

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

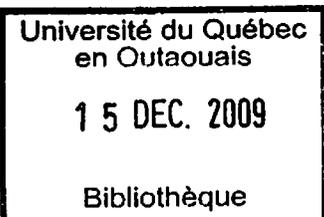
ESSAI PRÉSENTÉ À :
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
JULIE VÉZINA

ÉLABORATION ET VALIDATION DU CONTENU D'UN OUTIL D'ÉVALUATION
INITIALE ET DE SUIVI DES CLIENTS NÉCESSITANT DES SOINS DE PLAIE

SEPTEMBRE 2009



RD

94

1495

2009

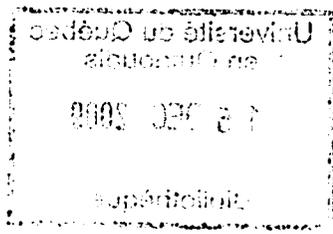
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
MONTREAL

ÉCOLE DE GÉNÉRALISTES
EN INFORMATIQUE

1495

1495

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
MONTREAL



1495

Résumé

En soin des plaies, comme dans tous les autres aspects des soins, l'infirmière a la responsabilité légale d'évaluer, d'intervenir et d'effectuer les suivis nécessaires. À Partir de l'évaluation, elle doit déterminer le choix des traitements relatifs aux soins des plaies, un domaine en pleine émergence au Québec. Cependant, si cette évaluation est déficiente et peu documentée, ceci rend le choix des traitements et le suivi difficiles. Peu d'outils validés existent actuellement pour répondre aux besoins des infirmières en évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies et les outils existants sont souvent non adaptés aux besoins de chaque établissement. Pour répondre aux besoins spécifiques d'un centre de santé, ce projet vise le développement et la validation de contenu d'un outil d'évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies, en se basant sur la méthodologie développée par Lynn (1986).

Le paradigme de préparation du lit de la plaie (Falanga, 2000; Sibbald, Williamson, Orsted, Campbell, Keast, Krasner et al., 2000) a servi de modèle à la création de l'outil. Cet outil se divise en deux parties, l'une porte sur l'évaluation initiale du client et l'autre, porte sur le suivi des caractéristiques de la plaie. Un comité d'experts (n=5) a validé le contenu de l'outil. La première partie, l'évaluation initiale, a obtenu un indice de validité de contenu de 0,94 et la deuxième partie, le suivi, a obtenu un indice de 0,97. Ce projet a permis le développement d'un outil valide et basé sur un modèle actuel en soins des plaies. Cet outil devrait permettre aux infirmières d'effectuer une évaluation initiale complète, d'élaborer un plan de traitement infirmier tenant compte de l'individu dans sa globalité, d'assurer un suivi adéquat de cette clientèle et de rédiger des notes d'observation pertinentes, claires et complètes dans l'établissement ciblé.

Remerciements

Les mots qui qualifieraient le mieux ce qui a été nécessaire pour réaliser ce projet sont les mots **persévérance et soutien**. Sans le soutien que j'ai obtenu de mon entourage, jamais je n'aurai eu la persévérance de compléter ce projet. Le résultat de tous ces efforts, vous le tenez entre vos mains en ce moment, mais il a été rendu possible grâce à de multiples personnes.

Possible premièrement, grâce à ma famille, merci mon amour, merci à Léa et Aimy qui sont nées au cours de ma maîtrise et m'ont patiemment attendues : « maman sera bientôt disponible ». Un merci à mes parents qui m'ont encouragée, lue et qui ont gardé les enfants. Un merci à tous ces professeurs, qui m'ont guidée et tout spécialement à madame Saint-Pierre et monsieur Lepage qui m'ont dirigée, qui m'ont lue et relue, qui m'ont questionnée et qui m'ont encouragée. Je ne peux finalement passer sous silence mon employeur, spécialement madame Villeneuve Morin, qui m'a donné ma chance, qui m'a libérée et soutenue pour accomplir ce projet.

À vous tous et aux autres, mille merci!

Julie

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iv
Introduction	1
Problématique générale et contexte du problème	3
Mise en contexte	4
Identification de la problématique.....	5
Importance de cette problématique	6
Les plaies et leurs conséquences	7
Intervention proposée	10
Revue de littérature	12
Responsabilités d'une infirmière.....	13
Développement de la pratique infirmière	14
Terminologie.....	16
Évaluation des clients avec une plaie.....	18
Documentation des plaies.....	22
Outils de classification des plaies.....	24
Outils d'évaluation de la guérison.....	26
Cadre théorique pour l'intervention	34
Préparation du lit de la plaie	35
Méthodologie	42
Planification de l'analyse	48
Identification des expertes.....	49
Informations à envoyer aux experts sélectionnés	52
Considération éthique	53
Limites	53
Avantages anticipés	56
Échéancier du projet	57
Déroulement du projet	59
Première phase : Développement de l'outil	60
Deuxième phase : Quantification de la validité	77
Certification éthique	77
Résultats	79
Analyse des données suite au premier envoi	80
Analyse des données suite au deuxième envoi	86

Discussion	91
Partie d'évaluation initiale.....	92
Partie de l'évaluation de suivi	96
Traitement des données	97
Apport du projet.....	98
Conclusion	101
Références	104
Appendices	113
Appendice 1 : Tableau résumé des recherches ayant étudié la documentation des soins de plaies	114
Appendice 2 : Guide de référence rapide : Préparation du lit de la plaie.....	116
Appendice 3 : Lettre aux experts.....	117
Appendice 4 : Consentement.....	118
Appendice 5 : Approbation éthique	120
Appendice 6 : Synthèse des caractéristiques locales de la plaie devant être évaluées.	121
Appendice 7 : Première partie de l'outil : Soins de plaies : évaluation initiale globale	122
Appendice 8 : Deuxième partie de l'outil : Soins de plaie : Évaluation de suivi	123
Appendice 9 : Questionnaire de validation du contenu de l'outil	125
Appendice 10 : Schéma de préparation du lit de la plaie	135
Appendice 11. Commentaires recueillis sur le questionnaire d'évaluation globale	136
Appendice 12 Commentaires recueillis sur le questionnaire d'évaluation initiale.....	140
Appendice 13 Questionnaire aux expertes, 2 ^e envoie	142
Appendice 14 Outil, 2 ^e version de la partie d'évaluation initiale.....	148
Appendice 15 Lettre de présentation pour les expertes, 2 ^e envoie.....	150
Appendice 16 Outil, 2 ^e version de la partie d'évaluation de suivi	151
Appendice 17 : Lettre d'approbation pour demande de modification au certificat d'éthique.....	153
Appendice 18 Commentaires reçus suite à l'envoi du 2 ^e questionnaire	154
Appendice 19 : Outil, version finale de la partie d'évaluation initiale	156

Liste des tableaux

Tableau 1 : Outils de classification des plaies	25
Tableau 2 : Tableau résumé des principaux outils d'évaluation de la guérison.....	27
Tableau 3 : Étapes pour déterminer la validité de contenu d'un instrument	45
Tableau 4 : Taux d'accord entre les experts, selon le nombre d'experts qui appuient l'élément	51
Tableau 5 : Diagramme de Gantt de l'intervention	58
Tableau 6 : Tableau synthèse des éléments à inclure dans l'évaluation des plaies ...	63
Tableau 7 : Aspect qualificatif des différents types d'écoulement.....	69
Tableau 8 : Résumé des données quantitatives résultant de l'analyse de la partie d'évaluation initiale	81
Tableau 9 : Résumé des données quantitatives résultant de l'analyse de la partie de suivi	84
Tableau 10 : Résumé des données quantitatives résultant de la deuxième analyse de la partie d'évaluation initiale	87

Liste des figures

Figure 1 : Paradigme pour la préparation du lit de la plaie selon l'Association canadienne du soin des plaies	37
Figure 2 : Formule pour calculer le Kappa modifié	55
Figure 3 : Comparaison des résultats de la validation de la partie d'évaluation initiale entre la première validation et la deuxième validation	89

..

Introduction

La pratique des soins infirmiers offre la chance d'exercer dans divers milieux et avec des clientèles variées. Ces multiples aspects permettent à chaque infirmière de développer des compétences spécifiques et des intérêts particuliers. Pour l'auteure de ce texte, le soin des plaies a été un sujet qui a déclenché plusieurs questionnements et qui est devenu avec le temps une passion. Au cours des années de pratique dans divers établissements, l'auteure a observé plusieurs problèmes dans les soins apportés aux clients nécessitant des soins de plaies, dont une problématique d'évaluation et du suivi de cette clientèle. Le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée exercé et la passion des plaies ont conduit au désir d'améliorer les soins spécifiques à cette clientèle.

Cette passion pour le soin des plaies jumelé à la mise en vigueur de la Loi sur les infirmières et infirmiers (Gouvernement du Québec, c. 36), au mandat d'amélioration des soins infirmiers et du développement des compétences infirmières conféré à l'infirmière clinicienne spécialisée, conduisent à la volonté de développer un outil spécifique à l'établissement pour l'évaluation initiale et pour le suivi des clients nécessitant des soins de plaies. Cet outil est destiné à promouvoir, structurer et documenter l'évaluation de cette clientèle dans l'établissement désigné.

Dans cet écrit, on retrouve des sections désignées à la problématique, à la revue de littérature, au cadre théorique choisi ainsi qu'à la méthodologie utilisée pour ce projet. On poursuit avec la réalisation, l'évaluation et finalement la discussion.

Problématique générale et contexte du problème

Pour saisir le projet proposé, il convient premièrement de bien comprendre la problématique sous-jacente au projet. Cette problématique est reliée à l'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies et à la difficulté d'en faire le suivi. La problématique est décrite en termes de mise en contexte, d'identification de la problématique et de son importance pour les soins infirmiers. Ce chapitre se termine par la proposition d'une solution pour améliorer la pratique infirmière.

