation en lien avec les escarres dans le DSI. Ils ont constaté que ce domaine est très peu étudié et c'est pour cela qu'ils se sont intéressés à ce sujet.</p>

La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?

Les auteurs ont présenté une recension sur l'état actuel des connaissances par rapport à la documentation infirmière.

Par exemple, afin d'évaluer l'exactitude des données dans le dossier de soins, Ehrenberg et Ehnfors (2001) ont comparé 85 dossier de soins de patients provenant de 17 établissements de soins pour personnes âgées. Les résultats montrent qu'il y a des lacunes importantes au niveau de la précision des données. Les infirmiers n'enregistraient pas tous les problèmes des patients. Ceci suggère des limites quant à l'utilisation du dossier de soins des patients en tant que source pour la planification et l'évaluation de soins.

Une plus grande importance devrait être accordée à la qualité de des données cliniques en introduisant l'idée des dossiers de soins informatisés (DSI) (Gunningberg, 2006; Gunningberg et al, 2009; Thoroddsen et al, 2012). Il a été suggéré que les DSI sont considérés comme importants pour améliorer la qualité des données de santé (Thoroddsen et al, 2012).

Gunningberg et al (2008) ont comparé la précision et la prévalence de la documentation des escarres avant et après l'implémentation du DSI. 357 patients ont été examinés à la recherche d'escarre en utilisant la méthodologie de l'EPUAP en une journée en 2002. Leurs dossiers ont été vérifiés rétrospectivement à la recherche de la documentation en lien avec les escarres. Le résultat a démontré que la prévalence des escarres était de 14.3% en analysant les dossiers et de 33.3% d'après l'examen physique.

4 ans plus tard le DSI a été implémenté dans le même hôpital et la prévalence des escarres en analysant les dossiers électroniques était de 20.7% et de 30% d'après l'examen physique. Ceci montre que presque la moitié des patients avec une escarre avait cette

	<p>information documentée dans le dossier papier alors que 2/3 des patients avaient l'information documentée dans le dossier électronique dans la 2^{ème} étude.</p> <p>Gunninberg effectue en 2009 une autre étude afin de comparer la compréhension et la qualité de donnée infirmier. Il trouve que le dossier informatisé était plus compréhensible que le dossier sous forme papier.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Oui, les concepts de cette étude sont la précision et l'exhaustivité des données en lien avec la documentation des escarres.</p> <p>La précision de la documentation est la correspondance entre les données et la réalité (Ehrenberg et al, 2001), tandis que l'intégralité peut être définie comme la présence de tous les éléments nécessaires à l'identification d'une escarre dans le dossier du patient (Thoroddsen et al, 2012).</p> <p>Les auteurs ajoutent que l'exactitude dans cette étude se réfère à la congruence entre la présence d'une escarre objectivée par l'examen physique du patient et la documentation de l'escarre dans le dossier de ce même patient. L'exhaustivité est la présence d'une documentation complète comprenant les données suivantes sur l'escarre dans les dossiers des patients : la taille, la catégorie, l'emplacement, l'évaluation des risques, et la prévention (y compris, le repositionnement et les matelas).</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p>

	Le cadre de référence n'est pas présente de façon explicite, mais les auteurs se sont basés sur des études précédentes pour définir leurs concepts clés.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, cette étude a été menée afin de comparer l'exactitude et l'exhaustivité de la documentation des données portant sur les escarres dans les dossiers de soin informatisés et les dossiers papiers en Jordanie, où aucune étude de ce genre n'a été réalisée avant.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>L'hypothèse de recherche découle logiquement du but de l'étude et de la recension des écrits.</p> <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>-</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>L'hypothèse s'appuie sur des études précédentes.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui, la population consiste en les patients âgés de 18 ans et plus admis dans deux hôpitaux l'un utilisant un DSI et l'autre le dossier papier.</p> <p>Après inspection de l'état cutané du patient et qu'une escarre a été objectivée son dossier est vérifié pour la présence d'une documentation en lien avec l'escarre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 302 patients ont été inspectés pour la présence d'escarre dans l'hôpital utilisant le DSI 52 patients ont été recensés comme

	<p>porteur d'escarre de stade 1-4. 43 dossiers ont été documentés (n=43)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'hôpital utilisant le dossier de soins sous forme papier, 279 patients ont été inspecté pour la présence d'escarre, 55 patients ont été identifiés comme porteur d'escarre. 39 dossiers ont été documentés (n=39) <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Pas de notion sur les moyens d'accroître l'échantillon.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Deux hôpitaux ont été choisis. Une qui utilise le DSI et l'autre dossier sous forme papier.</p> <p>Critères d'inclusion : patients âgés de 18 ans et plus, admis dans un service de médecine, orthopédie, chirurgie et les soins intensifs.</p> <p>Etaient exclus de l'étude les patients en ambulatoire ou admis dans un service de psychiatrie et de maternité.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Cette étude a été approuvée par le comité de recherche et d'éthique des hôpitaux impliqués. Les patients ont donné leur consentement avant de participer.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé les numéros de dossier des patients pour le respect de la confidentialité.</p> <p>Les participants ont été informés que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans que les soins donnés ou la façon dont ils sont traités ne soient affectés.</p>



Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui, il s'agit d'une étude transversale, descriptive, comparative et une analyse rétrospective des dossiers de soins des patients.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>L'étude transversale permet de comparer des données en fin d'étude. Dans cette recherche elle permet de comparer entre la documentation des données en lien avec les escarres en utilisant le DSI vs le papier.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)-</p> <p>Y'a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?-</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les auteurs ont utilisés les outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'outil de prévalence d'EPUAP pour l'inspection de la peau du patient. - Une feuille de vérification adaptée basée sur l'outil d'EUPAP a été utilisée pour examiner les dossiers des patients. <p>La feuille de vérification des dossiers a été élaborée par le chercheur principal de l'étude et comprend les mêmes variables que dans l'outil d'EUPAP qui sont : description de l'ulcère (taille, stade, et localisation) et l'évaluation des risques et la prévention.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, d'abord une étude pilote a été menée sur cinq patients pour tester les instruments utilisés, la</p>

	<p>procédure et le temps requis pour la collecte des données. L'auteur principal de l'étude a effectué lui-même la collecte des données pour éviter le biais de subjectivité.</p> <p>L'étude a été réalisée en deux phases dans chacun des hôpitaux :</p> <p>Phase 1: évaluation de l'état cutané de tous les patients admis dans les deux hôpitaux avant minuit d'un jour prédéterminé. Si le patient présentait une escarre à l'examen physique son dossier a été marqué pour être revu dans la deuxième phase.</p> <p>Phase 2 : la feuille de vérification des dossiers a été utilisée pour examiner les dossiers des patients pour toute documentation d'information en lien avec l'escarre. Chaque élément du dossier du patient a été lu pour identifier toute la documentation se rapportant à l'escarre. Cela comprenait des notes d'admission, les soins infirmiers effectués, les plans de soins et les notes d'évolution.</p> <p>Toutes les données de description de l'escarre le stade, l'emplacement et la taille ont été notées. De plus, la documentation sur l'évaluation des risques et la prévention étaient rempli dans l'outil de vérification.</p> <p>Les enregistrements étaient considérés comme exacts s'il y avait une correspondance entre la documentation de la catégorie et de l'emplacement de l'escarre et l'évaluation du chercheur principal.</p> <p>Quand à l'intégralité du dossier du patient, elle dépendait de la documentation de tous des éléments suivants : stade, taille, emplacement, évaluation des risques et la prévention.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent?</p> <p>Oui, l'inspection physique des patients a été effectuée par le chercheur principal qui est spécialisé dans le domaine. Il n'y a pas d'indication par rapport aux personnes qui ont effectué la vérification des dossiers.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?--</p>
--	--

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites?</p> <p>Les statistiques descriptives ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0 pour Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).</p> <p>Le X^2 Test a été utilisé pour comparer les groupes de variable dichotomique.</p> <p>$p < 0,05$ a été utilisé pour juger de la signification statistique des résultats.</p> <p>Les auteurs précisent que lors de la vérification des fichiers, la taille de l'escarre a été identifiée comme documentée quand il y avait une estimation de la taille en centimètres (longueur, largeur et profondeur).</p> <p>En ce qui concerne l'emplacement, la documentation est basée sur l'emplacement sur le corps tels que les talons, sacrum, etc.</p> <p>L'évaluation du risque a été considérée comme documenté quand il y'avait un score de risque calculé à l'aide d'une échelle d'évaluation de risque spécifique (par exemple l'échelle de Braden) ou d'un jugement clinique que le patient était « à risque ».</p> <p>Toute information indiquant que le patient a été mis sur un matelas protecteur ou qu'il a été repositionné était considérée comme une indication de mesure de préventions mise en place.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses?</p> <p>Comme les dossiers ont été complétés par deux équipes d'infirmières distinctes dans deux contextes différents et pour s'assurer de l'homogénéité des infirmières un formulaire portant sur certaines caractéristiques leur a été remis.</p> <p>Il est ressorti qu'il n'y avait pas statistiquement de différences significatives dans leur âge, les qualifications, l'expérience ou la formation des escarres. Cela signifiait que les infirmières qui ont effectué la documentation quotidienne des escarres pourraient être considérées comme homogènes et donc toute variable étrangère qui pourrait influencer sur l'exactitude et l'exhaustivité seraient exclues dans une certaine mesure. De plus, les infirmières documentées données pour le même groupe de patients (<i>patients</i></p>
---------------------	--

	<p><i>PU</i>).</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Le résultat est présenté à l'aide de tableaux et est résumé par un texte narratif.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui, les auteurs présentent les résultats comme suit :</p> <p>1- <u>L'exactitude du dossier de soins infirmier dans les deux systèmes de documentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 43 dossiers sur 52 (83%) dossiers électroniques des patients identifiés comme porteur d'une escarre dans le premier hôpital contenaient une documentation en lien avec les escarres. - 39 (71%) dossiers contenaient une documentation relative à la présence d'une escarre pour les 55 patients porteurs d'une escarre et qui avaient leurs données enregistrées dans un dossier papier. <p>Cela montre que les dossiers électroniques étaient plus précis, mais qu'aucun des dossiers (électronique ou papier) n'étaient tout à fait exact.</p> <p>Dans l'hôpital qui utilise le DSI, 17% des cas d'escarre n'ont pas du tout été documentés. La situation était pire dans le cas de l'autre hôpital qui utilise le dossier papier où 29% des patients avec une escarre n'ayant aucune information documentée dans leurs dossiers.</p> <p>2- <u>L'exhaustivité du dossier de soins infirmier avec les deux systèmes de documentation :</u></p> <p>Le DSI contenait plus de notes sur le stade d'escarre ($p=0.02$), taille d'escarre ($p<0.001$), évaluation de risque ($p=0.03$) et les moyens de prévention mis en place ($p=0.04$) que le dossier papier. En dépit de son</p>

	<p>caractère relativement exhaustif, le DSI a encore des lacunes. Des 43 DSI, 5 (12%) dossiers ne comportaient pas d'information sur le stade de l'escarre, 9 (21%) dossiers ne contenaient pas la taille de l'escarre et 8 (19%) dossiers ne contenaient aucune preuve que les infirmières ont effectué une évaluation du risque et 12 dossiers (28%) n'avaient pas d'indication sur la mise en place d'un matelas anti escarre.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Pas d'indication à ce propos dans l'étude.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Oui, selon les auteurs les résultats montrent que 83% des patients avec une escarre avaient des éléments documentés sur leur état dans le DSI par rapport à 71% des patients pour qui un dossier papier était utilisé.</p> <p>Ces résultats sont cohérents avec les conclusions de Gunningberg et al (2008) qui ont comparé la précision de l'enregistrement des données sur les escarres entre les deux formats (électronique vs papier), et qui ont constaté que les dossiers électroniques étaient supérieurs à ceux du papier.</p> <p>De même, Mahler et al (2007) ont démontré que la qualité de la documentation des soins infirmiers s'est améliorée après la mise en place d'un système informatique de documentation des soins infirmiers.</p> <p>Cependant, Gunningberg et Ehrenberg (2004) ont trouvé qu'il y avait un manque de précision dans la documentation en lien avec les escarres dans un hôpital universitaire en Suède utilisant un système d'enregistrement papier. Seulement la moitié des escarres observées ont été enregistrées (59 sur 119).</p> <p>Gunningberg et al (2001) ont constaté que les interventions préventives étaient documentées uniquement chez les patients qui avaient déjà une</p>

escarre mais pas chez ceux qui étaient à risque.

