

Risques de plaie de pression et de chute

Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique

Doit-on remettre en cause le recours systématique aux échelles d'évaluation des risques de plaie de pression ou de chute ? En se basant sur des données probantes, une analyse de la CP-FSI conclut qu'il vaut mieux se fier au jugement clinique.

Par **Philippe Voyer**, inf., Ph.D., **Julie Mercier**, inf., M.Sc., **Suzanne Roy**, inf., M.Sc., **Diane Claveau**, inf., M.Sc., **Lise Kasprzak**, inf., D.E.S.S. (Sc. inf.), **Harriet Lépine**, inf., B.A., **Julie Mignault**, inf., M. Sc. Adm., **Sylvie Rey**, inf, D.E.S.S. (santé mentale), M.Sc. (c.), **Marie-Claude Fortin**, inf., B.Sc., **Anik Desrochers**, inf., B.Sc., **Machelle Wilchesky**, Ph.D., **Lucie Tremblay**, inf., M.Sc., Adm.A., **Maryse Savoie**, inf., M.Sc., **Odette Roy**, inf., Ph.D., et **Diane Morin**, inf., Ph.D.

Dans les centres d'hébergement, doit-on systématiquement utiliser l'échelle de prévision du risque de plaie de pression de Braden et les échelles d'évaluation des risques de chute ? De nombreuses infirmières se posent la question. Elles sont d'avis que l'utilisation de ces outils augmente leur charge de travail plus qu'elle ne contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Devant cette préoccupation, la communauté de pratique de la Faculté des sciences infirmières (CP-FSI) de l'Université Laval sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement a voulu explorer quels sont les fondements sur lesquels l'utilisation de ces instruments est recommandée.

Après un examen de la littérature scientifique et une analyse de données empiriques, la CP-FSI a conclu que le recours systématique à ces échelles d'évaluation de risque alourdit la tâche des infirmières sans nécessairement apporter de valeur ajoutée. En fait, le jugement clinique infirmier va bien au-delà de l'utilisation de ces échelles. Il se traduit notamment par le discernement exercé dans la décision d'utiliser ou non ces outils et, le cas échéant, par l'interprétation des résultats aux fins de l'évaluation clinique.

En plus de la charge de travail que représentent ces outils, les infirmières considèrent que leur utilisation systématique sans tenir compte des particularités des résidents, laisse trop peu de place à leur jugement clinique. Par exemple, pourquoi remplir, à une fréquence dictée par un protocole, un formulaire évaluant les risques de chute d'un résident qui ne peut être mobilisé qu'à l'aide d'un lève-personne ?



© Wavebreakmedia Ltd / Thinkstock

La CP-FSI

La communauté de pratique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval sur les soins à l'ainé en centre d'hébergement (CP-FSI) existe depuis six ans. Elle regroupe des membres de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et des infirmières de la majorité des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la grande région de Québec. Plus précisément, la CP-FSI est formée d'un chercheur, de conseillères cliniques, d'infirmières cliniciennes et d'une gestionnaire. Son objectif est de valoriser et favoriser l'avancement des soins infirmiers en centre d'hébergement afin d'améliorer la qualité des soins.

Au cours des dernières années, la CP-FSI a produit des rapports et a pris position sur les soins infirmiers en centre d'hébergement afin d'harmoniser et promouvoir une pratique clinique basée sur des données probantes. Elle évalue les enjeux suscités par l'application de ces données pour les infirmières.

En soutenant cette communauté, la Faculté des sciences infirmières veut diminuer l'écart entre les milieux universitaire et cliniques et rapprocher l'enseignement théorique et la pratique clinique. Cet objectif s'inscrit dans la philosophie de Benner (2009).

Chaque semestre, la CP-FSI traite d'une thématique choisie par les infirmières travaillant dans les CSSS partenaires. En septembre 2011, elle a choisi d'examiner des échelles de mesure préconisées par l'OIIQ et Agrément Canada.