Mise en contexte

La situation observée se situe dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS) québécois de la région administrative 07. Le CSSS est composé d'un centre hospitalier, de deux CLSC et de quatre sites d'hébergement. Au centre hospitalier, on retrouve 63 lits offrant des services de médecine, de chirurgie, de soins intensifs et d'urgence. En 2006, un poste d'infirmière clinicienne spécialisée est créé pour ce secteur. Les responsabilités de cette infirmière sont d'assumer la direction dans l'orientation et le développement de la pratique professionnelle. Elle intervient auprès du personnel, de l'usager et de sa famille pour promouvoir l'excellence de la pratique infirmière. Elle contribue au développement de nouveaux modes d'intervention clinique, à l'élaboration d'outils, de protocoles de soins, de guides et d'instruments de pratique adaptés aux besoins de la clientèle. Elle développe des programmes de soins et d'enseignement pour la clientèle et elle contribue à la formation du personnel par l'élaboration de programmes de formation et par

l'encadrement. À son arrivée en poste, le premier mandat de cette personne était de déterminer les besoins prioritaires pour les soins infirmiers.

Identification de la problématique

Lors de la réalisation de ce mandat, plusieurs besoins ont été établis. Parmi ceux-ci, l'infirmière clinicienne spécialisée a identifié une problématique reliée aux soins de plaies. Lors des observations qu'elle a été en mesure de faire du travail clinique des infirmières et des questions soulevées par celles-ci, elle a déduit que les infirmières éprouvent certaines difficultés à assurer un suivi des clients nécessitant des soins de plaies. Elle a aussi réalisé que l'évaluation initiale des clients est déficiente et parfois absente. En majorité, il n'y a pas de traces au dossier d'une évaluation globale des clients porteurs de plaies. Dans plusieurs cas, les infirmières ne peuvent décrire le client, sa plaie, ni en préciser l'étiologie. Les notes au dossier sont, dans plusieurs situations, subjectives et incomplètes. On peut en déduire que tout ceci ne permet pas toujours un suivi optimal de l'évolution de la plaie et ne permet pas d'ajuster le traitement selon les résultats des soins. Finalement, les infirmières ne disposent pas d'un outil d'évaluation ni d'un outil de suivi des plaies.

Les observations faites ne sont pas uniques au centre. En effet, plusieurs études ont démontré que souvent les notes au dossier ne faisaient pas mention d'une évaluation et que la documentation des plaies était incomplète, voir déficiente (Cockbill-Black, 1999; Ehrenberg & Ehnfors, 2001; Zeleznik, Agard-Henriques, & Schnebel, 2003). L'évaluation objective et précise des plaies ainsi que la documentation de celles-ci sont des

problématiques même pour des thérapeutes en soins de plaies (Stremitzer, Wild, & Hoelzenbein, 2007). Récemment, la cour d'appel du Texas a rappelé l'importance des notes au dossier. Elle a reconnu un centre de soins coupable du développement d'un ulcère de pression chez un client, car les notes infirmières étaient inadéquates. La cour a statué que « l'absence de documentation dans le dossier conduit à une seule conclusion : les soins n'ont pas été effectués et le manque de soins est considéré de la négligence » [traduction libre] (Snyder, 2006).

Importance de cette problématique

Dans la présente étude, les infirmières exerçant dans le centre de santé sont confrontées presque quotidiennement avec des clients porteurs de plaies. Leur habileté à les soigner est donc une nécessité. Les données provenant d'études canadiennes démontrent que l'incidence des plaies est très élevée. Aucune donnée propre au centre de santé de l'étude n'est disponible, mais on estime que jusqu'à un Canadien sur quatre (26 %), hospitalisé dans un établissement de courte durée, développerait une plaie de pression. L'incidence atteindrait même un client sur trois (31 %) dans les établissements de longue durée (Keast, Parslow, Houghton, Norton, & Fraser, 2006; Woodbury & Houghton, 2006). On estime que des 2 millions de canadiens diabétiques, de 7 à 15 % développeront au moins un ulcère au pied (Orsted, Searles, Trowell, Shapera, Miller, & Rahman, 2006; Woodbury & Houghton, 2006). Ces plaies sont chroniques et elles ont tendance à stagner, à se détériorer facilement et elles conduisent souvent à des

amputations. En effet, on estime que les diabétiques ont 15 fois plus de risques de subir une amputation que les non-diabétiques et que 80 % des amputations effectuées en Amérique du Nord seraient précédées par des ulcères non résolus (Ortegon, Redekop, & Niessen, 2004). A cela s'ajoute une autre étiologie importante, les ulcères veineux, ils atteignent 1,8 % à 3,5 % de la population âgée de plus de 25 ans (Burrows, Miller, Townsend, Bellefontaine, Mackean, Orsted et al., 2006; Kerstein, 2003).

Avec le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques, on peut présumer que le nombre de clients porteurs de ces types de plaies ne cessera d'augmenter. De plus, ces plaies de pression, diabétiques ou veineuses sont habituellement chroniques; elles prennent des mois, voire des années à guérir, certaines ne guériront même jamais. La pierre angulaire dans le traitement est une bonne évaluation et un traitement adéquat. Selon Stevens et Milne (2007), le suivi et la documentation améliorent les résultats de soins. Ils croient que ce résultat est attribuable à l'observation plus rapide des changements et à la réaction plus rapide à ajuster le traitement en fonction des résultats.

Les plaies et leurs conséquences

Les plaies ont des conséquences importantes pour les clients (hospitalisation, douleur, problèmes de sommeil, impacts sur leur vie sociale, etc.) (Ehrenberg & Birgersson, 2003). Les clients vivent des déceptions par rapport aux délais, aux résultats

ou aux échecs de la guérison (Stremitzer et al., 2007). Les plaies entraînent aussi des coûts importants au système de santé. Les coûts directs réfèrent à l'utilisation du matériel, aux heures-soins et aux délais de guérison. Les coûts indirects représentent entre autres l'absentéisme au travail, la perte d'autonomie, la détresse physique et émotionnelle et même parfois des décès chez les patients (Cockbill-Black, 1999; Kerstein, 2003).

Apporter des soins de plaies de qualité permet de réduire l'incidence et la gravité des plaies, de diminuer le temps de guérison, la détresse physique et émotionnelle ainsi que les souffrances directes (ex. : douleur) et indirectes (ex. : perte de revenu et perte d'estime de soi, modification au réseau social). La qualité des soins commence par des soins adaptés au client, répondant à ses besoins, à offrir le meilleur traitement compte tenu de son état. Pour ce faire, nous devons effectuer une évaluation juste des besoins et effectuer un suivi efficace des résultats de soins, pour ajuster nos traitements selon les besoins et réactions du client. Les auteurs (Fletcher, 2007; Krasner, Rodeheaver, & Sibbald, 2001; OIIQ, 2002, 2007; Schultz, Barillo, Mazingo, & Chin, 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007), s'entendent pour dire que l'évaluation est essentielle à la prestation de soins optimaux, que l'évaluation est critique dans les soins de plaie et que si elle est mal effectuée, plusieurs problèmes peuvent en dériver comme, un traitement inapproprié (Benbow, 2009; Worley, 2004).

Selon Schultz et al.(2004) et un classique, Flanagan (1992), le choix des traitements et la gestion des plaies sont malheureusement souvent expérimentaux, le fruit

d'essais et erreurs. La gestion des plaies est fréquemment influencée par des facteurs interpersonnels et culturels comme la disponibilité des modalités de traitement, la préférence personnelle ou la facilité d'application. L'évaluation permettant de faire un choix éclairé basé sur la compréhension de la plaie, des phénomènes physiologiques inhérents et des facteurs externes influençant la guérison est souvent absente ou déficiente. Pourtant, l'évaluation périodique des plaies avec une documentation précise des observations est une responsabilité professionnelle (Cuzzell, 2002).

En effet, il est de la responsabilité de l'infirmière d'évaluer et d'effectuer le suivi de ses clients ainsi que de décider du plan de traitement de leurs plaies (Gouvernement du Québec, c. 1-8, art. 36). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a mis à jour un guide qui présente la profession d'infirmière, précise la nature de l'exercice et permet aux infirmières d'assumer leur rôle (OIIQ, 2004). Nous y retrouvons sept énoncés descriptifs de l'exercice de la profession infirmière. Parmi ceux-ci l'énoncé quatre, le processus thérapeutique, indique que l'infirmière doit évaluer l'état de santé de ses clients, assurer la surveillance clinique nécessaire et suivre leur évolution. L'infirmière est ainsi propulsée au premier plan dans l'évaluation et la surveillance clinique. Elle détermine le traitement des plaies et des autres altérations de la peau. Elle assure le suivi de l'évolution, des complications possibles et des effets des traitements.

Dans le cas du centre participant, il est du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée de développer des stratégies pour améliorer la pratique. Et cela passe par le

développement de l'expertise en évaluation et par la mise en place d'outils pour évaluer la clientèle nécessitant des soins de plaies. Elle contribue ainsi à la qualité et à la continuité des soins infirmiers.

Intervention proposée

Dans une situation idéale, toutes les infirmières feraient une évaluation initiale globale complète de chaque client nécessitant des soins pour une plaie. Elles documenteraient de façon pertinente, exacte et complète l'évaluation et ces données deviendraient faciles d'accès pour l'équipe de soins. Elles dresseraient un plan thérapeutique infirmier (PTI) qui ferait état des principaux problèmes ou besoins du client et des directives infirmières en lien avec ce problème ou besoin et elles dresseraient un plan de traitement, qui détaille les soins à effectuer à la plaie et tout cela adaptés aux particularités du client. Elles assureraient un suivi rapproché grâce à une documentation précise et claire et finalement, elles ajusteraient le plan de traitement de la plaie en fonction de l'évaluation des résultats des soins.

Suite à l'identification de la problématique de la sous-évaluation des clients porteurs de plaies; de la documentation inadéquate pour assurer un suivi; des opinions d'experts qu'un outil d'évaluation améliore les habiletés d'évaluation des infirmières et la qualité de la documentation, l'infirmière clinicienne spécialisée se doit de fournir de l'aide et des outils de travail. Son but est d'améliorer les soins à la clientèle et d'utiliser de façon

optimale les compétences infirmières. Le projet proposé a donc pour objectif de développer et de valider un outil qui guide et qui documente l'évaluation et le suivi de la clientèle nécessitant des soins de plaies.