En ce que concerne l'exhaustivité, les résultats de cette étude sont identiques à ceux de Gunningberg et al (2009). Le DSI contient plus d'informations sur le stade, la taille, l'évaluation du risques et les moyens de prévention que le dossier papier.

Toutefois, ces résultats ne concordent pas avec ceux de Li et Korniewicz qui ont trouvé que la documentation était incomplète et inexacte dans les deux types de documentation. (Li et Korniewicz, 2013).

Les auteurs de cette étude estiment que le manque d'exactitude et d'exhaustivité font que les dossiers des patients ne peuvent pas constituer une source fiable d'information. Résultats que Gunningberg a trouvé dans son étude (Gunningberg et al, 2008).

De même, Thoroddsen et al (2012) ont examiné 45 dossiers de patients avec une escarre et ont trouvé que seulement 27 dossiers (60%) contenaient une documentation en lien avec les escarres. Ces les résultats sont également soutenus par Gunningberg et al (2009), qui ont constaté des améliorations significatives dans l'enregistrement des escarres après l'implémentation DSI, bien que des lacunes subsistent.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Oui, bien que le DSI dans cette étude fût plus précise et exhaustive, des lacunes subsistent encore. Ce qui conduit à la conclusion que les dossiers de soins ne servent pas comme une source d'information entièrement valide, c'est aussi la conclusion de Gunningberg et al. (2008).

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Cette étude a été menée dans deux hôpitaux différents, dont un qui utilise le DSI et l'autre qui utilise des dossiers papiers. Par conséquent, la comparaison des pratiques de documentation entre ces deux hôpitaux était dans une certaine mesure une problématique.

Une autre limitation est qu'un nombre relativement

	<p>faible de fichiers ont été vérifiés pour les données sur l'escarre. Par conséquent, une répétition de cette étude à plus grande échelle est recommandée.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?--</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui. Les auteurs ont trouvé que des lacunes ont été décelées dans les deux systèmes de documentation. Si ces lacunes ne sont pas corrigées, la sécurité, la continuité et la qualité des soins sont compromis.</p> <p>L'absence d'informations complètes sur les escarres démontre que les infirmiers Jordaniens ont la tendance à sous-rapporter les problèmes des patients ou qu'ils omettent intentionnellement ou non, un certain composant de la documentation.</p> <p>Dans les deux cas, une éducation et une formation sur la documentation en générale et plus particulièrement sur les escarres sont nécessaires afin de minimiser ces lacunes.</p> <p>Nahm & Poston (2000), suggèrent que la qualité et l'exhaustivité des données en lien avec l'escarre sur le DSI pourrait être améliorée en utilisant des formats structurés, plutôt que le format texte libre. L'utilisation d'un tel format, oblige les infirmiers à remplir les champs obligatoires.</p> <p>En introduisant des modèles dans le DSI, on peut permettre aux médecins et autres professionnels de la santé de visualiser facilement les informations dont ils ont besoin et cela peut les aider à mieux suivre leurs patients sur le système, ce qui peut améliorer la continuité des soins et le gain de temps (Li & Korniewicz, 2013).</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui car les résultats de cette étude concordent avec celles d'études précédente. Toutefois, nous devons être attentifs au fait que cette étude a été menée en</p>

	Jordanie et que nous ne connaissons pas les pratiques infirmières dans ce pays en matière de documentation.
--	---

Rapport-Gratuit.com

The impact of an electronic health record on nurse sensitive outcomes: an interrupted time series analysis

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il s'agit d'étudier l'impact du dossier de soin informatisé sur le résultat des soins infirmiers : c'est une étude de séries temporelles interrompues.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>But :</u> Evaluer les impacts de l'implémentation du dossier de soins informatisé (DSI) sur le processus de soins et le résultat des soins infirmiers.</p> <p><u>Devis de recherche :</u> Etude de séries temporelles interrompues Participants : 29 hôpitaux dans le nord et sud de la Californie Intervention : un DSI intégré comprenant la saisie des prescriptions médicales, la documentation des soins infirmiers, des outils d'évaluation du risque et d'autres outils de documentation. Mesure des résultats : pourcentage des patients pour lesquels une évaluation du risque d'escarre et de chute a été complétée ainsi que le taux d'escarres nosocomiales et de chute.</p> <p><u>Résultat :</u> L'implémentation du DSI était significativement associée à une augmentation des taux de documentation pour le risque de développer des escarres en cours d'hospitalisation (coefficient 2,21, IC à 95% 0,67 à 3,75), mais significative dans le cas du risque de chute (0,36; 3,58 à 4,30). L'implémentation du DSI a été associée à une diminution de 13% des taux d'escarres nosocomiales (coefficient 0,76, IC à 95% 1,37 à 0,16), mais pas de diminution du taux de chute (0,091; 0,29 à 0,11). Indépendamment de l'implémentation du DSI, les taux d'escarres nosocomiales ont considérablement diminué au cours du temps (0,16; de 0,20 à 0,13), mais pas dans le cas des chutes (0,0052; 0,01 à 0,02). La région de l'hôpital était un facteur prédictif significatif de variation pour les escarres nosocomiales (0,72;</p>

	<p>0,30 à 1,14) et les chutes (0,57; 0,41 à 0,72).</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Avec l'introduction du DSI, le nombre d'escarres nosocomiales a diminué, mais pas pour les chutes. D'autres facteurs comme la région géographique de l'hôpital, le changement au fil de temps ont été associés à la variation des résultats. Les résultats suggèrent que l'impact du DSI sur le processus et le résultat de soins dépendent d'un certain nombre de facteurs qui devraient être exploré ultérieurement.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Le but de l'étude est d'investiguer l'impact de l'implémentation du <i>KP HealthConnect</i> sur les processus de soins infirmier et les résultats des soins dans les hôpitaux du Kaiser Permanent au nord et au sud de la Californie.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Des événements indésirables tels que l'escarre nosocomiale, les chutes sont directement liés à la qualité des soins infirmiers, qui pourrait être amélioré par l'utilisation des technologies d'information.</p> <p>Par exemple, les outils d'évaluation des risques dans le <i>KP HealthConnect</i> peuvent aider à identifier les personnes à risque de chute ou de développer une escarre.</p> <p>L'implémentation du <i>KP HealthConnect</i> est le plus grand déploiement privée d'un système de DSI à ce jour un certain nombre de gouvernement dont les USA et l'Angleterre investissent dans l'implémentation des DSI motivés par une croyance selon laquelle il permettra d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins aux patients. Cependant, les données empiriques de l'avantage des technologies information sur la santé sont mixtes.</p> <p>L'implémentation du DSI intégré présente des avantages potentiels, comme l'augmentation de l'efficacité, l'amélioration de la communication, la performance et une meilleure qualité de soins.</p> <p>L'évaluation des technologies de l'information sur la santé a</p>

	<p>surtout mis l'accent sur le comportement des médecins et les résultats des patients. Les infirmiers constituent le plus grand groupe dans le personnel de santé, mais l'impact de technologies de l'information sur la qualité de soins infirmiers reste inexploré.</p> <p>Les auteurs supposent que la mise en place du <i>KP HealthConnet</i> pourrait améliorer la documentation de l'évaluation d'escarre et les risque de chutes et pourrait contribuer à baisser le taux d'escarre acquis lors de l'hospitalisation et le taux de chute.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, de nombreuses études sont citées dans l'introduction.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui.</p> <p>Les auteurs citent des études qui ont porté sur l'implémentation du DSI et constate que sur le plan international, un certain nombre de gouvernements, y compris ceux du Royaume-Uni et aux des Etats-Unis, investissent largement dans l'implémentation des DSI motivé par la croyance rependue selon laquelle le DSI permettra d'améliorer l'efficacité, la qualité des soins et les résultats aux patients (DesRoches et al., 2010 ; McCullough et al., 2010). L'implémentation d'un DSI intégré présente des avantages tels que l'augmentation de l'efficacité organisationnelle, l'amélioration de la communication, l'amélioration des performances des praticiens (amélioration de la prescription), une meilleure qualité des soins et l'amélioration des évaluations des résultats. De plus, les technologies de l'information ont mis l'accent sur les comportements des médecins et les résultats des patients associés avec le management médical (Black et al., 2011).</p> <p>Les événements indésirables tels que les escarres nosocomiales et les chutes sont directement liés à la qualité des soins infirmiers (Forum NQ, 2004). Ceux-là peuvent être améliorés grâce à l'utilisation des technologies de l'information dans la santé (Zhou et al., 2011).</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, car tous les études mentionnées sont en lien direct avec</p>

	<p>l'objectif de cette étude.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ? Les concepts clés apparaissent dans l'introduction, mais ne sont pas défini de manière claire.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Les concepts clés sont liés au but de l'étude. Le cadre de référence n'est pas explicité en tant que tel. En outre, nous pouvons dire qu'il s'agit de la qualité des soins infirmiers liée aux résultats de soins.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de l'implémentation du <i>KP HealthConnect</i> sur les processus de soins infirmier et les résultats de soins dans les hôpitaux du <i>Kaiser Permanent</i> au nord et au sud de la Californie</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les auteurs supposent que l'implémentation du <i>KP HealthConnet</i> pourrait améliorer la documentation de l'évaluation du risque d'escarres et de chute ce qui pourrait aussi contribuer à la baisse du taux d'escarres nosocomiales et de chutes.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? L'hypothèse de recherche découle logiquement du but de l'étude.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? -</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui.</p>

	Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?-
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? La population visée n'est pas définie clairement. Par contre, nous savons que 29 hôpitaux (service de chirurgie, médecine et soins intensifs) gérés par les <i>Kaiser Foundation Hospitals (KFH)</i> ont participé à l'étude.</p> <p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? L'échantillon n'est pas clairement défini. Les auteurs précisent qu'ils ont eu accès à toutes les données disponibles pour chaque site inclu dans l'étude.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? - Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Le seul critère d'inclusion mentionné et que l'hôpital devait opérer de façon continu durant toute la période de l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Il n'y a pas eu de contact direct avec les patients.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Il s'agit d'une étude de séries temporelles interrompues effectuée entre 2003 et 2009.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p>

	<p>Oui, elle permet de surveiller l'évolution au fil de temps. Elle permet aussi de contrôler les effets d'autres facteurs qui n'ont pas de rapport avec l'implémentation du <i>KP HealthConnect</i>.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?-</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? -</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les outils ne sont pas décrits.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Aucun instrument n'a été créé pour le besoin de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?--</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les données sur les mesures de processus et des résultats ont été obtenues à partir <i>the Collaborative Alliance for Nursing Outcomes</i>. Depuis 1996, cet organisme collecte auprès des unités des hôpitaux Californien les données des résultats des soins infirmiers en lien avec la dotation infirmière, le processus de soins et les indicateurs de soins infirmiers. Les auteurs précisent que le recueil de données et effectué de façon uniforme durant toute la période de l'étude.</p> <p>Des données mensuelles ont été récoltées sur les taux et la documentation du risque de chute et trimestriellement pour les escarres nosocomiales. Toutes les données ont été recueillies au niveau des unités médicale, chirurgicale et les soins intensifs pour chaque hôpital.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel</p>