Dans le cadre de son programme de surveillance générale de l'exercice, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a recours à divers indicateurs. L'échelle de Braden pour les risques de plaie de pression et d'autres outils pour le risque de chute sont parmi ces indicateurs. Par ailleurs, Agrément Canada exige de recourir à une échelle de mesure pour l'évaluation des risques de plaie de pression (critère 8.4.1).

Dans ce contexte, la CP-FSI a analysé les données probantes sous-jacentes à l'usage systématique de deux types d'échelles : l'échelle de Braden et les échelles du risque de chute. Cet article étant sujet à polémique, la communauté de pratique rappelle que son but est d'explorer les fondements scientifiques et cliniques de ces recommandations afin d'établir une conduite à suivre en milieux d'hébergement et de favoriser le plein exercice du jugement clinique infirmier.

La recherche

La CP-FSI fonctionne toujours de la façon suivante : elle analyse d'abord les données scientifiques, examine ensuite la pratique en situation clinique et, finalement, prend position. L'examen des données a été réalisé pour les deux types d'échelles.

Les données scientifiques

L'échelle du risque de plaie de Braden

Une revue de la littérature et une méta-analyse sur les échelles de mesure du risque de plaie de pression concluent que ces échelles ne permettent pas de prévenir les plaies de pression (Pancorbo-Hidalgo *et al.*, 2006). De même, les données scientifiques ne démontrent pas que l'utilisation d'une échelle de mesure est supérieure à l'opinion clinique de l'infirmière pour prévenir le développement d'une plaie de pression (Anthony *et al.*, 2008 ; Goodridge *et al.*, 1998). Les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) recommandant l'échelle de Braden (Bergstrom *et al.*, 1987) sont de niveau 3 (RNAO, 2011), un niveau relativement faible car il se base sur des études descriptives et non expérimentales. Appuyer une pratique clinique sur des recommandations de ce niveau n'est pas mauvais en l'absence de données probantes, mais dans le cas de la valeur prédictive de l'échelle de Braden, ces données existent maintenant et doivent être prises en considération.

Se basant sur ses propres résultats, la CP-FSI pose la même question que bien d'autres auteurs (Anthony *et al.*, 2008), à savoir : l'exigence de remplir systématiquement une échelle de Braden pour tous les résidents ne génère-t-elle pas une perte de temps ?

Les échelles du risque de chute

Une méta-analyse réalisée par Haines *et al.* (2007), portant sur 35 études scientifiques, observe que seules deux échelles de mesure sont valides scientifiquement dans la prédiction du risque de chute : l'échelle de Morse et l'échelle STRATIFY. Or, la capacité de ces échelles à prédire le risque de chute serait équivalente ou inférieure à l'opinion clinique de l'infirmière (Haines *et al.*, 2007), ce qui amène les auteurs à conclure que le recours systématique à des échelles ne présente aucune valeur ajoutée. Ce résultat correspond à celui d'une autre étude qui conclut que le jugement clinique est la méthode la plus efficace pour déterminer avec précision quel résident risque de faire une chute (Vassallo *et al.*, 2008).

C'est après avoir consulté les études disponibles que les auteurs du *Guide de prévention des chutes en fonction des facteurs de risque en milieu de soins de*

Un message clé : aucun outil ne peut remplacer la compétence, les connaissances et le jugement des infirmières.

courte durée (HMR, 1999) ont opté pour que le risque de chute des patients hospitalisés soit déterminé par le jugement clinique d'un professionnel, notamment celui de l'infirmière, et pas seulement par un score obtenu sur une échelle. En s'appuyant sur une bonne connaissance des facteurs potentiels de risque de chute et sur son évaluation de la condition physique et mentale d'un client, l'infirmière peut évaluer le risque de chute de façon optimale.

En considérant seulement la clientèle en hébergement, les données scientifiques à l'appui d'une utilisation systématique d'une échelle mesurant le risque de chute se font encore plus rares, et ce, compte tenu du risque élevé de chutes que présente l'ensemble des résidents (Close et Lord, 2011). Pour pallier le peu de sensibilité et de spécificité de ces échelles, des auteurs suggèrent une approche qui tiendrait compte de facteurs de risque modifiables pour faciliter l'identification des personnes les plus à risque de tomber (Oliver *et al.*, 2004). Cette approche serait plus efficace que l'imposition systématique d'une seule échelle d'évaluation qui, selon eux, nuit à la productivité. La CP-FSI a été surprise par le faible soutien scientifique dont jouissent les échelles de mesure du risque de chute, particulièrement en contexte d'hébergement.