Cet outil a pour objectif, de faciliter le développement de l'expertise en évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies, de permettre l'inscription au dossier de l'utilisateur des données nécessaires pour évaluer le client et assurer son suivi, tout au cours de son expérience de santé et finalement d'atteindre les exigences légales de tenue de dossiers. Les objectifs personnels d'apprentissage de l'étudiante sont de développer ses connaissances sur l'élaboration d'outils cliniques ainsi que sur la validation de contenu de tels outils.

Revue de littérature

Pour saisir les besoins des infirmières en outils d'évaluation et de suivi des clients avec une plaie, il faut au préalable bien cerner certaines notions. Pour ce faire, ce chapitre explique les responsabilités de l'infirmière, face à ses clients, ainsi que ceux de l'infirmière clinicienne spécialisée, face au développement de la pratique infirmière. Il poursuit avec une revue de la littérature sur la notion d'évaluation et de documentation des plaies. Finalement, il passe en revue les outils existants dans le but de les évaluer et de rechercher un outil qui pourrait répondre aux besoins.

Responsabilités d'une infirmière

Au Québec, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Gouvernement du Québec, c. 33) est entrée en vigueur en 2002. Depuis, l'expertise de l'infirmière en soins de plaies est reconnue officiellement. En effet, parmi les 14 activités réservées aux infirmières, on retrouve l'activité de « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements qui s'y rattachent »(Gouvernement du Québec, c. 1-8, art.36.7).

Afin de déterminer les soins et traitements que le client doit recevoir, elle doit au préalable obtenir une évaluation juste et complète du client, de son état de santé et de sa plaie (s'il y a lieu). Ces responsabilités et activités sont nouvelles pour plusieurs

infirmières, elles doivent se les approprier, développer leur pratique et leur autonomie professionnelle.

Selon les observations de l'infirmière clinicienne spécialisée, les infirmières du centre participant font peu d'évaluation formelle des clients porteurs de plaies et conséquemment, elles n'exercent pas leur pleinement le rôle conféré par la loi. Ce qui apporte le questionnement à l'origine de cette intervention : comment promouvoir l'amélioration de la pratique infirmière en soins de plaies au sein d'un CSSS? Au niveau de la clientèle porteuse de plaies, il s'agit de développer l'évaluation globale et le suivi des clients de façon plus précise et assidue

Développement de la pratique infirmière

L'évaluation de la clientèle fait partie des besoins identifiés au niveau local (CSSS) et au niveau provincial (OIIQ) et différentes mesures ont été mises en place depuis l'avènement de la refonte du Code des professions en 2002 (Gouvernement du Québec, c. 33). Par exemple, le CSSS a débuté, depuis juin 2008, l'implantation du PTI. L'OIIQ de son côté, offre différentes formations entre autres sur l'évaluation de clientèles et les soins de plaies. De plus, l'OIIQ (2004) a statué que le système de distribution et l'organisation des soins infirmiers doivent favoriser « une dispensation sécuritaire, efficace et efficiente des soins et traitements à la clientèle par l'utilisation optimale des compétences professionnelles » (p.16). Que de « l'équipement et des outils de documentation des soins

infirmiers (doivent être) mis à la disposition des infirmières pour assurer la surveillance clinique requise par la condition du client, incluant le monitoring des paramètres pertinents » (p.18). On y note aussi que des activités de formation doivent être mises en place afin de faciliter l'utilisation de l'équipement et des outils de documentation.

Donc dans le rôle et les responsabilités de l'infirmière clinicienne spécialisée, celle-ci doit contribuer au développement de nouveaux modes d'interventions cliniques, à l'élaboration d'outils en lien avec les besoins identifiés pour assurer de hauts standards de qualité des soins et services.

L'un des moyens d'atteindre ces normes est de favoriser l'évaluation de la clientèle, en mettant à la disposition des infirmières des outils de documentation qui facilitent la surveillance clinique requise. La documentation doit respecter trois principes de base (OIIQ, 2002). En premier, elle doit offrir un soutien clinique à la pratique infirmière, en deuxième elle doit contribuer à la continuité des soins et finalement elle doit permettre l'évaluation de la qualité des soins.

Pour faciliter le respect de ces trois principes, l'OIIQ (2002) suggère d'utiliser des formulaires d'évaluation comme outil pour documenter les activités d'évaluation. Ils peuvent prendre différentes formes comme : des questionnaires, des grilles d'observations et d'examen physique ou des outils d'évaluation clinique. Cette suggestion est appuyée par des experts en soins de plaies qui disent que l'utilisation d'un formulaire améliore

l'évaluation des plaies, améliore l'inscription des informations pertinentes et ils en suggèrent l'utilisation (Collier, 1994; Hess, 2005a; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sterling, 1996). En particulier, Hess (2005a) parle qu'une bonne documentation est un guide pour des décisions appropriées et pour l'évaluation du processus de guérison. Il ajoute que les instruments d'évaluation permettent une description précise, établissent un langage commun, fournissent un schéma pour la documentation et permettent une meilleure évaluation des traitements.

Terminologie

Il convient maintenant, de définir les termes « plaie » et « soins de plaies ». Le premier, une plaie est généralement définie comme des dommages tissulaires, une rupture de la structure anatomique normale et fonctionnelle de la peau qui résulte d'un processus pathologique interne ou externe (Baranoski & Ayello, 2004; Hayes, Robinson Wolf, & McHugh, 1994; Hess, 2005b; Krasner, Rodeheaver, & Sibbald, 2007; Lazarus, Cooper, Knighton, Margolis, Percoraro, Rodeheaver et al., 1994; Schultz, Sibbald, Falanga, Ayello, Dowsett, Harding et al., 2003).

Pour définir le deuxième terme, « soins de plaie », la classification des interventions infirmières (nursing intervention classification : NIC) de McCloskey Dochterman, Bulechek et Butcher (2008) a été utilisée. Selon ce système basé sur les actions des infirmières lorsqu'elles donnent des soins aux patients, les infirmières retrouvent un

langage commun. Il permet de communiquer par une terminologie standard les traitements reliés aux soins quotidiens, aux soins demandés par le personnel médical et à ceux initiés par les infirmières dans leur pratique autonome. Il aide aussi les infirmières à trouver les interventions les plus révélatrices à leur pratique.(Continuing Education American Nurses Association, 2009; McCloskey Dochterman et al., 2008) Parmi les interventions retrouvées dans cet outil, le soins de plaies se classe dans le domaine physiologique et se définit comme : la « prévention des complications de plaies et la promotion du processus de guérison des plaies » [traduction libre] (McCloskey Dochterman et al., 2008, p. 777). Toujours selon les NIC, les soins de plaies sont reliés à différentes actions, parmi celles-ci nous en retrouvons cinq qui sont spécifiques à l'évaluation de la plaie soit :

- ✓ Faire un suivi des caractéristiques de la plaie incluant l'exsudat, la couleur, la taille et l'odeur
- ✓ Mesurer le lit de la plaie
- ✓ Inspecter la plaie à chaque changement de pansement
- ✓ Comparer et noter de façon régulière tout changement dans la plaie
- ✓ Documenter le site, la taille et l'apparence de la plaie

On retrouve aussi un guide (Ackley, Ladwig, Swan, & Tucker, 2008) pour les soins infirmiers qui utilise les NIC et les données probantes, celui-ci préconise les activités infirmières suivantes pour l'évaluation des plaies :

- ✓ Utiliser des critères standardisés d'évaluation et de mesure pour évaluer le statut de la plaie et l'efficacité des traitements (site, type de tissus, taille, forme, profondeur, sous minage et sillons, exsudat, infection, bords et pourtour);
- ✓ Réévaluer si détérioration notable de la plaie à chaque changement de pansement;
- ✓ Évaluer la guérison chaque semaine;
- ✓ Évaluer et corriger, lorsque possible, les facteurs de comorbidités, l'immobilité, la nutrition, la médication et les causes sous-jacentes des dommages tissulaires;
- ✓ Évaluer la douleur associée aux plaies.

Les soins des clients porteurs de plaies ne sont cependant pas l'apanage unique des infirmières. En effet, différents professionnels comme les médecins, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les nutritionnistes ou les psychologues, peuvent apporter leur expertise et leur appui aux soins de cette clientèle. Le Code des professions (Gouvernement du Québec, c. 33) a délimité le champ d'exercice de chacun. Pour les infirmières, comme mentionné précédemment, on stipule à l'article 36 que l'exercice infirmier consiste à « évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux », et qu'il permet à l'infirmière de « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ».

Donc, les infirmières ont l'obligation légale d'évaluer et de suivre les clients porteurs de plaies. Elles doivent effectuer le suivi de cette clientèle présentant des problèmes de santé souvent complexes, problèmes qui ont conduit dans plusieurs cas à la formation de plaies. Cette évaluation permet de déterminer et d'ajuster le plan de traitement.

Évaluation des clients avec une plaie

L'évaluation permet de recueillir, d'organiser et d'interpréter des données. Selon l'OIIQ (2002), on parle d'un processus de soins qui vise à déterminer la situation de santé

d'un client, qui consiste à recueillir et interpréter des données, à cerner les besoins et attentes des clients afin de déterminer les priorités. Selon Sussman et Bates-Jensen (2007), l'évaluation est le processus d'émettre un jugement clinique basé sur les données recueillies. Selon Rijswijk et Catanzaro (2007), lors d'une évaluation on détermine la signification d'une ou plusieurs observations; c'est l'étape fondamentale pour développer le but des soins et le plan de soins. Ces auteurs parlent aussi de juger de l'état d'une plaie (to assess) qui serait un processus de collecter, vérifier et organiser les données. Juger de l'état d'une plaie est aussi décrit comme un processus systémique qui donne un grade ou un pointage à la plaie (Sussman & Bates-Jensen, 2007). Baranoski et Ayello (2004) expliquent que l'évaluation des plaies est : « l'image des progrès de la plaie. Elle est un processus cumulatif d'observations, de données et d'évaluation. (...) L'évaluation des plaies comprend l'enregistrement de l'évaluation initiale, des changements en cours et des interventions de traitement » [traduction libre] (p.81).