	<p>compétent ?</p> <p>Les données sont obtenues au travers de l'organisme <i>the Collaborative Alliance for Nursing Outcomes</i>.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>L'intervention consiste en l'implémentation du <i>KP HealthConnect</i> comprenant la saisie des prescriptions médicales, la documentation des soins infirmiers, des outils d'évaluation du risque, un système d'aide à la décision, outils de documentation du laboratoire, de la pharmacie pour tous les patients et de toutes les activités de soins.</p> <p><i>KP HealthConnect</i> a été développé par des équipes de cliniciens et d'informaticiens de <i>Kaiser Permanent</i>.</p> <p>La composante des soins infirmiers est cohérente à travers tous les hôpitaux et a été développé consensuellement par les infirmiers cliniciens et les informaticiens.</p> <p><i>KP HealthConnect</i> a été implémenté en 2006 dans le premier hôpital en Californie. Au fur à mesure, les autres hôpitaux se sont dotés du même système. La dernière implémentation du système a eu lieu en mars 2010.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les données ont été synchronisées en utilisant le mois de l'implémentation du système <i>KP HealthConnect</i> dans l'hôpital comme temps 0.</p> <p>Une analyse multivariée de régression a été utilisée pour examiner les effets du temps de l'implémentation entre les sites du Nord et du sud.</p> <p>Le logiciel SAS V.9.1.3 a été utilisé pour analyser les données.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les auteurs précisent que même si la dotation infirmier est reconnu comme un facteur prédictif de la qualité des soins, elle n'a pas été incluse comme variable indépendante dans l'analyse. En 2004, l'état de la Californie a fixé un nombre minimum d'infirmiers dans les soins aigus ceci a eu pour effet une variation dans le nombre des infirmiers d'un site à un autre durant l'étude.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-</p>

	<p>il en évidence les extraits rapportés ?- Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats sont présentés à l'aide de texte narratif et de graphiques.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats sont présentés comme suit :</p> <p>1. <u>Mesure du processus de soins infirmiers :</u> La documentation de l'évaluation de risques d'escarre a augmentée (coefficient 2.21, IC à 95%, 0.67 à 3.75), mais pas pour les chutes (0.36 ; -3.58 à 4.30). La documentation du risque d'escarres (0.25 ; 0.16 à 0.34) et du risque de chutes (0.53 ; 0.32 à 0.74) ont augmentés. Le risque d'escarre est plus susceptible d'être documenté dans les hôpitaux au nord de la Californie (1.27 ; 0.23 à 2.31) et le risque de chute était plus susceptible d'être documenté dans les hôpitaux du sud de la Californie (-2.68 ; -5.19 à -0.17).</p> <p>2. <u>Mesure des résultats sensibles en soins infirmiers :</u> Entre 2003 et 2009, le taux moyen d'escarres nosocomiales a diminué (coefficient -. 76, IC à 95%, -1.37 à -0.16), alors que le taux moyen de chute est resté stable (-0.091 ; -0.29 à 0.11). La diminution du taux moyen d'escarres est associée à l'implémentation du <i>KP HealthConnect</i>.</p> <p>Les escarres nosocomiales ont considérablement diminué au fil du temps (-0.16 ; -0.20 à -0.13).</p> <p>La région géographique de l'hôpital était un facteur pour la variation de résultat pour l'escarre (0.72 ; 0.30 à 1.14) et pour les chutes (0.57 ; 0.41 à 0.72).</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?-</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, la documentation de l'évaluation du risque d'escarre a augmenté et la prévalence des escarres nosocomiales a diminué de 13%. Ce n'est pas le cas avec les chutes. En outre, il existait des divergences dans les processus de soins et les mesures de résultats entre les deux régions Kaiser (Nord et Sud de la Californie), indiquant que l'organisation et d'autres facteurs peuvent également avoir une influence sur les résultats.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Oui, les auteurs font des liens avec les études précédentes, par exemple, une étude de Furukawa et al. (2010) a démontré que l'utilisation des technologies de l'information sophistiquées dans les soins, comme le <i>KP Healthconnect</i> est associée à une amélioration des résultats.</p> <p>Randell et al. (2010) ont identifié que les facteurs organisationnels tels que la collaboration, le travail d'équipe, le leadership sont importants pour la réussite de l'implémentation et l'utilisation des technologies de l'information.</p> <p>L'adéquation entre l'organisation et la technologie en plus de l'inclusion des utilisateurs dans la conception de ces systèmes contribuent à une utilisation réussie des nouvelles technologies (Berg, 2001 ; Heeks, 2006).</p> <p>Les auteurs indiquent que durant cette étude, ils existaient une différence dans les processus et les mesures de résultats entre les hôpitaux du Nord et du Sud de la Californie. Ces différences étaient d'ordre organisationnel en matière de l'accent mis par les dirigeants par rapport aux programmes d'amélioration de la qualité relatifs aux escarres nosocomiales.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les auteurs n'ont pas pris en compte les caractéristiques des</p>

	<p>patients de chaque hôpital; il peut y avoir des différences systématiques qui n'ont pas été prise en compte dans l'analyse et qui auraient affecté les résultats qui intéressaient les chercheurs.</p> <p>Ils n'ont pas tenus compte de la variation des facteurs organisationnels, par exemple, les hôpitaux dit «adopteurs précoce» qui ont choisi d'implémenter <i>KP HealthConnect</i> en premier pourrait avoir été plus enthousiaste à cette perspective ce qui aurait eu un impact sur les résultats.</p> <p>En raison d'une implémentation différée entre les hôpitaux, il pourrait y avoir une variation du nombre d'observations disponibles pour l'analyse.</p> <p>Par conséquent, les auteurs indiquent que ceci pourrait avoir affecté l'examen de l'impact du DSI sur les processus et les résultats.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>-</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les auteurs suggèrent que le DSI peut contribuer à l'amélioration à la fois du processus de soins et des résultats des soins infirmier. Cependant, une variété d'autres facteurs, tels que l'organisation, la culture, les influences extérieures doivent également être prise en compte lors de l'évaluation de l'effet de la technologie d'information sur la qualité de soins.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre la façon dont le DSI peut être utilisé efficacement pour aider les infirmiers à prodiguer des soins de qualité.</p> <p>Cette étude porte sur l'impact du DSI sur les processus de soin et le résultat de soin. Cependant elle ne traite pas de la façon dont les infirmiers utilisent ce système, des facteurs pratique, sociotechnique peuvent influencer pour l'utilisation du DSI.</p> <p>Des études qui examinent les variables contribuant à</p>

l'utilisation efficace du DSI liant les facteurs organisationnels, la technologie et le comportement des utilisateurs sont nécessaires pour comprendre les mécanismes de causalité par lesquelles ils peuvent améliorer la qualité et la sécurité des soins.

D'autres études analysant l'impact des technologies de l'information sur les processus de soins infirmiers et les résultats sont nécessaires.

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Les auteurs ne décrivent pas suffisamment l'échantillon à l'étude.

Les auteurs n'ont pas détaillé les caractéristiques de la documentation infirmière des escarres (taille, localisation, stade,...)

Une des points forts de cette étude est l'utilisation du même système sur plusieurs hôpitaux ce qui peut éviter la variation dans l'utilisation.

Analysis of qualitative interviews about the impact of information technology on pressure ulcer prevention programs.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ?</p> <p>Il s'agit d'une analyse qualitative d'entrevues sur l'impact des technologies de l'information sur les programmes de prévention des escarres.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé contient le but de l'étude, le devis, les participants et le contexte, une conclusion et les mots clés.</p> <p><u>But de l'étude :</u> Comparer entre deux programmes de prévention des escarres utilisés dans deux institutions de soins de longue durée (SLD), dont une était dotée d'un système de technologie de l'information (STI) de grande sophistication et l'autre avait un système de moindre sophistication. Cette étude avait aussi comme objectif d'identifier les implications de l'utilisation de ces systèmes pour la stomathérapeute.</p> <p><u>Devis :</u> Analyse secondaire des données narratives obtenues à partir d'une étude à méthodes mixtes.</p> <p><u>Les participants et le contexte :</u> L'étude s'est déroulée dans deux établissements de SLD dans le Midwest des Etats- Unis. L'échantillon était composé de 39 personnes, dont 26 venaient de l'établissement doté d'un STI à grande sophistication et 13 de celui avec un STI de moindre sophistication. Les répondants étaient : des assistants infirmiers certifiés, des techniciens médicaux certifiés, travailleurs sociaux, infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées, des administrateurs et des directeurs.</p> <p><u>Méthode :</u> Cette étude est une analyse secondaire d'entretiens concernant les stratégies de communication et</p>

	<p>d'éducation dans 2 établissements de SLD. Cette analyse a porté sur des entrevues de groupe de discussion, qui comprenait des fournisseurs de soins directs et indirects</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Huit thèmes (codes) ont été identifiés dans l'analyse. Trois thèmes sont présentés individuellement avec des exemples de stratégies de communication et de formation. L'analyse a révélé des différences spécifiques entre le STI à grande sophistication et celui à moindre sophistication de ses installations en matière de formation et de communication impliquant la prévention des escarres. Ces différences ont des implications directes pour les infirmières des plaies qui interviennent auprès des SLD.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent que des stratégies efficaces en matière de formation et de communication offertes au personnel en lien avec la prévention des escarres diffèrent selon le niveau des STI dans un établissement donné. Des stratégies spécifiques pour la formation et la communication sont proposées pour les établissements avec des ITS à grande sophistication et ceux avec des STI à moindre sophistication.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Le but de cette analyse était d'explorer les stratégies de formation et de communication en matière de prévention des escarres dans les établissements de SLD utilisant des systèmes de technologies de l'information avec divers degrés de sophistication.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Dans l'introduction, les auteurs expliquent que la communication et la formation du personnel sont essentielles à la mise en œuvre d'interventions efficaces de prévention et de gestion des escarres chez les populations vulnérables (population admis dans les</p>

	<p>SLD). Une des stratégies qui a été suggérée pour aider à améliorer la prévention et la gestion des escarres est l'utilisation des TIs. Par exemple, les TIs peuvent aider le personnel à recueillir des données valides et fiables en temps réel pour soutenir la prise de décision clinique et permettent de rendre disponible des données précises dans les points d'intervention clinique. Ceci peut contribuer à améliorer la qualité de la prévention des escarres chez les résidents.</p> <p>Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <p>La prévention des escarres dans les établissements de SLD est un problème de santé publique prioritaire. Les personnes âgées sont particulièrement à risque de développer des escarres pour plusieurs raisons, dont une alimentation inadéquate, la fragilité, et une mobilité diminuée (Spirduso et al., 2005). Les autres facteurs qui peuvent contribuer à ce problème sont : la dotation en personnel, les comorbidités, la poly pharmacie et une application tardive ou incomplète des protocoles de prévention des escarres (Horn et al., 2004).</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? -</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Les auteurs ont fait des recherches sur des concepts en lien avec leur analyse, mais pas de recension d'articles sur le problème de recherche en soit. Les auteurs mettent en évidence le manque de données sur l'utilisation des technologies de l'information à des fins de prévention des escarres dans les établissements de SLD.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources</p>

	primaires ? Oui.
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clés mis en évidence sont la prévention des escarres et les systèmes de technologie de l'information dans les établissements de SLD. Toutefois, ils ne sont pas définis sur le plan conceptuel.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ?</p> <p>Le cadre de référence est l'utilisation des TIs en matière de communication et d'éducation du personnel dans la prévention des escarres chez les résidents des établissements de SLD. Les auteurs souhaitent évaluer l'efficacité des stratégies mises en place avec des systèmes de technologie de l'information de différents degrés de sophistication.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?-</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Le but de cette analyse était d'explorer les stratégies de formation et de communication en matière de prévention des escarres dans les établissements de SLD utilisant des systèmes de technologies de l'information avec divers degrés de sophistication.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les auteurs ont effectué une analyse quantitative des entretiens avec le personnel de deux établissements de SLD utilisant des systèmes de technologie de l'information de différents degrés de sophistication. Les auteurs ont analysé les stratégies de communication utilisées en matière de prévention des escarres.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui.</p>