La situation clinique – les données empiriques

Les plaies de pression

Après avoir analysé les données scientifiques, la CP-FSI a examiné la situation clinique dans ses centres d'hébergement partenaires. Elle a ainsi recensé les plaies de pression des 3 350 résidents des six centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la grande région de Québec.

Ainsi, 83 résidents (2,5 %) avaient une plaie de pression connue (stade 2 ou plus) lors de leur admission et 12 (0,36 %), depuis leur hébergement. L'étude de 120 dossiers sélectionnés aléatoirement dans ces six CSSS (20 dossiers par établissement) a permis une analyse statistique plus approfondie.

Selon le test T (test de Student) ($p > 0,45$), le score Braden moyen n'indique pas de différence significative entre les personnes qui ont une plaie et celles qui n'en ont pas. Même en ajustant les valeurs selon l'âge et le sexe dans un modèle de régression logistique, il n'y a pas de relation entre la présence de plaie et le score obtenu sur l'échelle de Braden ($p > 0,36$). Afin d'examiner plus précisément la relation entre ce score et la présence d'une plaie, les données des 23 résidents ayant des plaies de pression actives ont été analysées : 43,5 % d'entre eux n'étaient aucunement à risque et 30,4 %, à faible risque. Ceci indique que dans les cas de personnes atteintes d'une plaie de pression, ce score n'a aucune valeur prédictive.

Préoccupée par ces résultats, la CP-FSI a entrepris une autre étude de validation de l'échelle de Braden, cette fois dans un établissement de soins de longue durée de 387 lits de la région de Montréal. La prévalence totale de plaies de pression de ses résidents était de 9 % (stade 1 ou plus). Là-aussi, l'efficacité de l'échelle s'est révélée sous-

Qu'en dit l'OIIQ ?

Un ordre professionnel a notamment le mandat de surveiller l'exercice de la profession par ses membres pour assurer la protection du public. Pour ce faire, l'OIIQ a adopté une approche d'évaluation formative visant à soutenir les infirmières dans l'amélioration de leur pratique clinique. Dans le cadre de cette approche, le Bureau de surveillance de l'exercice infirmier (BSEI) propose des grilles d'observation pour les aider à évaluer leur pratique à partir de la documentation des soins, plus particulièrement à partir du Plan thérapeutique infirmier et des notes d'évolution. À l'aide d'indicateurs, ces audits leur permettent ensuite de porter un regard critique sur leur pratique en vue de l'améliorer.

À des fins d'évaluation, il va de soi que les indicateurs proposés doivent s'appliquer à la situation de la clientèle ciblée. Ainsi, chacune des grilles comprend des critères de sélection des dossiers. Par exemple, dans son introduction, la grille d'évaluation du risque de chute prévoit qu'en contexte de soins de longue durée, où la majorité des résidents est plus ou moins à risque de tomber, l'audit doit porter sur ceux dont les risques sont les plus élevés.

Sinon, appliquer des indicateurs systématiquement, sans discernement et sans lien avec la pertinence clinique peut, comme le montre cet article, s'avérer inutile et entraîner des effets pervers. Il est clair que le jugement clinique de l'infirmière doit prévaloir dans toute situation. Il s'agit qu'elle justifie et documente ses décisions sur les plans clinique et scientifique.

Les indicateurs proposés par le BSEI se basent sur les meilleures pratiques, sur des lignes directrices cliniques lorsqu'elles sont disponibles ou encore, sur des consensus d'experts. Ces indicateurs sont révisés périodiquement selon l'évolution des connaissances et des pratiques et selon les commentaires provenant des milieux cliniques qui les utilisent.