L'évaluation est une activité complexe, car elle requiert des connaissances spécifiques (anatomie, physiologie de la peau, processus de guérison et pathophysiologie des plaies) et des habiletés particulières. Ces connaissances et habiletés permettent de faire : la collecte des données subjectives et objectives; de procéder à l'examen physique, de porter un jugement clinique afin de cerner les problèmes, besoins et attentes du client; de comprendre la signification des observations, tests et mesures effectués; d'être capable de déterminer les résultats escomptés; de planifier les interventions requises et d'évaluer les résultats atteints (Collier, 1994; OIIQ, 2002, 2004, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007;

Sussman & Bates-Jensen, 2007). Les auteurs précisent deux types d'évaluation : l'évaluation initiale ou à l'admission et l'évaluation en cours d'évolution ou de suivi (Baranoski & Ayello, 2004; OIIQ, 2002; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Saunders & Rowley, 2006).

Selon l'OIIQ (2002), l'évaluation initiale nous renseigne sur l'état du client et des facteurs à prendre en considération tels l'état de santé, les antécédents, les capacités fonctionnelles et l'environnement. Ces données serviront à porter un jugement clinique et à fixer des buts et objectifs raisonnables, réalistes. Ces données proviennent du client et de sa famille, des proches, du dossier et des autres professionnels de la santé. Le but de l'évaluation initiale est d'élaborer les priorités de soins et le PTI. Elle sert de données de base pour des comparaisons ultérieures lors du suivi (Rijswijk & Catanzaro, 2007).

Toujours selon l'OIIQ (2002), l'évaluation en cours d'évolution permet d'« établir des liens entre les données de l'évaluation et les données des évaluations antérieures afin d'adapter ou de compléter les interventions en fonction des besoins évolutifs du client » (p. 17). Elle inclut les activités de surveillance clinique, de vérification des réactions aux médicaments et traitements, d'évaluation des résultats des interventions et d'ajustements du PTI. Rijswijk et Catanzaro (2007) énoncent que l'évaluation de suivi a pour but de surveiller si les soins sont optimaux, selon les résultats obtenus.

Les clients requièrent une évaluation initiale globale bien documentée qui dresse un portrait du client, de ses problèmes et ressources et permet d'établir un PTI adapté à ses besoins et particularités. La pertinence des informations à aller chercher dépend de l'apport qu'elles auront sur le choix du traitement. Par exemple, de savoir qu'une plaie est ischémique ou que le client doit passer plusieurs heures debout par jour peut influencer le but des soins ou le choix du traitement. Par la suite, un suivi de son évolution, de ses réactions et de l'atteinte des buts et objectifs permet d'ajuster le PTI et le plan de traitements.

Les auteurs s'entendent pour dire que l'évaluation est essentielle, vitale, qu'elle est un pré requis à une bonne gestion des plaies et une activité infirmière incontournable pour la prestation de soins optimaux. Les données recueillies permettent aux cliniciens de communiquer clairement et d'établir des buts, de formuler le plan de soins, d'assurer un meilleur suivi et de prodiguer des soins plus efficaces. L'évaluation permet aussi de comprendre où se situe le client en regard de sa plaie, de déterminer le type de plaie, son étiologie, son potentiel de guérison, de suivre le statut de la plaie et les effets des traitements. (Baranoski & Ayello, 2004; Fletcher, 2007; Krasner et al., 2001; Lazarus et al., 1994; OIIQ, 2002, 2007; Schultz et al., 2004; Sussman & Bates-Jensen, 2007). L'évaluation est critique dans les soins de plaie et si elle est mal exécutée plusieurs problèmes peuvent en dériver dont le principal est un traitement inapproprié (Worley, 2004). Les données recueillies lors de l'évaluation se doivent d'être inscrites au dossier pour faciliter la communication et le suivi. Collier (1994) et Baranoski et Ayello (2004)

suggèrent que les notes et l'habileté d'évaluation des infirmières peuvent être améliorées par l'utilisation de formulaires. Watret (cité dans Fletcher, 2007) suggère que l'utilisation d'un instrument structuré d'évaluation conduit à des soins plus efficaces.

Documentation des plaies

Nous devons retrouver l'évaluation effectuée dans le dossier du client; pour ce faire des éléments organisationnels peuvent nous y aider tels les outils de documentation des soins infirmiers. Selon l'OIIQ (2002), ces outils doivent respecter trois principes de base. En premier, la documentation doit offrir un soutien clinique à la pratique infirmière, en deuxième elle doit contribuer à la continuité des soins et finalement elle doit apporter à l'évaluation de la qualité des soins.

Selon le premier principe de soutien clinique, la documentation doit « contenir l'information pertinente, exacte et complète; être organisée de façon à offrir un accès facile et rapide à l'information et favoriser la complémentarité des divers outils utilisés » (p.7). Elle doit aussi permettre de porter un jugement clinique. Selon Hess (2005a), la documentation est un guide pour prendre des décisions appropriées et évaluer le processus de guérison. La documentation doit permettre de retracer les éléments qui ont conduit à l'élaboration du plan de traitement ou ses modifications.

Selon le deuxième principe, pour assurer la continuité des soins intra et interdisciplinaires, la documentation doit permettre un accès rapide aux informations pertinentes, complètes, exactes et organisées. Une bonne documentation doit être uniforme pour ainsi assurer un suivi (Sibbald, Orsted, Coutts, & Keast, 2006) et permet une communication efficace et efficiente dans l'équipe de soins.

Selon le troisième principe, la documentation doit apporter à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. La documentation doit « renseigner sur la situation de santé du client, les décisions cliniques de l'infirmière, les interventions faites, les résultats obtenus et les réactions du client » (OIIQ, 2002, p. 37). Hess (2005a) rappelle aussi que les notes au dossier sont la preuve légale que les actes ont été faits; elle parle alors d'évidence de pratique. Malheureusement, souvent les infirmières omettent de documenter leurs observations et leurs interventions. Non seulement elles doivent bien les documenter, mais ces informations doivent aussi être facilement retrouvables. Nous retrouvons cinq recherches (voir tableau en appendice 1) qui ont étudié la documentation des soins de plaies et qui nous donnent des indices pour l'améliorer.

Ces études (Cockbill-Black, 1999; Ehrenberg & Birgersson, 2003; Sterling, 1996; Stremitzer et al., 2007; Zeleznik et al., 2003) démontrent que l'évaluation est une tâche difficile et non standardisée. En effet on peut retrouver un écart important entre les professionnels. La documentation et l'évaluation des clients avec une plaie sont déficientes en ce qui concerne la qualité des notes et la quantité des informations

retrouvées. Ces études démontrent que les outils améliorent les habiletés des infirmières ainsi que la qualité et la quantité d'informations retrouvées au dossier, ce qui est aussi noté dans l'étude de Gunningberg, Fogelberg-Dahm et Ehrenberg (2009) où l'introduction d'un outil informatisé de documentation des plaies de pression a augmenté la quantité des informations retrouvés au dossier du client. Ainsi, plusieurs outils et guides (recommandations) ont été développés pour faciliter l'évaluation des plaies.

On pourrait classer les outils existants en trois catégories : les outils de classification des plaies, les outils d'évaluation de la guérison et les outils développés par les centres de santé pour répondre à leurs besoins, outils qu'on appellera ici, les « outils maison ».

Outils de classification des plaies

Il existe cinq outils ou systèmes reconnus de classification des plaies qui ont été développés. Ils classifient les plaies dans des stades, grades ou selon leurs caractéristiques (voir tableau 1 pour un résumé de ces outils). L'analyse de ces systèmes de classification des plaies permet de dire qu'à l'exception d'un système de classification (le système rouge-jaune-noir), ces classifications sont statiques, c'est à dire qu'ils permettent de classer la plaie, lors de l'évaluation initiale, mais ne peuvent, par la suite, indiquer sa progression, les résultats des soins ni orienter les traitements. Ils ne sont donc pas utiles

Tableau 1 : Outils de classification des plaies

Systeme	Type de plaie	Description	Classification	Particularité
NPUAP (NPUAP, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007; Weir, 2007)	Ulcères de pression	- 6 stades statiques décrivant les pertes tissulaires	- Lésion de type profonde suspectée, I, II, III, IV, X	- Le plus connu - Stades ne peuvent être utilisés en sens inverse lors de la guérison
Marion Laboratories (OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007)	Tous	- Classification selon la couleur la moins désirable des tissus visibles	- Rouge, jaune, noir	- N'est plus recommandé, car interprétation peut être faussée (différents tissus peuvent avoir la même couleur)
University of Texas Treatment based diabetic foot classification system (AIIAO, 2005; Orsted et al., 2006; Sussman & Bates-Jensen, 2007).	Ulcères du pied diabétique	- classe selon le niveau d'infection, de circulation et le risque de lésion. - Évalue la catégorie de risque, prédit les résultats	- numérique de 0 à 3, selon la profondeur - alphabétique de A à D, (degré d'infection et d'ischémie - + de 0 à 6 selon facteurs de risques	- Ce système est validé et rapide, mais classe plus le client dans une catégorie de risque qu'il ne décrit la plaie
Wagner ulcer grade classification (Krasner et al., 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007).	Ulcères aux membres inférieurs	- Établi la profondeur et le degré d'infection - Pour gérer le risque d'ulcération, diagnostiquer ou traiter	- 6 degrés de : 0 à 5 .	- L'un des 2 les plus utilisés pour ce type de plaie
Classification selon la profondeur des dommages tissulaires (Flahr, Woodbury, & Grégoire, 2005; Sussman & Bates-Jensen, 2007)	Presque tous les types de plaies	- Établi la profondeur du dommage tissulaire	- Plaie superficielle, - Plaie de profondeur partielle - Plaie profonde	- Peu d'évidence de sa validité et de sa fidélité

pour faire un suivi de la plaie. Pour le suivi, on se tourne donc vers les outils d'évaluation de la guérison.