	<p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui l'étude cherche à comprendre l'expérience des participants avec des systèmes d'information de degrés de sophistication différents.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? L'analyse est basée sur les entrevues obtenues dans une étude précédente à laquelle les auteurs nous renvoient. L'étude originale est basée sur un model appelé le <i>Human-factor Model</i> (Meister, 1989; Salvendy, 1997 cités dans Alexander et al, 2012).</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Les auteurs indiquent que les participants ont été recrutés dans deux établissements de SLD. L'échantillon était composé de 39 personnes, dont 26 venaient de l'établissement doté d'un STI à grande sophistication et 13 de celui avec un STI de moindre sophistication. Les répondants étaient : des assistants infirmiers certifiés, des techniciens médicaux certifiés, travailleurs sociaux, infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées, des informaticiens, des administrateurs et des directeurs. Tous les quarts de travail ont été couverts par l'étude (jour, soir et la nuit).</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Oui, en incluant le personnel qui ne fournit pas des soins directs aux patients dans cette étude contrairement à l'étude originale qui se portait que sur le personnel qui donne des soins directs.</p>

	<p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les auteurs expliquent qu'ils se sont intéressée uniquement aux entrevues du groupes focus qui consistait en 39 participants pour ensuite comparer entre les perspectives des personnes qui prodiguent des soins directs et ceux qui ne sont pas impliqués directement dans les soins.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? -</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les auteurs précisent que cette étude a été approuvée par le <i>Health Sciences Institutional Review Board</i>.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui, il s'agit d'une analyse quantitative d'enregistrements d'entrevues réalisées dans une étude précédente.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité). -</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Les auteurs n'étaient pas sur le terrain dans cette étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p>

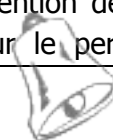
	<p>Les auteurs ne mentionnent pas d'outil dans cette étude. Toutefois, l'étude originale mentionne les outils utilisés par les chercheurs.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Pas d'indication a ce sujet.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?-</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les auteurs expliquent que pour cette seconde analyse, ils ont utilisé les enregistrements numériques obtenus lors de l'étude originale.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les auteurs de l'étude originale ont eux même effectué le recueil des données utilisées dans cette étude. Ils sont tous des professionnels de la santé dans l'hôpital en question.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?--</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Pour cette analyse secondaire, les enregistrements numériques originaux des groupes de discussion ont été transcrits dans un document Word pour les deux établissements, par catégorie du personnel et le quart de travail. Le document Word a été ensuite entré dans un logiciel pour l'analyse qualitative NVIVO 9 (NVIVO, QSR International, 2011). Les données sous la forme de mots et de phrases ont été codées. Une catégorie a été attribuée à chaque code représentant un thème (nœuds) correspondant aux stratégies de communication utilisées dans les établissements en matière de prévention des escarres.</p> <p>Les thèmes (nœuds) permettaient d'identifier les</p>

	<p>stratégies de communication spécifiques à chacun des deux établissements participant à l'étude. Ces thèmes étaient utilisés pour capturer les facteurs et les processus unique à chaque établissement en ce qui concerne les stratégies de communication liée à la prévention des escarres. En utilisant la fonctionnalité d'analyse des mots similaires dans <i>NVIVO</i>, les mots similaires ont été groupés par nœud. Le lien entre les nœuds et les sous-nœuds ont démontré qu'il y avait une corrélation entre les stratégies de communication de prévention des escarres utilisées dans les deux établissements.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?--</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Les résultats ont été présentés sous la forme de texte.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>L'analyse a permis de faire émerger huit thèmes en lien avec les stratégies de communication en matière de prévention des escarres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertes au-dessus du lit du patient - Difficultés avec la communication - Possibilités de formation - Communication/ Documentation électronique - email - Les stratégies de prévention des escarres. - Rapports écrits - Rapports oraux. <p>Les différences entre les deux établissements en termes de communication en lien avec la prévention des escarres ont été décrites dans un tableau.</p>

	<p>Pour évaluer les différences dans les modes de communication des deux établissements, les auteurs se sont concentrés sur 3 thèmes majeurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Possibilités de formation 2- Communication et documentation électronique (accès à l'information) 3- Les stratégies de prévention des escarres <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les auteurs ont repris dans les résultats les trois thèmes cités précédemment et ont comparé entre l'établissement doté d'un système de TI à grande sophistication et celui doté d'un système de moindre sophistication.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Possibilités de formation</u> : Le personnel de l'établissement avec un système de TI sophistiqué avait accès aux programmes de formation via tous les postes de l'institution et aussi de la maison. Des formations mensuelles étaient offertes avec des séances de pratique. 3-4 programmes étaient offerts par mois : soins de peau, alertes plastifiées sur les portes et des réunions du personnel infirmier. Dans l'établissement avec un STI de moindre sophistication, le programme de formation était disponible via un seul ordinateur qui se trouvait dans une pièce polyvalente avec un accès limité. Le personnel recevait 1-2 programmes de formation par mois. 2- <u>Communication et documentation électronique (accès à l'information)</u> : Dans l'établissement avec un système de TI sophistiqué, le personnel soignant avait accès au dossier de soin informatisé. Tous les soins étaient documentés via l'ordinateur. Le personnel avait un accès direct à des protocoles basés sur des données probantes ainsi qu'à la liste des tâches à exécuter. Dans l'établissement avec un STI de moindre sophistication toute la communication se faisait
--	---

	<p>via fax, téléphone et papier.</p> <p>3- <u>Les stratégies de prévention des escarres</u> : Dans l'établissement avec un système de TI sophistiqué, le personnel a déclaré que les stratégies de prévention des escarres étaient basées sur des guidelines et des protocoles issues des données probantes et étaient intégrés dans le DSI. Le personnel prodiguant des soins directs avaient ainsi accès à des listes des interventions en lien avec la prévention des escarres qu'ils devaient exécutés. Des codes couleurs étaient utilisés pour attirer leur attention sur ces interventions. Dans l'établissement avec un STI de moindre sophistication, même si le personnel soignant mettait en place des interventions de prévention des escarres, les participants avaient déclaré que les évaluations effectuées à l'entrée du résident n'étaient pas toujours reconduite dans le temps. Les plannings de changement de position pour les résidents avec des risques d'escarres n'étaient pas toujours affichés dans les chambres. D'autres participants ont remarqué que les stratégies de prévention implémentées par certains soignants étaient basées sur des connaissances et un jugement personnels.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?-</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Les auteurs précisent que les résultats de cette étude concordent avec ceux de l'étude originale. Toutefois, les auteurs précisent que dans l'étude originale les chercheurs se sont intéressés uniquement aux</p>

	<p>assistantes infirmières qui prodiguent des soins de base (dit directs) aux résidents. Dans cette étude les auteurs ont inclus même le personnel qui ne participe pas directement aux soins.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les auteurs relèvent des limites dans leur étude par rapport aux données qui étaient exclusivement narratives et limitées au personnel de 2 établissements de SLD. Ils signalent aussi le fait de ne pas avoir suivi l'introduction, l'adoption ou la progression des systèmes de technologies dans les deux établissements.</p> <p>Les auteurs mentionnent que les différences identifiées peuvent avoir été influencées par d'autres variables confondantes, tels que le modèle d'activité de l'établissement, la culture de l'organisation, le nombre et la composition des équipes, ainsi que leur réceptivité au changement.</p> <p>Finalement, selon les auteurs, l'influence des systèmes de TI de grande ou de moindre sophistication sur la prévalence et l'incidence des escarres est inconnue et plus de recherche est nécessaire pour répondre à l'ampleur de l'effet de ces systèmes l'ITS sur la prévention des escarres.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Oui.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Après une analyse qualitative des entretiens avec le personnel de deux établissements de SLD dotés de STI avec différents degrés de sophistication, les auteurs ont trouvé que les établissements adoptent différentes stratégies de communication en lien avec la prévention des escarres.</p> <p>La formation continue sur la prévention des escarres était disponible et accessible pour le personnel qui</p>



prodigue des soins directs dans l'établissement avec un STI à grande sophistication. De plus, le personnel a rapporté qu'ils avaient accès à divers moyens pour consulter des informations relatives à l'état de santé des résidents et pour documenter les soins de prévention d'escarres effectués. Les auteurs ont conclu que les stratégies de communication utilisées par l'établissement avec un STI à grande sophistication étaient supérieures en qualité, quantité et diversité en comparaison avec l'établissement avec un STI de moindre sophistication.

Enfin, les auteurs estiment que le personnel de l'établissement avec un STI de moindre sophistication, peuvent rencontrer des obstacles par rapport à la formation continue sur la prévention des escarres, l'accès à des informations actualisées sur l'état de santé du résident et sur l'implémentation de soins de prévention d'escarres basées sur des données probantes.

L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?

Les auteurs pensent que de plus amples recherches sont nécessaires pour déterminer comment une infirmière stomathérapeute peut surmonter ces obstacles et améliorer l'efficacité de la prévention des escarres dans des établissements utilisant un STI de moindre sophistication.

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Les résultats de cette étude suggèrent que les TI peuvent être un moyen utile pour la formation et la communication et peuvent aussi contribuer à l'amélioration de la documentation en matière de prévention des escarres.

Pour que la stomathérapeute puisse faire usage des TI, elle a besoin d'être plus familiariser avec les systèmes actuellement utilisés dans les établissements de soin et collaborer avec les spécialistes des TI et d'autres cliniciens pour optimiser leur impact sur la prévention des escarres en intégrant les protocoles basées sur des données probantes.