Dans cette perspective de collaboration, l'OIIQ a accueilli les commentaires de la CP-FSI sur les échelles d'évaluation du risque de plaie de pression et de chute. Certains ajustements ont été apportés aux grilles d'évaluation visées afin d'éviter toute confusion dans leur utilisation.



© Marcin Maync / Thinkstock

Utiliser une échelle de risque de chute en situation non pertinente, par exemple pour évaluer des résidents grabataires, suscite un sentiment de dévalorisation chez des infirmières.

optimale. Après avoir exclu les plaies de pression présentes à l'admission, la sensibilité et la spécificité de l'échelle (seuil à 18 points pour indiquer « à risque ») étaient de 59 % et 58 % respectivement. Par ailleurs, après une stratification de la clientèle selon la présence ou l'absence de déficits de mobilité, l'échelle a totalement échoué à déceler un risque chez les résidents mobiles qui avaient une plaie de pression. Les analyses statistiques plus avancées (équations d'estimation généralisées), qui incluaient les scores des six dimensions de l'échelle de Braden (friction et cisaillement, activité, humidité, mobilité, nutrition et perception sensorielle) comme variables indépendantes, ont révélé que pour les résidents mobiles, seule la variable « friction et cisaillement » étaient significativement liés aux plaies de pression [RC : 0,32 (95 % IC : 0,19-0,56)]. En effet, une variation d'un point sous « friction et cisaillement » semble être le seul prédicteur du développement d'une plaie de pression dans ce groupe de résidents.

Quant au groupe de résidents immobiles, aucun des scores des six dimensions de l'échelle de Braden n'a été significativement lié aux plaies de pression, que ce soit de manière indépendante ou en combinaison avec d'autres dimensions. En somme, sur le plan empirique, les données obtenues dans les centres d'hébergement ne démontrent pas la pertinence d'une utilisation systématique de cette échelle.

Le risque de chute

La CP-FSI a voulu comparer le risque de chute établi sur la base d'un jugement clinique de l'infirmière à celui obtenu à l'aide d'une échelle de mesure. Dans l'un des centres partenaires, les infirmières ont été invitées à déterminer, selon leur jugement clinique, les personnes les plus et les moins à risque de tomber. Leurs résultats ont ensuite été comparés aux scores obtenus par l'échelle utilisée dans leur milieu. Dans les deux cas, les résultats correspondent, ce qui met en doute la valeur ajoutée du recours systématique à une échelle de mesure.

La situation clinique – les observations internes

Pour mieux comprendre un problème, la CP-FSI s'assure d'être à l'écoute des infirmières soignantes. Premier constat : elles remplissent une panoplie de formulaires et d'échelles de mesure. Elles expliquent qu'elles ont tellement de formulaires à remplir qu'il ne leur reste plus de temps pour en faire le suivi. Elles se disent prises dans un cycle de documents à remplir.

Selon plusieurs, l'utilisation systématique d'une échelle de risque de chute en situation non pertinente, par exemple pour évaluer des résidents grabataires, suscite chez elles un sentiment de dévalorisation sans compter que leur temps aurait pu être mieux utilisé.

Analyse

L'examen des données probantes, des données empiriques et de l'information issue des milieux cliniques amène la CP-FSI à établir plusieurs constats.

D'abord, en développant des échelles de mesure, les chercheurs veulent principalement améliorer l'efficacité

Tableau 1 Autres problèmes de santé, prévalence et instruments de mesure

Thème	Prévalence en centre d'hébergement	Instruments de mesure validés	Références
Dénutrition	45 à 85 %	Mini Nutritionnal Assesment (MNA)	Thomas, 2002
Délirium	26 à 45 %	Confusion Assessment Method (CAM) RADAR	Laplante <i>et al.</i> , 2005 Voyer <i>et al.</i> , 2009 ; 2014
Dépression	9 à 63 % (Adams-Fryatt, 2010) 24 à 43 % (Bergdahl <i>et al.</i> , 2011)	Échelle de dépression en cours de démence de Cornell Échelle de dépression gériatrique	Snowdon <i>et al.</i> , 2011
Douleur	4 à 80 % (Takai <i>et al.</i> , 2010)	PACSLAC	Hadjistavropoulos <i>et al.</i> , 2010
Troubles du comportement	42 à 77 % (des aînés atteints de démence)	Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield	Zuidema <i>et al.</i> , 2011