Outils d'évaluation de la guérison

Sept outils d'évaluation de la guérison, de suivi des changements dans le statut des ulcères sont répertoriés. La guérison pouvant être décrite « comme la restauration de l'intégrité et du fonctionnement normal des tissus lésés » [traduction libre] (Ferrell, 1997). L'évaluation de certaines caractéristiques des plaies peut nous indiquer la progression de la plaie vers la guérison. Ces caractéristiques doivent être comparées avec les évaluations antérieures pour mesurer la progression (Ferrell, 1997). Le tableau 2 résume les sept principaux outils d'évaluation de la guérison. Suivent ici une description et une critique de ces outils.

Le premier, le « Pressure Sore Status Tool » (PSST), aussi connu sous le nom de « Bates-Jensen Wound Assessment Tool », a été élaboré en 1990 selon une technique Delphi modifiée de 20 experts multidisciplinaires. Il est un instrument pour décrire, évaluer et documenter les plaies de pression par le calcul d'un indice. L'indice peut être comparé dans le temps pour évaluer la guérison ou la détérioration de la plaie (Houghton & Woodbury, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007; Thomas, 1997; Weir, 2007; Woodbury, Houghton, Campbell, & Keast, 1999). Il prend de 10 à 15 minutes pour être complété un temps considéré comme trop long pour l'usage clinique (dans le contexte

Tableau 2 : Tableau résumé des principaux outils d'évaluation de la guérison

	PSST	PUSH	SWHT	Sessing scale	WHS	LUMT
Facteurs évalués	Site, forme, taille, profondeur, bords, espaces sous-jacents, présence tissus nécrosés et quantité, type et quantité exsudat, couleur de la peau environnante, oedème des tissus périphériques, qualité des tissus de granulation et quantité d'épithélialisation	Taille, type tissus, quantité exsudat	hémorragie, macération, espaces sous-jacents, érythème, nécrose, adhérence au bord, granulation, contraction, épithélialisation profondeur, site, phase de guérison	Stade de la plaie	Échelle descriptive à 8 possibilités alphabétique (alternative au reverse staging)	Type et quantité d'exsudat, taille, profondeur, espaces sous-jacents, présence et quantité de tissus nécrotiques et granulation bords, peau environnante type et site d'œdème, charge bactérienne douleur et qualité de vie.
Pointage	13 items évalués selon échelle Likert à 5 points sommation des items	Somme du score des 3 items	Attribue score bon ou non bon pour la guérison pour chaque attribut. Mesure le changement de cotation	Résultat = stade précédent – stade actuel	Assignment d'un ou plusieurs stades	Chaque item évalué sur une échelle de 0 à 4 Sommation des items
Temps pour le compléter	10-15 minutes	5 minutes	Non évalué	1 minute	< 1 minute	Non évalué
Temps de formation	70 minutes	50 minutes	Non évalué	30 minutes	30 minutes	Non évalué

(suite)

	PSST	PUSH	SWHT	Sessing scale	WHS	LUMT
Validité de contenu	Détaillée et appropriée	De base	Non évaluée	Détaillée et appropriée	Non évaluée	Non évaluée
Validité concurrente	Comparée à stades du NPUAP	Vague	Non évaluée	Comparée à NPUAP et diamètre, bonne corrélation	Non évaluée	bonne
Validité prédictive	Non évaluée	Vague	Non évaluée	Valeur significative et ++ prédictive de la guérison	Non évaluée	Non évaluée
Fidélité intra juge	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Test-retest	Non évaluée	bonne
Fidélité inter juge	Bonne	Non évaluée	Non évaluée	donne bonne fidélité	Non évaluée	bonne
sensibilité	Non évaluée	Non évaluée	médiocre	non évaluable	Non évaluée	Aucune donnée

(Ferrell, 1997; Flahr et al., 2005; Houghton & Woodbury, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007; Thomas, 1997; Woodbury et al., 1999)

actuel des soins). Il est donc considéré comme plus approprié comme instrument de recherche (Flahr et al., 2005; Woodbury et al., 1999).

Une version modifiée de cet instrument a été développée. Le « photographic wound assessment tool » utilise une photo de la plaie pour faire l'évaluation. Il a démontré une bonne validité concurrente et une bonne fidélité intra et inter juges (Flahr et al., 2005). L'usage de la photographie, de plus en plus courante, a comme avantage de permettre une comparaison de l'évolution de la plaie et de faire visualiser la plaie à différents intervenants sans ouvrir le pansement ou être présents lors du changement de pansement. La qualité des photos et de leur impression demande cependant un soutien technique minimal. Le désavantage des photos est la perspective en deux dimensions qui peut restreindre l'évaluation.

Le « Pressur Ulcer Scale for Healing » (PUSH), développé par le National pressure ulcer advisory panel (NPUAP), a été conçu pour l'évaluation des changements des plaies de pression. Un groupe d'experts a révisé les échelles existantes par l'analyse statistique des composantes principales. Ils ont produit cet outil valide et fiable de trois éléments qui est utile dans l'évaluation clinique, car il est simple et rapide. Sa simplicité est cependant une arme à double tranchant, n'évaluant que trois éléments soit la taille de la plaie, le type de tissus et la quantité d'exsudat. Cette évaluation est incomplète pour prendre des décisions cliniques quant au traitement de la plaie, car plusieurs éléments sont absents de

l'évaluation. Cet outil est non recommandé pour la recherche (Houghton & Woodbury, 2007; Weir, 2007).

Le troisième instrument, le « Sussman Wound Healing Tool » (SWHT) a été développé comme un outil diagnostique pour faire le suivi de l'efficacité des technologies utilisées dans le soin des plaies de pression. Il se base sur le modèle de guérison des plaies aiguës. Pour compléter l'outil, on doit noter la présence ou l'absence d'une série de dix caractéristiques descriptives de la plaie. Ces caractéristiques sont ensuite classées comme facilitant ou nuisant à la guérison. Par la suite, on note la taille, l'étendue des dommages, la localisation de la plaie et finalement la phase de guérison. Le but de l'outil est de voir une progression des caractéristiques vers la catégorie facilitant la guérison (Sussman & Bates-Jensen, 2007). Les désavantages de cet outil sont une demande de connaissances avancées pour permettre l'identification de la phase de guérison, l'utilisation du modèle de guérison des plaies aiguës qui a démontré son inefficacité dans le traitement des plaies chroniques ainsi que sa validité et sa fidélité qui ne sont pas encore connues (analyse en cours). Thomas (1997) énonce que cet outil ne permet pas de séparer les plaies qui guériront, de celles qui ne le feront pas, car la moitié des indicateurs sont favorables à la guérison et l'autre moitié sont défavorables donc, des scores qui s'annulent. Il énonce par ce fait que la sensibilité serait, selon lui, médiocre.

Selon Ferrell (1997) et Thomas (1997), le prochain outil, l'échelle de Sessing, est une échelle descriptive de sept stades qui mesure la guérison des plaies de pression. Cet

outil a été développé à travers une série d'entrevues en se basant sur le modèle de Benner. Des infirmières spécialisées dans les soins de plaies ont déterminé les variables à inclure dans l'instrument puis l'ont testé. Leurs commentaires et recommandations ont conduit à la version finale de l'outil. Dans cet outil, l'on doit associer la valeur numérique correspondante à la description la plus proche des observations de la plaie. On évalue la guérison de la plaie selon la différence des scores obtenus à des moments différents. Les tests de validité de contenu, concurrente et prédictive sont démontrent de bons résultats et la fidélité par test-retest est satisfaisante (Ferrell, 1997; Flahr et al., 2005; Thomas, 1997). Les avantages de cet outil sont sa simplicité (une valeur à choisir) et sa rapidité d'exécution (moins d'une minute). Les désavantages de cet outil sont qu'il ne donne pas des données pour assurer le suivi et que sa sensibilité n'est pas connue (Thomas, 1997).

Le « Wound healing scale » (WHS) propose une échelle descriptive pour tous les types de plaies. Il consiste en huit codes alphabétiques qui décrivent des caractéristiques de plaies. Une plaie peut donc avoir un ou plusieurs codes selon le nombre de caractéristiques auxquels elle répond. Ceci rend son interprétation difficile. La progression de la guérison n'est pas claire et cette échelle n'a pas été testée. Donc, malgré sa capacité d'adaptation aux différents types de plaies, son utilisation est peu recommandée (Thomas, 1997; Woodbury et al., 1999).

Le « Leg ulcer measurement tool » (LUMT) est un outil qui a démontré une bonne validité concurrente et une bonne fidélité intra et inter juges, mais il est très restreint. Il est

indiqué pour le suivi des ulcères aux membres inférieurs seulement, il est donc non utile dans la situation actuelle (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2004; Flahr et al., 2005).

Tous ces outils donnent des indices sur la guérison, la progression à travers le temps. Malheureusement, aucun ne collecte des données sur l'état de santé du client et peu permettent de suivre les caractéristiques physiques de la plaie. L'analyse et les modifications des caractéristiques de la plaie sont primordiales; elles permettent de comprendre les processus physiologiques inhérents à la plaie et d'orienter le traitement ce qui est l'un des buts prioritaires de l'évaluation.

Pour résoudre les lacunes identifiées dans ces outils, plusieurs centres ont choisi de développer leurs propres outils, des formulaires dit « maison ». Ces outils sont malheureusement peu testés, peu validés et souvent non publiés. L'analyse de certains outils retrouvés apporte cependant des idées intéressantes. Par exemple, plusieurs utilisent des pictogrammes pour situer les sites de plaies, les espaces sous-jacents ou les sinus. Une équipe australienne (Saunders & Rowley, 2006) a analysé 22 outils « maison ». Puis elle a décidé de fabriquer leur propre outil, car les outils retrouvés étaient longs, laborieux à compléter et trop complexes. Les auteurs ont opté pour un outil comprenant deux parties : l'une sur l'évaluation initiale et l'autre pour le suivi. Pour maximiser l'adhésion, ils ont utilisé les cases à cocher plutôt que les formules descriptives et ont assemblé chaque partie sur une page. Cet outil faisant partie du dossier, les informations retrouvées n'avaient pas

à être dupliquées dans le dossier. Ceci rejoint la position de l'OIIQ (2002) que la venue de nouveaux outils doit apporter un plus au dossier, qu'ils doivent être complémentaires aux divers outils déjà existant.