Effects of a computerized decision support system on careplanning for pressure ulcers and malnutrition in nursing homes: An intervention study.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p>Il s'agit d'une étude expérimentale sur l'effet d'un système d'aide à la décision informatisé pour la prise en charge des soins d'escarres et de la malnutrition dans les établissements pour personnes âgées.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé contient le contexte, le but de l'étude, la méthode, les résultats et les mots clés.</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>La documentation des soins infirmiers est essentielle pour faciliter la circulation de l'information et pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Une documentation des soins infirmiers de haute qualité est fréquemment manquante. Il est attendu que la mise en œuvre de systèmes d'aide à la décision informatisés (SADI) améliore la pratique clinique et la documentation des soins infirmiers</p> <p><u>But :</u></p> <p>Cette étude visait à étudier les effets d'un SADI et d'un programme de formation comme stratégies d'intervention pour améliorer la pratique de la documentation des soins infirmiers en lien avec les escarres et la malnutrition dans des établissements pour personnes âgées.</p> <p><u>Devis :</u></p> <p>Cette expérimentation a eu lieu avec deux groupes, un groupe expérimental et un groupe de contrôle. 15 établissements de personnes âgées situés dans le sud de la Norvège ont été inclus dans cette étude. Un échantillon de commodité de DSI provenant de 46 unités a été inclus.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient les enregistrements contenant des escarres ou la malnutrition. Les résidents ont été évalués avant et après l'intervention d'un système d'aide à la décision informatisé dans les</p>

	<p>DSI. Les données ont été recueillies en examinant 150 dossiers en 2007 avant l'intervention et 141 dossiers en 2009 après l'intervention.</p> <p><u>Méthode :</u></p> <p>Les infirmiers dans le groupe d'intervention 1 (GI1) ont reçus des séances de formation et ont été formés à l'utilisation du SADI, qu'ils ont utilisé pendant huit mois en 2008 et 2009. Les infirmiers dans le groupe d'intervention 2 (GI2) ont reçu le même programme de formation, mais n'ont pas utilisé le SADI. Les infirmiers dans le groupe de contrôle n'ont été soumis à aucune intervention. Les dossiers des résidents ont été examinés quant à l'exhaustivité de la documentation en lien avec les escarres et la malnutrition avec trois formes de collecte de données et ces dernières ont été analysées avec des statistiques non paramétriques.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>L'implémentation du SADI et du programme de formation ont donné lieu à une documentation plus complète et exhaustive des escarres.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Le problème est clairement formulé. Il s'agit d'investiguer l'effet de l'implémentation d'un SADI et d'un programme de formation comme stratégies d'intervention dans la prise en charge des escarres et de la malnutrition.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?</p> <p>Dans l'introduction, les auteurs expliquent que les escarres et la malnutrition demeurent encore aujourd'hui des problèmes dans la prise en charge des personnes âgées dans les établissements pour personnes âgées malgré l'abondance et la de connaissances basées sur des données probantes. Les auteurs ajoutent que la disponibilité des lignes</p>

	<p>directrices fondées sur des données probantes a augmenté, mais leur implémentation reste lente dans nombreux domaines de la santé. Étant donné que les lignes directrices cliniques ne sont pas systématiquement utilisées dans les établissements pour personnes âgées, des variations dans la pratique et des failles dans la qualité des soins sont signalées de façon répétée.</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Les auteurs mentionnent que la documentation infirmière est essentielle pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Toutefois, il est souvent rapporté que la documentation infirmière manque de précision et de qualité.</p> <p>Des études ont suggéré que les SADI ont un impact positif sur la prise de décision chez les infirmiers et peut être un moyen efficace pour soutenir la mise en œuvre de lignes directrices dans la clinique.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Pas spécifiée en tant que telle. Les auteurs relèvent que l'utilisation des SADI a montré une amélioration de la qualité des soins dans la pratique clinique chez les médecins (Garg et al., 2005 ; Kawamoto et al.,2005). Cependant, les connaissances concernant l'impact de ces systèmes sur la pratique clinique des infirmiers sont rares.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?Oui.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Les auteurs ont mis en évidence les concepts clés de l'étude qui sont : l'escarre considérée comme un</p>

	<p>indicateur de la qualité des soins, la malnutrition et les SADI intégré au DSI. Pour le SADI, les auteurs proposent la définition de Greenes (2007).</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ? Oui.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le cadre théorique n'est pas précisé en tant que tel, mais on peut dire que c'est l'utilisation des systèmes d'aide à la décision informatisé dans les soins.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Cette étude visait à étudier les effets d'un SADI et d'un programme de formation comme stratégies d'intervention pour améliorer la pratique de la documentation des soins infirmiers en lien avec les escarres et la malnutrition dans les établissements pour personnes âgées.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui. La population à l'étude est les résidents des institutions pour personnes âgées ayant des problèmes d'escarre et /ou de malnutrition. L'hypothèse de l'étude est que l'implémentation d'un SADI et d'un programme de formation pourrait améliorer la pratique infirmière.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>–</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui.</p>

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population visée par l'étude est les résidents d'établissements pour personnes âgées ayant un problème d'escarre et/ou de malnutrition.</p> <p>Les auteurs proposent un diagramme qui illustre de façon détaillée l'échantillonnage. La sélection des résidents s'est faite sur la base de leurs dossiers de soins. Les critères d'inclusions des DSI étaient la présence d'une documentation portant sur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Les escarres de stade 1-4 dont le risque a été évalué à l'aide d'une échelle le (<i>RAPS</i>) et/ou 2- Malnutrition évaluée à l'aide d'une échelle (<i>MNA®full form</i>) avec un score <17. <p>Les critères d'exclusion étaient les dossiers des résidents:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayant séjourné dans l'établissement pour une durée de moins de 24 h - avec une maladie en phase terminale - ayant été amputé d'un membre inférieur - recevant une nutrition entérale et parentérale. - qui suivaient un programme de réadaptation spécial. <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les auteurs ont opté pour un échantillonnage non probabiliste (de convenance) pour sélectionner les DSI inclus dans l'étude. Les auteurs précisent que ces dossiers proviennent de 15 établissements pour personnes âgées se trouvant dans 7 communes norvégiennes.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été</p>

	<p>déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Les auteurs ont déterminé la taille de l'échantillon en l'occurrence les DSI, en effectuant une analyse de puissance du résultat de la prévalence des escarres rapportée dans une étude précédente.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les auteurs ont obtenu l'accord des directeurs des établissements pour personnes âgées. Ils ont informé les résidents et leurs mandataires verbalement et par écrit de l'objet de l'étude et que la participation était volontaire. Les résidents ou leurs mandataires devaient donner par écrit leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Les données personnelles des participants ont été retirées des dossiers.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>C'est une étude expérimentale qui a été menée dans 15 établissements pour personnes âgées. La participation était sur une base de volontariat. Les établissements ont été divisés en 3 groupes, 2 groupes expérimentaux et un groupe de contrôle.</p> <p>Le 1^{er} groupe expérimental a reçu comme intervention un programme de formation et le 2^{ème} groupe n'a reçu que le programme de formation. Le groupe de contrôle n'a été soumis à aucune intervention.</p> <p>Les participants des groupes étaient des infirmières et les aides infirmières qui avaient la responsabilité de planifier et de documenter les soins reçus par les résidents à l'aide du DSI.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité) Oui.</p>

	<p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>L'étude a été menée entre Juin 2007 et Juillet 2009.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les auteurs citent deux outils qui ont servis à l'inclusion des dossiers de soins dans l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Risk Assessment Pressure Scale</i> (RAPS) score pour évaluer le risque d'escarre (stade 1-4) chez le résident - <i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA®full form) pour évaluer le risque de malnutrition. - CIND <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Oui. Les auteurs ont cité un autre outil qui a servi à l'évaluation de l'exhaustivité des DSI</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, les auteurs décrivent de façon détaillée la collecte des données. La documentation infirmière incluait les plans de soin, la feuille des traitements et les transmissions écrites. Seulement les données datant de 3 mois ont été collectées.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>La collecte des données a été effectuée par les infirmières du service et par une des chercheuses en faisant des photocopies ou en imprimant les documents en question.</p> <p>Chaque dossier inclus dans l'étude a été évalué par les chercheuses par rapport à deux critères : intégralité et</p>

	<p>exhaustivité.</p> <p>Pour le 1^{er} critère, les chercheuses ont utilisé un formulaire de collecte basé sur les recommandations de l'EPUAP et qui a été modifié aux fins d'évaluation par les chercheuses Gunningberg et Ehrenberg.</p> <p>Pour le 2^{ème} critère, l'évaluation portait sur la cohérence des phases du processus infirmier. Ceci a été effectuée à l'aide d'un outil le <i>Comprehensiveness in nursing documentation (CIND)</i> avec 5 niveaux ascendants d'exhaustivité et un score allant de 3-5 suivant les recommandations Norvégiennes. La fiabilité inter-évaluateur a été évaluée sur un échantillon de 42 dossiers. Le pourcentage d'accord variait de 93% à 100% pour le formulaire de collecte de données <i>CIND</i>, 88% à 100% pour le formulaire basé sur <i>MNA®full</i> et 86% à 100% pour le formulaire basé sur l'EPUAP. Ces valeurs étaient considérées comme représentant un accord suffisant.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>Oui les interventions ont été clairement décrites. Elles consistaient en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un programme de formation portant sur l'évaluation de risque d'escarres et de la malnutrition, la prévention et le traitement des escarres et de la malnutrition, et l'évaluation des escarres stade 1-4. - Le SADI qui a été développé à partir des deux instruments cités précédemment. Ce système était intégré au DSI pour faciliter la collecte des données et le soutien à la décision clinique. Il se basait sur l'ensemble des données provenant des lignes directrices et sur des règles de prédiction cliniques qui permettaient de classer les résidents en 4 catégories suivant le risque d'escarre et/ou de malnutrition. En outre, le SADI offrait la possibilité de choisir entre plusieurs interventions issues de données probantes pour planifier les soins en fonction de la catégorie du résident. Ce système a été développé par 4 infirmières provenant de 4 EMS qui ont
--	---

	<p>collaboré avec un spécialiste en informatique. L'équipe était dirigée par l'un des chercheurs, en collaboration avec un développeur de logiciels de l'éditeur du logiciel du DSI. Les quatre infirmières ont été formées à l'utilisation des lignes directrices du SADI, et étaient responsables de la formation du personnel infirmier (groupe expérimental) à utiliser le système.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les auteurs ont expliqué l'analyse statistique qu'ils ont effectuée. Les caractéristiques des résidents sont décrites par des proportions (%), la médiane et quartiles (Q1, Q3) ou moyenne et écart type. L'effet de l'intervention se traduisant par un changement dans l'exhaustivité de la documentation, tel que défini par le changement dans la proportion des huit variables indicatrices des escarres a été calculé à l'intérieur de chaque groupe d'intervention. La preuve de l'occurrence d'un changement statistiquement significatif après l'intervention est indiquée par l'amélioration de l'exhaustivité qui a été confirmée par le test exact de Fisher.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats ont été présentés sous la forme de tableaux et de texte.</p> <p>1- <u>Effet sur l'intégralité de la documentation relative au risque et à la prévalence des escarres :</u> Dans le groupe d'intervention (GI1) qui a reçu une formation et qui a utilisé le SADI, les proportions des variables indicatrices des escarres</p>

	<p>enregistrées variaient de 6% à 100% avant l'intervention et 96% à 100% après l'intervention. Les proportions correspondantes dans le GI2 qui a reçu uniquement comme intervention le programme de formation, variaient de 9% à 91% en 2007 et de 28% à 100% en 2009.</p> <p>Après l'intervention l'intégralité de la documentation, telle que définie par la proportion des huit variables indicatrices des escarres est passée dans le GI1 de deux (25%) à sept (88%) et dans le GI2 de 0% à 50%. Par contre le groupe contrôle avait régressé, en passant de 5% à 3%. On d'autres mots, le changement par rapport à l'intégralité de la documentation était significatif dans les deux groupes expérimentaux mais il était plus important dans le GI1.</p> <p>2- <u>Effet sur l'intégralité de la documentation infirmière relative au risque et à la prévalence de la malnutrition :</u></p> <p>Après l'intervention, la proportion des enregistrements de l'évaluation du poids corporel ont augmenté de façon significative soit de 20% à 100% (80 pp) en GI1. Par contre on observe une diminution de l'enregistrement dans le GI2 de 10 pp (IC de 95% -28 à 9), et de 28 pp (CI de 95% - 49 à -2) dans le groupe témoin.</p> <p>3- <u>Effets sur l'exhaustivité de la documentation infirmière relative aux escarres :</u></p> <p>Les scores médians de l'exhaustivité dans la documentation des soins infirmiers relatifs aux problèmes des résidents liés aux escarres étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 (plage 1-4) dans le GI1 - 2 (plage 1-4) dans le GI2 - 2 (plage 1-3) dans le groupe témoin. <p>La différence dans les scores médians entre le GI1 et GI2 était statistiquement significative ($p = 0,02$).</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les</p>
--	---

	participants ou par des experts ?-
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? Oui.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les auteurs relèvent plusieurs limites à leur étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le devis utilisé (expérimental vs randomisé). Ils expliquent qu'il y avait de nombreuses raisons pratiques et éthiques pour l'attribution des groupes. En effet différentes interventions au sein de la même structure augmenterait le risque de contamination entre les systèmes de documentation. - Les critères d'inclusion et d'exclusion des DSI. Certains dossiers de résidents souffrant d'escarre ou de malnutrition pourraient avoir été omis à cause d'un manque de documentation infirmière. - Les variations entre les infirmières par rapport à leur expérience dans l'utilisation des lignes directrices cliniques, est un facteur qui peut avoir introduit un biais dans l'étude. <p>Au moment de cette étude, quatorze pays d'Europe du nord-ouest et aux Etats-Unis, la Norvège a été l'un des quatre pays sans un système d'évaluation de la qualité dans les établissements pour personnes âgées. En Norvège, les indicateurs et les lignes directrices cliniques ne sont pas couramment utilisées par les infirmières.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas assez de contrôle sur la façon dont un grand nombre des infirmières a utilisé le SADI. Il peut y avoir eu des différences importantes dans les systèmes de planification des soins entre les trois groupes. En outre, le format