de l'évaluation infirmière et accroître son efficacité en simplifiant les processus et la documentation. Or, il ressort de cet examen que la valeur ajoutée d'un recours systématique aux échelles de mesure de risque de plaie ou de chute n'est pas démontrée par des données probantes. En fait, ce qui se dégage plutôt de cette étude, c'est le gaspillage de temps infirmier que ce recours systématique entraîne, temps qui pourrait mieux servir les besoins du résident. La charge de travail étant déjà très lourde, il faut tendre vers une utilisation optimale du temps infirmier pour qu'il soit employé à répondre aux besoins de la clientèle.

Le but d'une échelle de mesure n'est pas de remplacer le jugement clinique de l'infirmière. Dans la mesure où l'évaluation du risque de plaie et celle du risque de chute reposent sur une évaluation de la condition physique et mentale du résident, il revient à l'infirmière de déterminer s'il est pertinent d'utiliser ou non une échelle de mesure et, le cas échéant, d'en interpréter le résultat.

Les travaux de la CP-FSI ont fait ressortir les effets indésirables de critères ou d'indicateurs mis de l'avant par des organismes régulateurs ou accréditeurs dans un but visant pourtant à favoriser une meilleure qualité des soins. Dans le cadre de leurs activités, ces organismes voient des situations qui peuvent être préjudiciables à la clientèle et visent à les éviter à l'aide de ces critères ou indicateurs. En fait, les infirmières n'ont pas toutes les mêmes connaissances et les mêmes compétences pour évaluer les risques et les mesures préventives. Les directions de soins infirmiers doivent en tenir compte lorsqu'elles instaurent un programme d'évaluation de risque et le réévaluer en cours d'application.

Compte tenu de ces circonstances, le premier objectif devrait être de rehausser les compétences infirmières en matière d'évaluation des risques plutôt que d'instaurer l'usage systématique d'échelles de mesure. Une fois ces compétences acquises, dans un contexte qui permet de les exercer, l'infirmière est en mesure d'évaluer le risque, que ce soit à l'admission d'un résident ou lors de tout changement dans son état, et de documenter son évaluation, qu'elle ait ou non décidé d'avoir recours à une échelle.

Chez la clientèle des centres d'hébergement, de façon générale, la comorbidité est importante. Plusieurs problèmes tels que la déshydratation, le délirium, la dépression ou les effets secondaires de médicaments, sont aussi fréquents, sinon plus encore que les chutes et les plaies de pression. Aussi, faut-il préserver le temps nécessaire pour les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs.

De même, il existe plusieurs échelles validées relatives à ces problèmes de santé communs. Là aussi, il appartient à l'infirmière de déterminer la pertinence de les utiliser dans le cadre de son évaluation clinique et, le cas échéant, d'en interpréter le résultat (voir Tableau 1).

Recommandations

La CP-FSI recommande d'éviter la multiplication des échelles et d'améliorer les compétences infirmières en évaluation, particulièrement celles sur l'examen clinique. Plusieurs études font d'ailleurs le lien entre compétence

infirmière et qualité des soins (Needleman *et al.*, 2011 ; Decker, 2008 ; Schnelle *et al.*, 2004).

Les échelles ont été créées pour soutenir le jugement clinique en situation complexe et non pour le remplacer. Les infirmières devraient avoir la latitude de décider quand elles jugent pertinent ou non de les utiliser. Néanmoins, la CP-FSI reconnaît que pour en décider, il est essentiel que les infirmières soient bien formées. La formation de base, la formation continue et la formation supérieure menant à l'encadrement clinique expert doivent être valorisées. Mieux formées et plus qualifiées au plan scientifique, les infirmières pourront choisir les meilleures pratiques à mettre en place. Les analyses critiques doivent être encouragées au sein de la profession afin d'empêcher la stagnation des milieux de soins et des savoirs. La clientèle change, les pratiques cliniques évoluent, les lignes directrices doivent être flexibles et donner toute la latitude possible aux infirmières.