L'analyse des outils d'évaluation et de documentation présentés conduit à dire qu'aucun outil ne satisfait actuellement à la définition d'évaluation qui doit comprendre une évaluation initiale dressant un portrait global du client et un suivi de sa progression. Le choix de l'intervention devient donc l'élaboration d'un outil qui répond aux besoins du centre, permet une évaluation basée sur des données probantes et fournit un cadre aux infirmières pour développer leurs habiletés d'évaluation.

Cadre théorique pour l'intervention

Notre but étant de créer un outil qui permet aux infirmières d'émettre un jugement clinique, des informations pertinentes et révélatrices de l'état de santé du client, de sa plaie et de son évolution sont nécessaires. Pour structurer cette vision, l'utilisation d'un modèle est un outil facilitant, il permet de comprendre ce qui se passe, il est une lunette qui oriente notre vision.

L'utilisation d'un modèle de gestion des plaies peut aider à effectuer l'évaluation, à émettre un jugement clinique. Il permet de faire le lien entre les données recueillies, les traitements effectués et la guérison de la plaie (Fletcher, 2007). Un modèle peut aussi aider à découvrir l'étiologie d'une plaie non conventionnelle (Muir & Watret, 2006). Watret (cité dans Fletcher, 2007) explique qu'on retrouverait dix bénéfices à l'utilisation d'un modèle pour structurer l'approche d'évaluation des plaies, à savoir :

- Compréhension et documentation universelle
- Identification des facteurs dominants qui créent une barrière à la guérison
- Utile à l'identification des facteurs substituts ou intermédiaires
- Minimise la pratique diverse
- Facile d'utilisation par des cliniciens de différents niveaux
- Support l'efficacité des soins
- Éducatifs
- Permet de faire des vérifications
- Permet de retracer les processus et les résultats
- S'accorde avec les formulaires et lignes directrices d'utilisation des pansements (p. 463).

Préparation du lit de la plaie

Le modèle de la préparation du lit de la plaie est un cadre recommandé par plusieurs auteurs pour effectuer l'évaluation et le suivi des plaies (Fletcher, 2007; Schultz et al.,

2004; Schultz et al., 2003; Sibbald et al., 2006) et il est le cadre de référence pour les lignes directrices de l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP). Il est une base solide à l'évaluation initiale, aux choix des traitements, au suivi de la plaie et à l'évaluation des effets des interventions.

La préparation du lit de la plaie est un paradigme actuel en soins de plaies chroniques (Falanga, 2000; Sibbald et al., 2000). On le définit comme la : « gestion de la plaie pour accélérer la guérison endogène ou faciliter l'efficacité des autres mesures » (Schultz et al., 2003, p. S9). L'origine de ce modèle découle de l'inefficacité des traitements connus et expérimentés sur les plaies aiguës pour traiter les plaies chroniques. Les plaies chroniques subissent un échec à la guérison, elles ne progressent pas vers la guérison selon le modèle représenté par la cascade de guérison. Il s'accumule certaines molécules qui causent des dérèglements cellulaires, qui bloquent le processus de guérison dans les phases d'inflammation et de prolifération et qui rendent les facteurs de croissance non disponibles à exercer leur rôle (Schultz et al., 2004). Ces problèmes et les sous pathologies qui conduisent à des échecs de guérison doivent être connus et traités afin de permettre une transition vers la guérison. La figure 1 illustre le modèle de préparation du lit de la plaie selon l'ACSP.

Le modèle encourage une application systématique de la gestion des plaies par une évaluation holistique des individus, par une identification des barrières à la guérison puis par une gestion des tissus (Dowsett & Ayello, 2004; Falanga, 2000; Fletcher, 2005; Sibbald et al., 2000). L'évaluation de l'état de santé globale de l'individu comprend

l'histoire des maladies actuelles, des maladies antérieures et de la médication. Il faut identifier et traiter les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui peuvent causer les dommages tissulaires ou entraver la guérison. On doit s'assurer d'un apport sanguin adéquat pour permettre l'apport en oxygène et en nutriments. On doit aussi évaluer les besoins particuliers du client, en terme de qualité de vie et de douleur (Falanga, 2000; Schultz et al., 2003). Par la suite, la gestion locale de la plaie précise certains obstacles à la cicatrisation et guide les intervenants dans l'évaluation et le traitement des plaies chroniques. Le soin local de la plaie a été résumé sous l'acronyme TIME par le *Comité consultatif sur la préparation du lit de la plaie* (Wound Bed Preparation Advisory Board) (Schultz et al., 2003). Il représente les quatre principes de la gestion locale de la plaie.

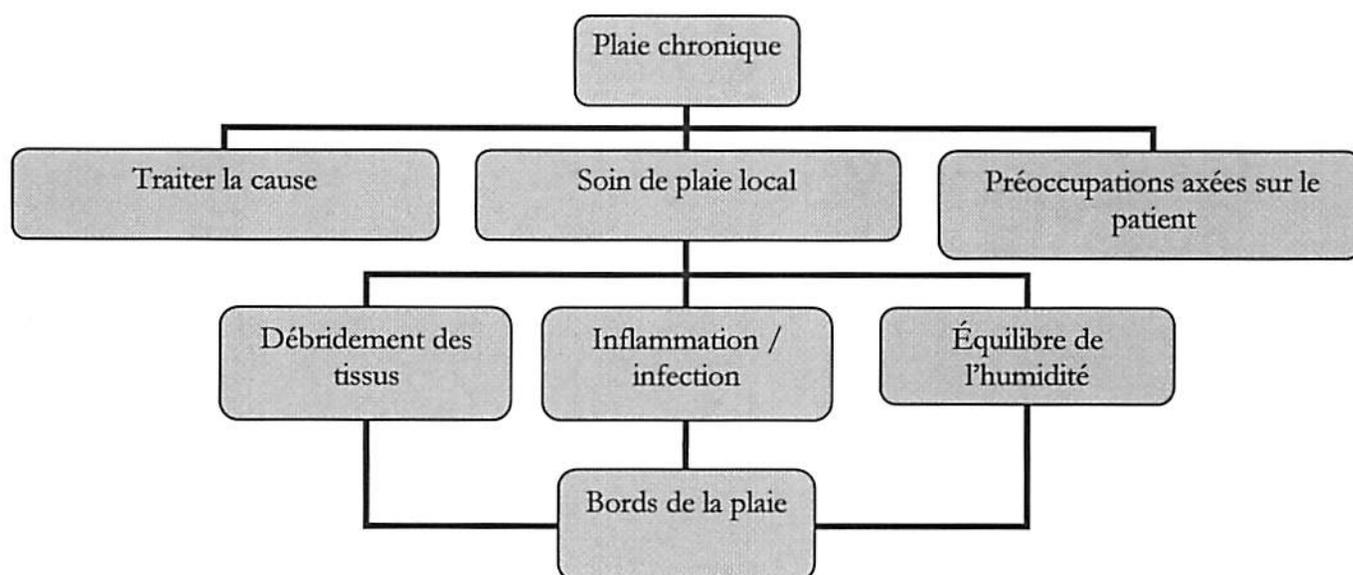


Figure 1 : Modèle de la préparation du lit de la plaie selon l'ACSP.

(Sibbald et al., 2006)

Le premier principe du TIME, le « T », désigne les tissus nécrosés, non viables qui doivent être contrôlés et retirés. Leur présence brime la guérison, augmente la demande du corps pour l'autolyse; prolonge la phase inflammatoire et compromettent la restauration de la peau et de ses fonctions. Les tissus dévitalisés empêchent l'évaluation de la profondeur de la plaie et peuvent créer des odeurs nauséabondes (Falanga, 2000; Krasner et al., 2001).

La deuxième lettre du TIME, le « I », représente l'inflammation et l'infection qui doivent être contrôlées. Les plaies chroniques sont sujettes à stagner à la phase d'inflammation, ce qui provoque en un relâchement d'enzymes cytotoxiques, de radicaux libres et de médiateurs d'inflammation dans la plaie, ce qui blesse les tissus et crée de l'hypoxie cellulaire. Ce phénomène d'autodestruction apporte une augmentation de la prolifération bactérienne et une diminution du système immunitaire qui tente de diminuer les dégâts (Fletcher, 2005; Krasner et al., 2001).

Les plaies chroniques sont aussi propices à l'infection compte tenu de leur ouverture à longue échéance. Leur lourde charge bactérienne et fongique ainsi que l'hypoxie contribuent à leur caractère chronique. Il est important de bien évaluer la charge bactérienne d'une plaie. Sur un continuum croissant de présence bactérienne, on retrouve quatre stades : la contamination, la colonisation, la colonisation critique et l'infection. Aux stades de contamination et de colonisation, la présence de bactéries stimule la phase inflammatoire. Par contre, quand la charge bactérienne devient importante (colonisation critique et infection), on note un retard de cicatrisation. Les infections chroniques retardent

la guérison et diminuent la résistance des tissus.

La troisième lettre de l'acronyme TIME, le « M » représente le maintien du taux d'humidité, la plaie doit être maintenue humide pour faciliter la guérison. Il faut prévenir la déshydratation, mais il faut aussi empêcher la macération des tissus ce qui empêche la migration cellulaire, favorise la dévitalisation des tissus et l'infection. Et puisque la plaie évolue avec le temps, il faut donc évaluer régulièrement la quantité d'exsudat et adapter le traitement en conséquence.

La dernière lettre du TIME, le « E », signifie l'épidermisation à partir des berges. Les cellules épidermiques migrent du pourtour de la plaie vers le tissu de granulation, faisant avancer les bords de la plaie. Les berges de la plaie se doivent donc d'être saines et attachées au lit de la plaie. Pour évaluer s'il y a migration et ré-épithélisation, il est important de mesurer à intervalles réguliers la superficie de la plaie. On prédit que si dans les deux à trois premières semaines la surface d'une plaie diminue de 20 à 40 %, elle guérira (Falanga, 2004; Flanagan, 2003). Il faut aussi combler les espaces morts et les sinus avant de permettre la fermeture de la plaie en superficie, ceci permet d'évacuer l'exsudat et prévient les abcès.