	<p>normalisé DSI pour la planification des soins peut avoir eu un impact sur ce que les infirmières documentaient, ce qui peut avoir influencé les résultats.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui. Les auteurs estiment que l'introduction d'un groupe témoin a renforcé leur devis de recherche. Les fortes évidences apportées par les statistiques en faveur de l'intervention qui consistait en l'implémentation d'un SADI est sous réserve du choix des groupes, des critères d'inclusion et le manque de conformité dans la documentation infirmière.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'implémentation d'un SADI a eu un effet positif sur l'intégralité et l'exhaustivité de la documentation infirmière relative aux escarres et à la malnutrition.</p> <p>L'intégralité dans l'enregistrement du risque et de la prévalence des escarres et de la malnutrition s'est améliorée de façon significative.</p> <p>Ces résultats montrent que l'utilisation d'un SADI et d'un programme de formation ont permis aux infirmières d'améliorer l'enregistrement de leurs évaluations et l'exhaustivité de la documentation des problèmes liés aux escarres et à la malnutrition.</p> <p>Une documentation complète et globale est importante pour la communication entre les infirmières et les autres membres de l'équipe de soins. Une bonne communication garantie la continuité et la sécurité des soins. La présente étude a permis d'observer une documentation plus complète et exhaustive après l'intervention. L'implémentation d'un SADI et un soutien pédagogique dans d'autres milieux de soins infirmiers devrait augmenter la qualité de la documentation pour répondre aux exigences juridiques.</p> <p>L'augmentation de l'exhaustivité de la documentation</p>

	<p>infirmière pourrait être un facteur important parmi d'autres facteurs qui contribue à des résultats de soins (<i>Outcomes</i>) positifs. Toutefois, l'utilisation des DSI qui peuvent être considérés comme une forme simplifiée de SADI a montré des résultats de soins positifs dans les établissements pour personnes âgées.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Les auteurs de cette étude estiment que l'impact d'un SADI sur la prise de décisions infirmières doit être exploré dans les recherches futures. Des études ont montré que l'implémentation d'un DSI ne suffit pas à augmenter l'exhaustivité de la documentation infirmière. D'autres études devraient se concentrer sur les connaissances actuelles des infirmières dans les domaines spécifiques pour lesquels les SADI sont conçus et ces études devraient évaluer l'effet de ces systèmes sur les connaissances des infirmières dans ces mêmes domaines.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, car les résultats de cette étude se rapprochent de ceux des autres études portant sur l'utilisation des DSI par les infirmières pour documenter les soins des escarres.</p>
--	---

Nursing record Systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes (review).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre indique qu'il s'agit d'une revue des systèmes de dossiers de soins infirmiers: les effets sur la pratique des soins infirmiers et les résultats des soins de santé.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui, le résumé est bien structuré et contient les éléments suivants :</p> <p><u>Contexte:</u> Explique que le dossier de soins infirmier sert à documenter les soins planifiés ou déjà donnés aux patients. Les entrées sont effectuées par des infirmières qualifiées ou d'autres soignants qui travaillent sous la direction de ces infirmières. Le dossier de soin infirmier peut être un moyen efficace qui va influencer la pratique infirmière.</p> <p><u>Objectif :</u> Evaluer l'effet des systèmes de dossiers infirmier sur la pratique infirmière et les résultats des patients.</p> <p><u>Méthode :</u> Pour la version originale de cette revue en 2000, les mises à jour en 2003 et 2008, des recherches ont été effectuées dans Cochrane sur les pratiques efficaces et l'organisation du registre Care Group spécialisé (EPOC) ; MEDLINE ; EMBASE, CINAHL ; BNI ; ISI Web of Knowledge et ASLIB Index of Theses ont également été cherché manuellement: ordinateurs, informatique, soins infirmier (ordinateurs et soins infirmiers) ; Technologie de l'information dans les soins infirmiers ; <i>Journal of Nursing Administration</i>. Ils ont été vérifiés les références des articles ou d'autres revues en lien avec la présente revue. Pour cette mise à jour, la recherche était considérée complète jusqu'à la fin 2007.</p> <p><u>Critères de sélection :</u></p>

	<p>ECR, études contrôlées avant et après et des séries chronologiques interrompues qui comparaît deux systèmes de dossiers infirmier dans l'hôpital, dans le milieu des soins primaires et communautaires.</p> <p><u>Collecte et analyse des données :</u></p> <p>Deux auteurs (en deux paires) ont évalué indépendamment la qualité des essais et des données extraites.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Inclue 9 essais (8 ECR et une étude contrôlée avant et après) impliquant 1846 personnes. Les études évaluant les systèmes de dossier de soins infirmier ciblant des problèmes comme l'efficacité de la gestion de la douleur chez l'enfant, l'autonomisation des femmes enceintes et des parents, la réduction de la perte de documents, la réduction du temps consacré à la saisie des données des résultats des tests, la réduction des erreurs de transcription, réduisant le volume des dossier, ont tous démontré un certain succès dans la réalisation des résultats escomptés.</p> <p>Les études concernant les systèmes de planification des soins infirmiers et l'ensemble des dossiers de soins infirmiers ont montré des résultats incertains ou équivoques.</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>Les auteurs ont trouvé des preuves limitées d'effets sur les pratiques imputables à des changements dans les systèmes d'enregistrement. Il ressort clairement de la littérature qu'il est possible de mettre en place des essais randomisés ou d'autres modèles quasi-expérimentales nécessaires pour produire des preuves pour la pratique. La recherche qualitative en soins infirmiers pour explorer la relation entre la pratique et l'utilisation de l'information pourrait être utilisée comme un précurseur de la conception et les essais des systèmes d'information pour les soins infirmiers.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>L'objectif de la revue était d'établir l'impact des systèmes de dossiers de soins infirmiers sur la</p>

	<p>pratique des soins infirmiers et les résultats des patients.</p> <p>La littérature suggère qu'il peut y avoir une différence dans la pratique des soins infirmiers et les résultats des patients avec l'utilisation d'un système de dossiers de soins infirmiers par rapport à une autre, et que les systèmes de dossiers de soins infirmiers peuvent être un moyen efficace qui peut influencer la façon dont les soins sont amenés aux patients.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, les auteurs expliquent que des bons soins infirmiers ont toujours été tributaires de la qualité de l'information disponible pour l'infirmière, et ces dernières sont reconnues depuis longtemps comme les principaux collecteurs, les générateurs et les utilisateurs des informations du patient ou du client. En outre, l'infirmière par sa présence 24h /24h auprès du patient joue un rôle important dans la coordination des soins et l'échange et le transfert des informations.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, les auteurs présente une description de l'état actuel de manière très clair en lien avec la thématique et en s'appuyant sur des revues précédentes et d'autres recherches.</p> <p>Par exemple, une revue des systèmes d'information infirmier menée par une commission d'audit en Angleterre en 1992 a critiqué les développements technologiques qui se sont contentés d'automatiser le système de documentation manuel existant. Toutefois, on continue encore aujourd'hui à investir dans ce type de système. (Audit Commission(UK), 1992).</p> <p>Une autre revue a montré que le dossier de soins officiel, avec un poids juridique, ne reflétait pas suffisamment les soins et la pratique infirmière. Par ailleurs, le bénéfice de l'introduction de la</p>

	<p>documentation structurée versus la narrative n'était pas clair et que ce changement n'a pas abouti à un gain en temps. (Urquhart 2005).</p> <p>Häyriinen (2008) dans une revue des recherches portant sur le dossier de soins informatisé a remarqué que tant dis qu'il y avait plusieurs études examinant l'exhaustivité et l'exactitude de la documentation, il y en avait que très peu qui ont examiné l'utilisation du système d'information et son impact sur la communication parmi les différents professionnels de santé.</p> <p>Une revue systématique qui a examiné d'une part la qualité du recueil de données, la fréquence, l'exactitude et l'exhaustivité des diagnostics infirmiers et d'autre part la cohérence de ces diagnostics avec les interventions et les résultats escomptés (outcomes) a conclu que les diagnostics infirmiers standardisés ont produit une documentation de bonne qualité mais que cette dernière n'était pas nécessairement garante de meilleurs résultats pour les patients (Müller-Staub, 2006).</p> <p>Delpierre (2004) a effectué une revue systématique de la littérature médicale depuis 2000 par rapport à l'impact des systèmes de dossiers informatisés sur la qualité de la pratique médicale et la satisfaction des utilisateurs et des patients. L'examen (qui a identifié trois études de satisfaction du personnel infirmier avec les systèmes de dossiers informatisés) a conclu, en ligne avec les autres études, que la structure des soins et les facteurs organisationnels doivent être pris en considération dans les évaluations.</p> <p>Une revue systématique combinée à la recherche empirique, portant sur l'efficacité de prise de décision informatisée dans les soins infirmiers, a trouvé des preuves d'efficacité limitée et a conclu que plus d'informations sont nécessaires sur les besoins réels des infirmières en matière d'informations dans la prise de décision. (York, 2007).</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de</p>
--	--

	<p>recherche ? Oui.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Le concept clé de cette revue est le système de dossier de soins infirmier. Les auteurs le définissent clairement dans l'introduction.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ?</p> <p>Oui, le concept clé est mis en lien avec la qualité des soins au patient. Les auteurs précisent qu'un enregistrement des soins infirmiers cohérent et structuré garantit par exemple la sécurité et la continuité des soins donnés au patient.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les auteurs citent Virginia Henderson et expliquent que cette théoricienne a dit que les soins infirmiers ne se limitent pas à résoudre des problèmes. (Henderson, 1982). Ceci a ouvert un débat sur les prestations en soins infirmiers et sur l'enregistrement des informations portant sur les soins donnés au patient.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, l'objectif de cette revue est d'examiner les bénéfices et les effets néfastes de l'utilisation de différents systèmes de dossiers de soins infirmiers.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Les questions de l'examen étaient de savoir si il y a une différence mesurable dans la pratique des soins</p>

	<p>infirmiers ou les résultats de soins entre l'utilisation de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Système de dossier de soins infirmier structuré et non structuré 2. Un plan de soins et un système de dossier de soins infirmiers qui n'inclut pas un plan de soins formel 3. Un système de dossier de soins infirmiers manuel et un système de dossier de soins infirmiers informatisé 4. Un dossier de soins tenu par le patient vs un dossier tenu par les infirmiers 5. Un dossier de soins infirmiers et un dossier multidisciplinaire 6. Un dossier de soins axé sur les problèmes de santé ou non 7. Notes d'évolution quotidienne et les notes d'exception (noter uniquement ce qui dévie de la normal). <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Oui.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Ces traits n'apparaissent pas dans l'article.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? (<i>outcome measures</i>, mesure privilégiée dans la revue systématique) Oui, étaient inclus que les études qui donnaient des mesures objectives de la performance des soignants, ou des résultats des patients.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? Les auteurs ont bien spécifié les critères des études qui ont été sélectionnées pour cette revue.</p>