Dans la liste des activités réservées aux infirmières, le deuxième alinéa de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* prévoit qu'elle exerce une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (L.R.Q. c I-8, art. 36). Cette

Les auteurs

Philippe Voyer est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. **Julie Mercier** est directrice adjointe qualité au CSSS Alphonse-Desjardins. **Suzanne Roy** est conseillère en soins infirmiers au CSSS Alphonse-Desjardins. **Diane Claveau** est conseillère clinicienne en soins infirmiers au CSSS de Québec-Nord

Au moment de la rédaction de l'article, **Lise Kasprzak** était conseillère clinicienne en soins infirmiers à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. **Harriet Lépine** était conseillère cadre en soins infirmiers à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. **Julie Mignault** était conseillère clinicienne en soins infirmiers au CSSS de la Vieille-Capitale. **Sylvie Rey** était conseillère en activités cliniques au CSSS de Portneuf. **Marie-Claude Fortin** était auxiliaire de recherche à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Anik Desrochers est conseillère clinique au Groupe Roy Santé. **Machelle Wilchesky** est directrice de la recherche du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman et chercheuse au Centre d'épidémiologie clinique de l'Hôpital général juif. Au moment de la rédaction de l'article, **Lucie Tremblay** était directrice des soins infirmiers et services cliniques du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman et du CHSLD juif de Montréal et est actuellement présidente de l'OIIQ. **Maryse Savoie** est directrice des affaires stratégiques de l'Hôpital Sainte-Anne. **Odette Roy** est adjointe à la directrice des soins infirmiers – volet recherche et enseignement et chercheuse au Centre d'excellence en soins infirmiers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. **Diane Morin** est directrice de l'Institut universitaire de formation et recherche en soins à l'Université de Lausanne.

activité doit être mise en valeur, car elle colle à la réalité, particulièrement en gériatrie.

Comment une norme de pratique universelle pourrait-elle s'appliquer à l'ensemble de la clientèle en hébergement alors que cette clientèle est atteinte de problèmes de santé très différents ? (American Geriatrics Society, 2012). L'infirmière devrait plutôt avoir des compétences plus poussées pour pouvoir individualiser sa surveillance clinique notamment à l'aide du plan thérapeutique infirmier (PTI).

Cet article est un plaidoyer pour la valorisation du jugement clinique infirmier. Un bon moyen d'atteindre cet objectif est de poursuivre la collaboration entre chercheurs en sciences infirmières, milieux cliniques et organismes régulateurs. Selon la CP-FSI, cette collaboration est le meilleur gage pour assurer que les soins s'appuient sur le jugement clinique des infirmières, tiennent compte des données probantes et soient adaptés à la réalité du milieu clinique. ■