À partir du modèle de la préparation du lit de la plaie, l'Association canadienne du soin des plaies a élaboré cinq guides de pratique clinique dont l'un sur la préparation du lit de la plaie (Sibbald et al., 2006). Ce dernier regroupe 12 recommandations de pratiques

exemplaires (voir l'appendice 3). Quatre différentes dimensions du soin des plaies, extraites du modèle, composent ces recommandations soit : identifier et traiter la cause, aborder les besoins particuliers du client, procurer un soin local à la plaie et fournir un soutien organisationnel.

Parmi les douze recommandations ci-haut mentionnées, nous en retrouvons cinq (les recommandations 1, 3, 5, 8 et 10) qui abordent l'évaluation. La recommandation cinq porte sur l'évaluation locale de la plaie. Cette recommandation est classée au niveau de preuve IV, c'est-à-dire qu'elle est issue de rapport de comités d'experts ou d'opinions d'experts et/ou de l'expérience clinique d'autorités reconnues. Cette recommandation a pour but de déterminer si la plaie évolue vers la guérison et d'uniformiser et faciliter la documentation. Elle recommande d'« évaluer et faire le suivi de la plaie et de ses caractéristiques physiques (emplacement et MEASERB) » (Sibbald et al., 2006, p. 74). L'acronyme MEASERB signifie Mesure, Exsudat, Apparence, Souffrance, Espaces sous-jacents, Réévaluer et Bord. Il représente les caractéristiques physiques nécessaires pour une évaluation locale cohérente et complète de la plaie selon ce cadre de référence. Il fournit les renseignements nécessaires aux décisions et au suivi de la plaie.

En résumé, le cadre de la préparation du lit de la plaie fournit les assises théoriques pour structurer l'évaluation faite par les infirmières. Celles-ci doivent se questionner sur les causes de la plaie, les facteurs nuisant ou retardant la guérison, les besoins particuliers du client, dont la gestion de la douleur puis sur les facteurs locaux de la plaie contenus

dans l'acronyme TIME. L'utilisation d'un outil utilisant ce cadre théorique favorise son appropriation, structure l'évaluation et permet une documentation pertinente, exacte, complète et uniforme.

Ce cadre conçu pour répondre aux besoins des plaies chroniques peut, selon l'auteure s'appliquer aux plaies aiguës. Généralement, la cause de ces plaies (brûlure, trauma ou chirurgie) est enrayerée rapidement après son apparition. Les facteurs qui peuvent nuire à la guérison d'une plaie sont les mêmes que la plaie soit d'origine aiguë ou chronique, car elles sont reliées à la condition de santé de l'individu. Finalement la gestion de la plaie doit tenir compte des mêmes facteurs, soit le débridement des tissus nécrosés, la prévention de l'infection, le maintien d'un milieu humide et de bords sains pour optimiser la guérison. Le paradigme de la préparation du lit de la plaie ainsi que les recommandations de l'ACSP servent donc de cadre de référence en soins de plaie pour l'élaboration d'un outil d'évaluation pour le CSSS participant.

Méthodologie

Pour concevoir ce projet, une méthodologie relativement simple, efficace et couramment utilisée dans le développement et la validation de contenu d'outils cliniques et de recherche a été identifiée. Cette méthodologie développée par Lynn (1986) est ici présentée dans ses deux phases soit : le développement de l'outil, puis l'évaluation et la validation de son contenu. La validation de contenu est un élément qui doit être évalué lors de la construction d'outils contrairement aux autres types de validation qui sont effectués par la suite (Beck & Gable, 2001).

En effet, dans le domaine de la recherche en sciences infirmières, la méthodologie la plus utilisée pour procéder à la validation de contenu est l'utilisation de l'index de validité de contenu (IVC). Cette méthode a été largement utilisée depuis les années 80 et l'étude de Lynn en 86 a eu une influence importante dans sa dissémination (Polit, Beck, & Owen, 2007). En effet, l'on peut maintenant retrouver plus de 300 articles qui citent la méthodologie développée par Lynn (1986) dans le moteur de recherche Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL). Parmi les autres approches, on retrouve l'utilisation du pourcentage moyen de congruence qui équivaut à l'IVC moyen de l'outil et l'utilisation du coefficient alpha pour qualifier l'accord entre des personnes reconnues comme expertes dans le domaine à l'étude. On peut aussi calculer le coefficient de kappa pour des évaluateurs multiples (Polit & Beck, 2006; Polit et al., 2007; Waltz & Bausell, 1981). En général, les chercheurs n'ont pas adopté ces autres mesures et l'utilisation du IVC est un choix largement utilisé et recommandé, car il est facile à

comprendre, utiliser, communiquer et permet l'amélioration de l'outil, ce qui est son but premier (Polit et al., 2007).

La méthodologie sélectionnée (Lynn, 1986) a comme avantage d'apporter un volet sur le développement de l'outil en plus d'utiliser l'approche la plus courante pour quantifier la validation. Les auteurs la présentent comme étant une méthodologie pour développer un instrument clinique et procéder à la validation de son contenu (Gates, Fitzwater, & Deets, 2003; Grant & Davis, 1997; Wynd & Schaefer, 2002; Zuzelo, Inverso, & Linkewich, 2001). Elle a été utilisée pour développer différents outils pour les infirmières. Par exemple, cette méthodologie a servi pour développer des instruments qui répertorient les comportements violents subits par le personnel (Gates et al., 2003), qui mesurent le support social (Murray, 2000), mesurent les comportements utilisés par les soignants pour prévenir ou réduire la violence (Gates et al., 2003). On en retrouve aussi qui évaluent le risque de souffrir d'ostéoporose (Wynd & Schaefer, 2002) ou les symptômes de dépression (Vogt, King et al. (cité dans Onega, 2008)). Aucun outil pour évaluer une plaie utilisant cette méthodologie n'a été retrouvé. On retrouve cependant la validation d'un guide clinique sur les plaies de pression; le groupe de recherche a utilisé une méthodologie similaire en procédant à une compilation et une comparaison des données de la littérature existante. Puis ces chercheurs ont procédé à un sondage à grande échelle pour déterminer l'IVC de chaque élément (Bolton, Girolami, Slayton, Berger, Foster, Whittington et al., 2008).

La méthodologie proposée (Lynn, 1986) se divise en deux phases. La première phase permet de développer l'outil par une recension des écrits sur le domaine et ses éléments, puis la deuxième phase permet l'évaluation et la validation du contenu de l'outil développé par la consultation d'un groupe d'experts dans ce contenu (voir tableau 3).

Tableau 3

Étapes pour déterminer la validité de contenu d'un instrument

Étapes

Première phase : Développement de l'instrument

- 1 : Identification du domaine
- 2 : Identifier et choisir les éléments du domaine
- 3 : Intégration des éléments en un outil utilisable

Deuxième phase : Quantification de la validité

- 4 : Évaluation et quantification de la validité de contenu des éléments
- 5 : Évaluation et quantification de la validité de contenu de l'instrument

Adapté de Lynn, 1986, p. 383

Selon Lynn (1986) et Grant et Davis (1997), la première phase de cette méthodologie se subdivise en trois étapes. La première étape est l'identification du contenu. Il existe deux méthodes pour procéder à l'identification du domaine. La méthode varie si le domaine est de type affectif ou cognitif. Le présent sujet étant d'ordre cognitif, les soins de plaies, cette étape est réalisée par une revue de la littérature sur le sujet (Lynn, 1986; Mastaglia, Toye, & Kirstjanson, 2003). La seconde étape est l'identification des éléments représentant le domaine. On doit identifier, à partir de la littérature, couplé avec l'expérience de l'auteur, les éléments à évaluer chez une personne nécessitant des soins de

plaies. La troisième étape consiste à assembler ces éléments sous un format convivial pour les utilisateurs, soit l'outil d'évaluation du client nécessitant des soins de plaie.

La deuxième phase de cette méthode permet l'appréciation, par un groupe d'experts, du contenu de l'outil développé. La validation de contenu est définie comme une mesure permettant de déterminer si le contenu de l'outil est pertinent et s'il représente le concept à l'étude et uniquement celui-ci (LoBiondo-Wood, Haber, Cameron, & Singh, 2005; Lynn, 1986; Wynd & Schaefer, 2002; Wynd, Schmidt, & Schaefer, 2003; Zuzelo et al., 2001). On cherche aussi à évaluer la clarté de ce contenu, c'est-à-dire si les éléments énumérés sont clairs et compréhensibles pour les lecteurs (Mastaglia et al., 2003). Cette phase comporte deux étapes, soit les étapes quatre et cinq de la méthodologie. L'étape quatre quantifie et évalue la validité de contenu de chaque élément par l'analyse de la pertinence et la clarté de chaque élément. Finalement, l'étape cinq évalue et quantifie la pertinence et la clarté globale de l'outil.

Échelle de pertinence	1 = non pertinent,
	2 = peu pertinent ou modifications majeures nécessaires
	3 = pertinent ou modifications mineures nécessaires
	4 = très pertinent

Pour procéder à cette validation de contenu, on doit donc créer un questionnaire sur lequel des experts se prononcent sur la pertinence de chaque élément selon une échelle de type Likert à quatre niveaux puis sur la pertinence globale de l'outil selon cette même échelle. L'échelle à quatre niveaux permet une discrimination des données utile à

l'amélioration de l'outil. Par exemple, un élément qu'un expert juge pertinent, mais pour lequel il souhaiterait une reformulation ou des précisions sur cet élément, il peut alors l'exprimer par un 3. Sans cette discrimination, l'expert pourrait être tenté de juger cet élément ayant besoin de modifications mineures comme étant non pertinent, donc de fausser le résultat. Une échelle paire permet par la suite de séparer les données en deux groupe (dichotomique) pour permettre le calcul de l'indice de validité de contenu (Grant & Davis, 1997; Lynn, 1986).