	<p>Ils ont considérés des essais contrôlés randomisés (ECR), des essais cliniques contrôlés, des séries chronologiques interrompues et des études contrôlées avant et après admises dans EPOC. Dans la revue originale il y'avait restriction de langue qui a été levé dans la mise à jour.</p> <p>Ils ont aussi défini la population des études sélectionnées pour la revue :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Les infirmiers diplômés (quelque soit l'appellation utilisée dans le pays de l'étude), des étudiants en soins infirmiers et des soignant qui travaillent sous la responsabilité d'un infirmier diplômé. Le terme « infirmier » désigne tout infirmier qualifié, sage femmes, infirmières des soins a domicile, ou communautaire. 2- Patients dont le soin reçu ou planifié a été documenté en utilisant un quelconque système de dossiers de soins infirmier. <p>Ils ont inclus les études qui comparent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Des dossiers détenus par les équipes pluridisciplinaires ou par le patient et qui sont considérés comme le dossier utilisé par les infirmières pour documenter les soins du patient. 2- Des systèmes basés sur des plans de soins standardisés utilisés pour documenter les soins du patient. 3- Des systèmes utilisés pour documenter des soins spécifiques tels que l'évaluation de la douleur et la gestion des plaies et qui sont partie intégrante du dossier de soins infirmier. 4- Dossiers électroniques et papier. <p>Ils ont exclu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Les systèmes de gestion du travail infirmier (système pour évaluer la charge du travail). 2- Les systèmes utilisés pour la formation des infirmières. 3- Tous les moyens de communication informels tels que le journal, les blocs notes utilisés par les infirmières et les communications orales. 4- Des systèmes d'évaluation du risque qui n'étaient pas initialement comme faisant partie intégrante du dossier infirmier mais qui sont ajoutés au fur
--	--

	<p>et à mesure des besoins.</p> <p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? Oui voir ci-dessus.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les auteurs ont augmenté le nombre d'études incluses dans cette revue en enlevant le critère de langue qui a été posé dans la 1ere revue.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants</p> <p>Comme c'est une revue systématique, il n'y a pas d'indication sur des considérations éthiques. Toutefois les auteurs ont relevé les considérations éthiques des études sélectionnées.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>S'agissant d'une revue, les auteurs ont définis des critères d'inclusions et d'exclusions bien précis afin de cibler les études qui vont permettre de répondre à leur question de recherche.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité) Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?-</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les auteurs citent un outil <i>EPOC data collection</i></p>

	<p><i>check-list</i> qui a été utilisé pour réviser toutes les études considérées comme pertinentes.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, la question de recherche est bien claire et cible le système des dossiers infirmiers.</p> <p>L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ? -</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? -</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrements est-il décrit clairement ?</p> <p>Les auteurs décrivent leur stratégie de recherche. Ils ont commencé leur recherche dans les bases de données EPOC (Group spécialisé), MEDLINE, CINAHL, Royal College Nursing (RCN). Ils ont aussi décrit les recherches manuelles effectuées dans les références des études retirées. Les auteurs expliquent que dans la revue originale ils ont envoyé 55 lettres à des personnes spécialisés dans la branche de l’informatique des soins infirmiers à l’échelle mondiale. Ils ont également contactés les boîtes qui fournissent des systèmes informatiques à l’usage des infirmières. Ils précisent qu’ils ont eu très peu de réponses en dehors de l’Angleterre.</p> <p>Pour la maj. de 2008 ils ont effectué des recherches entre 2003-2007 dans MEDLINE, CINAHL, ISI Web of Knowledge, BNI, et l’indexe des thèses ASLIB.</p> <p>Les auteurs décrivent les méthodes d’extraction ainsi que les critères sur lesquels ils se sont appuyés (EPOC). Deux auteurs ont revus chaque étude pour déterminer sa qualité et pour extraire les données. Toutes les divergences entre les auteurs ont été résolues par des discussions.</p> <p>Ils ont repris dans un tableau les études et les raisons d’exclusion de chaque étude non retenue.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière</p>

	<p>à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, les auteurs en paire de deux ont extraits les études.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Il n'y a pas de variable ou d'intervention.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, les auteurs ont utilisé EPOC pour s'assurer que les études retenues répondaient à des critères bien précis. Ils ont également détaillé pour chaque étude non incluse le motif d'exclusion. Des tableaux ont été utilisés pour présenter les caractéristiques et les résultats des études qui ont été incluses, exclues ainsi que celles en cours.</p> <p>Les auteurs indiquent le nombre d'études retenues. Ils ont expliqué que dans les 9 études retenues, 4 études répondaient à la question (3) ; 3 études répondaient à la question (4) ; 2 études répondaient partiellement à la question (1). Aucune étude ne répondait aux questions 2, 5,6 et 7.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats de cette revue ont été présentés sous forme narrative.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les résultats sont-ils résumés par</p>

un texte narratif ?

Oui, l'analyse ressort les thèmes correspondants aux questions posées par les chercheurs.

1- Les études qui comparaient entre le dossier détenu par le patient vs le dossier détenus dans l'hôpital :

Les auteurs citent comme exemple les études menées sur les dossiers de maternité tenues par les mamans elles-mêmes (Elbourne, 1987 ; Lovell, 1987) et l'étude portant sur l'efficacité et l'efficacité des dossiers d'enfants tenues par leurs parents (Lakhani, 1984). Les résultats ne permettaient pas de conclure qu'il y'avait un impact +/- sur le patient.

2- Les études qui comparaient entre des systèmes d'enregistrement basés sur le papier dans différentes structures :

Stevens (1990) dans son étude sur la gestion de la douleur chez les enfants a trouvé que l'introduction d'un formulaire pour l'évaluation de la douleur de façon étendue a eu un effet positif sur les patients.

3- Les études comparant entre un plan de soin papier et le plan de soin informatisé :

Spranzo (1993) n'a pas trouvé que l'informatisation du plan de soin a eu un effet positif sur la documentation infirmière. Toutes les études menées ont conclus que la planification et la documentation des soins prenaient trop de temps sur ordinateur (4.8 min vs 2 min /jour avec $P=0.04$ pour la planification) et (6.6 min vs 4.7 min avec $P=0.019$ pour la documentation).

Les deux types de plans de soins ont été soumis à une infirmière experte pour comparaison et elle a conclu qu'ils étaient tous deux de bonne qualité. 3/5 des médecins interrogés ont admis lire plus les plans de soin informatisé que ceux sur papier.

L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?-

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les auteurs expliquent que l'examen de la littérature sur une période de 60 années portant sur les dossiers de soins infirmiers suggère que les infirmières et d'autres professionnels de la santé croient qu'il devrait y avoir un lien entre la tenue des dossiers infirmiers et la qualité des soins que les patients reçoivent. Malgré un nombre important d'études, aucune n'a pu produire des résultats qui pourraient être interprétés comme une preuve de changement dans la pratique qui a donné lieu à un changement de système d'enregistrement.</p> <p>Les études indiquent que les infirmières sont d'accord avec les organismes professionnels (Par exemple ANA 2008; NMC 2008) qu'il existe bien un lien entre leur pratique clinique et le dossier de soins infirmiers qui est au-delà de son utilisation évidente en tant que système de prise de notes.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Oui, les études sont discutées à la lumière des études incluses dans la revue.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? -</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>La tenue des dossiers est toujours considérée comme une charge supplémentaire, une préoccupation administrative (NHS, 2006) qui n'est pas partie intégrante de la prise en charge des patients, en tant que régulateurs professionnels.</p>

	<p>De nombreux auteurs ont identifié le manque d'engagement des infirmières cliniques dans le développement des systèmes de dossiers de soins infirmiers comme une cause de l'échec, et cela peut être un facteur contributif.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Le problème réside bien plus profond, dans la profession infirmières, dans la compréhension de la profession infirmière et comment elle est enseignée et pratiquée. Les soins infirmiers sont diversement perçus comme un processus, une activité de résolution de problèmes, ou un art ou la science de soin, qui offre toutes des façons différentes d'articuler le soin avec les patients. Mais jusqu'à présent, aucun des systèmes de dossiers manifestement efficaces ont été développés pour soutenir l'une de ces approches. Il est suggéré que la conception des systèmes de dossiers infirmiers doit faire partie intégrante du développement de la théorie des soins infirmiers.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, dans cette revue les auteurs ont posé des questions bien précises sur les systèmes des dossiers de soins infirmiers existants, ils ont effectuée une recherche extensive (sur 60 ans). Cette revue a permis de questionner le lien entre les différents systèmes de dossier infirmiers et la pratique.</p>
--	--

Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing of an electronic health record in hospital care

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui, il s'agit d'étudier l'exactitude des données enregistrées en lien avec l'escarre et la prévention après l'implémentation du dossier de soins informatisé.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé contient les éléments suivants :</p> <p><u>Objectif :</u> Comparer la précision de l'enregistrement de la prévalence et de la prévention des escarres avant et après l'implémentation du DSI avec des modèles pour l'évaluation des escarres.</p> <p><u>Méthode :</u> Tous les patients hospitalisé en chirurgie, médecine et en gériatrie ont été inspecté pour la présence d'escarre selon l'outil de prévalence l'EPUAP pendant une journée en 2002 (n=357) et en 2006 (n=343). Les dossiers de patients correspondants ont été vérifié en rétrospective pour la présence d'une documentation en lien avec les escarres.</p> <p><u>Résultat :</u> En 2002, après avoir vérification des dossiers sous forme papier (n=413), la prévalence d'escarre était 14% et lors de l'inspection physique (n=357) la prévalence était 33.3%. La plus grande différence a été observée dans le département de gériatrie, où les dossiers ont révélé 22.9% d'escarres alors que la l'inspection cutanée montrait une prévalence de 59.3%.</p> <p>Quatre ans plus tard, après l'informatisation du dossier de soin, la prévalence d'escarre dans le dossier était 20.7% et lors de l'inspection cutanée la prévalence était 30.0%.</p> <p>L'exactitude des données en lien avec l'escarre est améliorée, notamment en gériatrie où le dossier</p>

	<p>électronique a montré une prévalence de 48.1% et lors de l'inspection cutanée la prévalence était de 43.2%. Les chiffres correspondants en chirurgie étaient respectivement 22.2% et 14% et en médecine 29.9% et 10.2%.</p> <p>En 2006, il est apparu que 51.6% des patients ont reçu des moyens de prévention alors que la documentation montrait qu'ils n'étaient que 7.96%.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Il y a une amélioration de l'exactitude des données documentées en lien avec l'escarre l'implémentation du DSI. Toutefois, il existe encore des lacunes, ce qui signifie que les dossiers de soins ne peuvent pas servir de source d'information valable pour la prévalence et la prévention des escarres.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème / phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui le problème à l'étude est clairement formulé. Il s'agit de comparer l'exactitude de l'enregistrement des données de la prévalence et de la prévention d'escarres avant et après l'implémentation du dossier de soin informatisé.</p> <p>Le problème / phénomène est-il pertinent / approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème / phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>L'escarre continue d'être un événement indésirable fréquent chez les patients hospitalisés ou les personnes séjournant en gériatrie. Causant à la fois la souffrance et l'augmentation des coûts dans le system de santé.</p> <p>Les personnes âgées, et les patients immobiles ainsi que les personnes ayant une déficience neurologique sont à risque de développer des escarres. La prévention et le traitement des escarres nécessitent une approche multidisciplinaire, impliquant des médecins, des infirmiers, des diététiciens et des physiothérapeutes.</p>