Références

- Adams-Fryatt, A. « Acknowledging, recognizing, and treating depression in elderly long-term care residents », *Annals of Long Term Care*, vol. 18, n° 11, nov. 2010, p. 30-32.
- American Geriatrics Society Expert Panel. « Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 60, n° 10, oct. 2012, p. E1-E25.
- Anthony, D., S. Parbototeeah, M. Saleh et P. Papanikolaou. « Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, n° 5, mars 2008, p. 646-653.
- Benner, P., M. Sutphen, V. Leonard, L. Day et L.S. Shulman. *Educating Nurses—A Call For Radical Transformation*, San Francisco, Josey-Bass, 2009.
- Bergdahl, E., P. Allard et Y. Gustafson. « Depression among the very old with dementia », *International Psychogeriatrics*, vol. 23, n° 5, juin 2011, p. 756-763.
- Bergstrom, N., B.J. Braden, A. Laguzza et V. Holman. « The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk », *Nursing Research*, vol. 36, n° 4, juill./août 1987, p. 205-210.
- Close, J. et S. Lord. « Fall assessment in older people », *British Medical Journal*, vol. 343, 14 sept. 2011, p. d5153.
- Decker, F.H. « The relationship of nursing staff to the hospitalization of nursing homes residents », *Research in Nursing & Health*, vol. 31, n° 3, juin 2008, p. 238-251.
- Goodridge, D.M., J.A. Sloan, Y.M. LeDoyen, J.A. McKenzie, W.E. Knight et M. Gayari. « Risk-assessment scores, prevention strategies, and the incidence of pressure ulcers among the elderly in four Canadian health-care facilities », *The Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 2, été 1998, p. 23-44.
- Hadjistavropoulos, T., T.D. Fitzgerald et G.P. Marchildon. « Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities », *Physiotherapy Canada*, vol. 62, n° 2, printemps 2010, p. 104-113.
- Haines, T.P., K. Hill, W. Walsh et R. Osborne. « Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and meta-analysis », *Journals of Gerontology*, vol. 62, n° 6, juin 2007, p. 664-672.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). *Guide de prévention des chutes en fonction des facteurs de risque en milieu de soins de courte durée*, Montréal, HMR, 1999.
- Laplante, J., M. Cole, J. McCusker, S. Singh et M.A. Ouimet. « Confusion Assessment Method—Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 1, sept./oct. 2005, p. 12-22.
- Needleman, J., P. Buerhaus, V.S. Pankratz, C.L. Leibson, S.R. Stevens et M. Harris. « Nurse staffing and inpatient hospital mortality », *New England Journal of Medicine*, vol. 364, n° 11, 17 mars 2011, p. 1037-1045.
- Office des professions du Québec (OPQ). Loi 90 (2002, chap. 33), *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionnée le 14 juin 2002) : *Cahier explicatif*, Québec, OPQ, avril 2003.
- Oliver, D., F. Daly, F.C. Martin et M.E. McMurdo. « Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review », *Age and Ageing*, vol. 33, n° 2, mars 2004, p. 122-130.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, Westmount, OIIQ, 2012.
- Pancorbo-Hidalgo, P.L., F.P. Garcia-Fernandez, I.M. Lopez-Medina et C. Alvarez-Nieto. « Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 54, n° 1, avril 2006, p. 94-110.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers*, Toronto, RNAO, 2011.
- Schnelle, J.F., S.F. Simmons, C. Harrington, M. Cadogan, E. Garcia et B. Bates-Jensen. « Relationship of nursing home staffing to quality of care », *Health Services Research*, vol. 39, n° 2, avril 2004, p. 225-250.
- Snowdon, J., D. Rosengren, F. Daniel et M. Suyasa. « Australia's use of the Cornell scale to screen for depression in nursing homes », *Australasian Journal on Ageing*, vol. 30, n° 1, mars 2011, p. 33-36.
- Takai, Y., N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama et A. Honda. « Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes », *Pain Management Nursing*, vol. 11, n° 4, déc. 2010, p. 209-223.
- Thomas, D.R. « Distinguishing starvation from cachexia », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 18, n° 4, nov. 2002, p. 883-891.
- Vassallo, M., L. Poynter, J.C. Sharma, J. Kwan et S.C. Allen. « Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward », *Age and Ageing*, vol. 37, n° 3, mai 2008, p. 277-281.
- Voyer, P., S. Richard, L. Doucet et P.H. Carmichael. « Detecting delirium and subsyndromal delirium using different diagnostic criteria among demented long-term care residents », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 10, n° 3, mars 2009, p. 181-188.
- Voyer, P., N. Champoux, J. Desrosiers, P. Landreville, J. McCusker, J. Monette et al. « RADAR: a screening tool for signs of delirium and more » (conférence), 4th Annual Conference of the American Delirium Society, Baltimore (MD), juin 2014.
- Zuidema, S.U., A.L. Buursema, M. Gerritsen, K.C. Oosterwal, M. Smits, R. Koopmans et J. de Jonghe. « Assessing neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: reliability and Reliable Change Index of the Neuropsychiatric Inventory and the Cohen-Mansfield Agitation Inventory », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 26, n° 2, févr. 2011, p. 127-134.