	<p>Les auteurs expliquent qu'en raison d'un manque de standardisation des méthodes pour déterminer l'incidence et la prévalence des escarres, les études effectuées à ce jour ne sont pas toujours comparables.</p> <p>L'EPUAP a développé un outil qui permet de garantir la validité des enquêtes de prévalence des escarres a travers l'Europe. Cet outil a été utilise dans des études effectuées dans 25 hôpitaux de 5 pays Européens, a montré que la prévalence des escarres était plus élevée que prévue (de 18.1%, escarres de stade 1-4). Peu de patients avaient bénéficié de matelas anti escarres ou de repositionnement comme recommandé par une revue de Cochrane.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui. Les auteurs citent des études de prévalence d'escarres menées en Europe. Par exemple une étude EPUAP sur la prévalence des escarres menée pour la 1^{ère} fois en Suède en 2002 dans un hôpital universitaire (n= 612 patients), a montré que la prévalence des escarres était de 23.9%. Les départements avec les chiffres les plus élevés étaient : la gériatrie (59.3%), médecine (23.6%) et la chirurgie/ orthopédie (26.8%). Ils citent également des études par rapport à l'utilisation du DSI.</p> <p>D'autres études par rapport à l'utilisation du DSI ont été également recensées. Duff et Casey (1999) suggèrent dans leur étude que le DSI a le potentiel de soutenir l'utilisation de lignes directrices cliniques basées sur la recherches en intégrant des modèles pour le soutien a la décision. Une revue systématique sur l'utilisation de système d'aide démontré a la décision améliore la performance des médecins (Hunt et al., 1998).</p> <p>Les auteurs citent Jirapaet (2001) qui estime que malgré le manque d'études sur l'impact de ces systèmes d'aide à la décision sur la performance des infirmières, il y a des indicateurs qui montrent qu'il y a amélioration de la performance et du jugement clinique chez ces dernières.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de</p>

	<p>l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?Oui.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Sont-ils justifiés et décrits de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clés ne sont pas mis clairement en évidence, mais ils sont développés dans l'introduction.</p> <p>Les concepts clés sont la prévalence des escarres et l'utilisation du DSI.</p> <p>Le concept d'exactitude des données n'a pas été défini par les auteurs.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui les concepts sont liés à une cadre de référence même si celui-ci n'est pas explicitement cité. Il s'agit de la qualité des soins. Les auteurs expliquent que la prévalence des escarres est reconnue comme un indicateur de qualité des soins dans les hôpitaux en Suède et que tous les départements sont tenus de fournir annuellement un rapport sur la prévalence des escarres.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, l'objectif est de comparer l'exactitude ou la précision de l'enregistrement des données en lien avec prévalence et la prévention des escarres après l'implémentation de dossier de soins informatisé.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui. Il s'agit d'étudier la prévalence des escarres après l'implémentation du DSI. Les auteurs posent l'hypothèse que l'intégration de formats de saisies structurés dans le DSI pourrait contribuer à un pratique infirmier basé sur les données probantes et permettre d'avoir des données plus fiables pour calculer la prévalence des escarres.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Oui.</p> <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?- Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? La question se base sur la méthode de recherche. Dans cette étude il s'agit de la prévalence des escarres.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La population visée est constituée des patients hospitalisés en chirurgie, médecine et gériatrie présentant une escarre après inspection de l'état cutané durant une journée en 2002. (n=357) L'étude a été répétée en une journée en 2006 (n=343).</p>

	<p>Les dossiers de soins vérifiés rétrospectivement en 2002 étaient n=413 et en 2006 n =343.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Tous les patients ont reçu une information verbale ou écrite sur l'étude.</p> <p>Chaque patient a été vu par deux infirmières spécialement entraînées pour la collecte des données et ne faisant pas partie du département en question et une infirmière travaillant dans le service a inspecté tous les patients durant une journée en 2002 et 2006.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? -</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Une autorisation a été accordée par les directeurs de chaque hôpital et une approbation a été obtenue par le Comité d'Éthique de Recherche de la faculté de médecine de l'université d'Uppsala. Pour préserver l'anonymat des patients, toute identification personnelle a été retirée du dossier du patient. Toutes les données ont été traitées de manière confidentielle.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, comparative et une analyse rétrospective de dossier</p>

	<p>de soins des patients.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? L'étude transversale permet d'observer une population ou un échantillon dans sa un instant donne dans le temps et elle est utilisée pour mesurer l'exposition à une maladie. Dans cette étude l'objectif est de comparer les données enregistrées sur la prévalence des escarres sur un échantillon de patients hospitalisés avant et après l'implémentation du DSI.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité) Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Les auteurs ont utilisé un outil : La méthodologie de la prévalence EPUAP pour l'examen physique des patients. Cet outil a été utilisé dans 25 hôpitaux de 5 pays européens et a démontré sa robustesse pour mesurer et comparer la prévalence des escarres entre différents pays.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? L'instrument pour évaluer les contenus des dossiers des patients a été développé par les chercheurs sur la base du protocole de l'EPUAP.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du</p>

	<p>personnel compétent ?</p> <p>Oui. L'inspection des patients à été effectuée par des infirmières spécialement formées pour effectuer ce travail. Le personnel qui a collecté les données et les infirmières ont participé à un séminaire d'une demi-journée dans lequel on leur a expliqué le but et la procédure d'enquête.</p> <p>Les dossiers de tous les patients inclus dans cette étude ont été rétrospectivement identifiés dans les archives de l'hôpital en 2003 et dans le système informatique en 2006.</p> <p>Toutes les données saisies par les infirmiers et les médecins ont été lu afin d'identifier toute documentation relative à l'escarre.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>Il n'y a pas d'intervention dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>L'exactitude des données enregistrées a été jugée sur la base de l'examen physique, qui est considéré comme la référence (<i>Golden standard</i>).</p> <p>En 2002, comme il n'y avait pas d'identification personnelle des patients, la comparaison a été faite au niveau du groupe. Pour 2006 les auteurs ont comparé le dossier de chaque patient avec les résultats de l'examen physique.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel SPSS (un logiciel informatique utilisée pour l'analyse statistique).</p> <p>Les auteurs expliquent qu'après l'enquête effectuée en 2002 sur la prévalence des escarres dans les hôpitaux suédois, des mesures de préventions ont été mises en place de façon étendue.</p> <p>Ces mesures consistaient en l'envoi d'informations aux infirmières cheffes, formation des infirmières, développement de lignes directrices pour l'achat et la mise en place de matelas anti escarres.</p> <p>En 2004, des formats de saisies structurées ont été</p>

	<p>intégrés au DSI pour faciliter la documentation des escarres.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de textes narratifs.</p> <p>En 2002, la vérification des dossiers papiers des patients (n=413) montre une prévalence d'escarres de 14.3%, en comparaison avec l'inspection cutanée (n=357) la prévalence était 33.3%.</p> <p>La plus grande différence a été observée en gériatrie, où la vérification des dossiers a révélé 22.9% d'escarres et l'inspection physique a montré 59.3%.</p> <p>En 2006, après l'implémentation du dossier de soin informatisé, il y avait 20.7% d'escarres enregistrées et 30.0% trouvés suite à l'inspection physique de tous les patients (n=343).</p> <p>L'exactitude des données sur la prévalence d'escarres a changé de façon remarquable dans le département de gériatrie, où la prévalence des escarres suite à la vérification des dossiers informatisés était de 48.1% et 43.2% lors de l'examen physique.</p> <p>Les chiffres correspondants en chirurgie étaient 22.2% et 14.1% et en médecine 29.9% et 10.2%.</p> <p>La mise en place de stratégies de prévention a augmenté de 27.7% à 51.6% sur la période de 4 ans. Cela n'était pas évident dans le DSI, qui a révélé que seulement 7.9% des patients bénéficiaient d'équipements de réduction de pression.</p> <p>La différence entre ce qui est documenté et ce qui observé lors de l'examen physique est plus visible pour les escarres de stade 1 et 2.</p>

	<p>La documentation des médecins en lien avec les escarres était présente dans 18 (4.3%) des dossiers papiers des patients vs 28 (8.2%) DSI.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Il n y a pas d'indication dans ce sens.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui. Les auteurs ont trouvé que la prévalence des escarres obtenue par l'examen physique était de 33.3% en 2002 et de 30% en 2006. En 2002, moins de la moitié de patients atteints d'escarres avait des données sur l'escarre documentées dans leurs dossiers papier, alors qu'en 2006, les deux tiers des patients avec une escarre avaient des données sur l'escarre dans leur dossier informatisé.</p> <p>Les auteurs pensent que l'implémentation du DSI et la mise des modèles de classification des escarres semblent avoir contribué à l'amélioration de la précision des infirmières quand à l'enregistrement des données sur l'escarre. Cependant, aucune conclusion ne peut être faite à propos de l'impact du DSI seul, car ce n'est était pas possible d'effectuer une étude expérimentale.</p> <p>Les auteurs ont aussi relevé que l'écart entre la prévalence des escarres obtenue de l'examen physique et de la vérification des dossiers avait diminuée dans le département de la gériatrie, mais a augmenté dans le département de chirurgie et de médecine.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Oui, les auteurs citent des études et des travaux antérieurs pour expliquer certains des résultats obtenus.</p> <p>Par exemple les travaux de Kitson et de ses collègues qui ont présenté un cadre conceptuel qui permet l'implémentation de données probantes dans la pratique, suggèrent qu'un changement réussi (ex :</p>

	<p>implémentation de DSI), peut être expliqué par la relation entre les éléments suivants : les preuves, le contexte et les éléments féliciteurs. (kitson et al., 1998 ; Rycroft-Malone et al., 2002).</p> <p>L'organisation, le leadership et la culture sont mis en évidence car ils influencent les priorités et les investissements. (Browne et Covington, 2004).</p> <p>Par exemple dans le département de gériatrie la direction s'est intéressée activement aux soins d'escarres et à l'implémentation du DSI. Elle a également facilité la démarche d'amélioration de la qualité dans le département contrairement aux départements de médecine et de chirurgie qui n'ont pas bénéficié ce type de soutien.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Une limitation consiste en la méthodologie utilisée dans cette étude. Les auteurs expliquent que l'étude de la prévalence des escarres s'est déroulée sur un jour, alors que la vérification des dossiers et été effectuée en rétrospective.</p> <p>Une autre limitation est que l'escarre de stade 1 peut se développer ou disparaître en peu de temps, en fonction de l'état du patient, ceci explique l'écart affiché des résultats.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Les auteurs ne mentionnent pas cet aspect dans leur étude.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Avec l'introduction du DSI, les rapports entre les cliniciens et les unités seront basées principalement sur la documentation. Si un problème n'a pas été mis en évidence dans le dossier du patient, il y a un grand risque d'omission et d'erreurs dans les soins. Par conséquent la sous déclaration des escarres</p>

	<p>dans le dossier du patient peut avoir un impact sur la sécurité du patient. Les patient à risque de développer une escarre ou qui ont une escarre de stade 1 pourraient ne pas recevoir de mesures de prévention appropriées pour cause que cette information n'apparaît pas dans leurs dossiers.</p> <p>Bien que l'exactitude des données sur l'escarre soit améliorée avec l'implémentation du DSI, il existe encore des lacunes. Ce qui signifie que le dossier de soins peut ne pas servir comme une source d'information entièrement valide pour la prévalence des escarres.</p> <p>Les résultats de cette étude indiquent qu'une amélioration considérable peut être atteinte, en intégrant dans le DSI, des modèles standardisés pour les enregistrements des données sur l'escarre.</p> <p>L'auteur fait-il de recommandations / applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>En ce que concerne l'écart identifié entre l'état du patient et les données enregistrées, les cliniciens doivent être vigilants dans le suivi des indicateurs de la qualité des soins d'escarres.</p> <p>Les auteurs estiment que les chercheurs doivent être attentif à l'aspect d'exactitude des données en lien avec les escarres ou tout autre indicateur de qualité extraites des dossiers de soins.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui.</p>
--	--