Dans ce questionnaire, on doit inclure des questions pour déterminer si l'outil est clair, complet (sans omission) et adéquat. On doit finalement recueillir leurs commentaires pour améliorer l'outil (Beck & Gable, 2001; Grant & Davis, 1997; Lynn, 1986). Pour faciliter les chances de réussite, McGibbon (1997) suggère de présenter ce questionnaire selon un format le plus convivial possible. Les principaux points pour atteindre cet objectif sont les suivants :

- Utiliser un papier de format A-4;
- Inclure au début des instructions claires;
- Avoir une séquence logique dans les questions;
- Regrouper les questions sur un même thème;
- Ne pas séparer une question sur deux pages;
- Introduire des phrases de liaison entre les modules;
- Répéter les instructions si le style de questions change;
- Utiliser des questions fermées avec une case à cocher lorsque c'est possible.

Une brève introduction est donc émise avec des instructions pour l'expert puis l'échelle de pertinence est illustrée. Ensuite, chaque élément retrouvé sur l'outil est repris, dans sa forme textuelle. Il est alors demandé à l'expert de noter sa pertinence, selon

l'échelle de pertinence fournie et la clarté du même élément avec une échelle nominale à deux choix, soit oui pour un élément clair ou non si l'élément n'est pas clair. Après chaque élément, un espace est prévu pour ajouter des commentaires. Par la suite, cinq questions s'ajoutent pour évaluer si les éléments sont complets et adéquats (Grant & Davis, 1997).

La première question porte sur la pertinence globale de l'outil, elle est sous le même format que les questions sur les éléments individuels (étape 5). La deuxième question demande si l'outil comporte des omissions. La troisième question demande si la terminologie utilisée est appropriée à la clientèle visée. La quatrième question demande si les mesures sont adéquates pour l'usage prévu. Et la dernière question permet aux experts d'ajouter des commentaires ou des suggestions sur des éléments non demandés. Ces questions sont sous un format de deux choix de réponse, oui ou non et un espace est réservé pour préciser leur opinion.

Planification de l'analyse

À la réception des questionnaires complétés, on fusionne en deux niveaux l'échelle de pertinence. Les éléments qui obtiennent un résultat de 3 ou 4 reçoivent la cote pertinente et les éléments qui obtiennent un résultat de 1 ou 2 sont classés non pertinents (Grant & Davis, 1997; Lynn, 1986). Selon Lynn (1986), l'analyse des réponses se fait par l'utilisation de l'index de validité de contenu (IVC). L'index est la proportion des

éléments qui ont été cotés pertinents (3) ou très pertinents (4) sur l'échelle de Likert (Waltz & Bausell, 1981).

Cet index est calculé pour chaque élément individuellement puis il est calculé pour l'instrument en entier par le calcul de l'IVC moyen et le calcul de l'IVC de la question sur la vision d'ensemble du questionnaire (Beck & Gable, 2001; Polit & Beck, 2006; Polit et al., 2007). Pour procéder à cette analyse quantitative, le logiciel de statistique SPSS version 12.0 est utilisé. Pour l'IVC des éléments individuels, un indice 0,70 est jugé minimal pour l'accord entre les juges, cependant un indice de 0,78 est considéré comme adéquat (Polit & Beck, 2006; Wynd et al., 2003). Pour les besoins de ce projet, un accord minimal de 78 % est recherché. Pour l'IVC moyen, un résultat de 0,90 et plus est recherché (Polit & Beck, 2006). Si un élément est jugé non pertinent, il doit être révisé ou retiré (Lynn, 1986; Polit et al., 2007). Par la suite, les commentaires notés par les experts sont lus, compilés sous forme de tableaux et analysés pour permettre l'amélioration de l'outil.

Identification des expertes

Après avoir créé le questionnaire, des experts dans l'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies le complètent. Pour sélectionner ces personnes, Grant et Davis (1997) précisent la notion d'expert comme étant une personne qui a reçu une formation ou qui a une expérience jugée pertinente dans le domaine à l'étude. Ils

suggèrent, par exemple, de sélectionner une personne qui a déjà fait des publications, des présentations ou de la recherche dans ce domaine ou une personne qui présente une bonne expertise clinique. Pour permettre un large éventail d'expertise, les experts sélectionnés dans ce projet proviennent de différents milieux (enseignement, recherche et clinique) et ont au moins l'une des caractéristiques décrites précédemment. L'objectif de ce projet étant de produire un outil destiné à des infirmières francophones de la région, les expertes devront être elles-mêmes infirmières, lire et comprendre le français et être Canadiennes pour bien comprendre les enjeux de l'évaluation et de l'inscription des notes aux dossiers, dans le contexte du centre hospitalier visé par l'intervention.

Selon les différents auteurs, on suggère que de deux à 20 personnes devraient constituer le groupe d'experts. Ce nombre varie selon l'expertise recherchée, la représentation du groupe et le degré de validité recherchée (Grant & Davis, 1997). Certains font mention qu'un groupe de plus de dix personnes est non nécessaire (Lynn, 1986; Polit et al., 2007). Selon Lynn (1986), pour obtenir un niveau de signification intéressant ($p \geq 0,05$), un minimum de six experts est requis (voir tableau 4) car à moins de cela, l'unanimité complète est requise ($IVC = 1,00$). Pour obtenir ce minimum de six expertes, un groupe de dix est sollicité et aucun recrutement préalable n'est effectué. Les infirmières sollicitées recevront les documents par courrier à leur adresse professionnelle retrouvée sur le site web de leur ordre professionnel.

Tableau 4

Taux d'accord entre les experts, selon le nombre d'experts qui appuient l'élément

Nombre d'experts	Nombre d'experts qui appuient l'élément ou l'instrument comme étant valides								
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1,00								
3	0,67	1,00							
4	0,50	0,75	1,00						
5	0,40	0,60	0,80	1,00					
6	0,33	0,50	0,67	0,83	1,00				
7	0,29	0,43	0,57	0,71	0,86	1,00			
8	0,25	0,38	0,50	0,63	0,75	0,88	1,00		
9	0,22	0,33	0,44	0,56	0,67	0,78	0,89	1,00	
10	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,90	1,00

Au-dessus de la ligne, en caractères gras, on retrouve la proportion des experts qui doivent appuyer l'élément pour établir une validité de contenu (niveau de signification de 0,05)

[Traduction libre et adaptation de :] (Lynn, 1986, p. 384)

Après avoir déterminé la composition du groupe d'experts, il faut déterminer comment procéder pour solliciter leur participation. Grant et Davis (1997) détaillent les informations à fournir au groupe d'experts sélectionnés :

- ✓ Lettre de présentation
- ✓ Base conceptuelle
- ✓ Les outils à évaluer
- ✓ Le questionnaire avec des instructions claires sur la façon de le compléter. Il doit évaluer :
 - La pertinence
 - La clarté des éléments,
 - Si l'outil est complet,
 - S'il y a utilisation adéquate et appropriée des éléments,
 - Et de plus, il doit laisser de la place pour des suggestions de la part des experts

Informations à envoyer aux experts sélectionnés

Une lettre de présentation sollicite la participation des experts sélectionnés, elle explique pourquoi ils ont été choisis, le but et la valeur de ce qu'ils feront. Elle décrit le type d'instrument à évaluer, ce qu'il mesure et finalement elle les informe sur les éléments qui leur seront demandés (voir lettre en appendice 4). Par la suite, les bases conceptuelles utilisées pour développer l'instrument sont rappelées, à l'aide d'un résumé du cadre théorique utilisé. Finalement, les outils développés qui sont à valider sont inclus dans l'enveloppe.

Dans cette situation, la dispersion géographique des répondants exige un envoi postal du questionnaire et des documents annexés (lettre de présentation, modèle théorique, outil à évaluer, questionnaire à compléter et consentement). Les participants sont alors libres de choisir le lieu et le moment pour remplir le questionnaire. Ceci constitue un avantage à la méthodologie sélectionnée, car nous n'avons pas à réunir les experts et composer avec leurs disponibilités. L'envoi postal comporte aussi les avantages d'être une mesure économique et de réduire l'influence de l'investigatrice du projet ainsi que de la désirabilité sociale (McGibbon, 1997). Une enveloppe de retour pré affranchie est fournie, pour faciliter le retour des questionnaires et du consentement (McGibbon, 1997).

Considération éthique

Ce projet demande aux participants d'émettre leur jugement professionnel sur l'outil développé. Il est donc considéré comme un projet à risque minimum. Les participants ne risquent pas de subir de préjudices et ils pourraient même voir un avantage en participant au développement de la pratique infirmière. Leur participation est volontaire, ils doivent signer un consentement en deux exemplaires, l'un à conserver et l'autre à retourner avec leur questionnaire. Dans ce consentement, on retrouve le but de l'intervention, l'utilisation qui sera faite des données ainsi que la nature confidentielle des données recueillies (voir appendice 5). La chercheuse s'engage à ce qu'en aucun moment les noms des participants ne soient publiés et que les informations fournies ne permettent pas l'identification des participants. Les documents confidentiels sont gardés sous clé à l'Université du Québec en Outaouais, dans le bureau de la directrice d'essai de l'étudiante et ils seront détruits cinq ans après la publication de l'essai. Les questionnaires ne comportent aucun nom et aucune donnée démographique permettant l'identification des participants. Afin de satisfaire aux exigences éthiques en recherche, le projet est soumis au Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Un certificat d'éthique est émis par le comité (voir appendice 6).

Limites

Cette intervention comporte des limites. La première réfère à l'utilisation de l'IVC. Wynd et al. (2003) ont comparé l'utilisation de l'indice de validité de contenu (IVC) tel

que suggéré par la méthodologie de Lynn (1986) avec l'utilisation du coefficient de Kappa lors de la validation du contenu d'un instrument sur l'évaluation du risque d'ostéoporose. Selon ces auteurs, lors de l'utilisation de l'IVC, il manque une valeur qui indiquerait, s'il n'y a pas d'accord entre les experts. Toujours selon ces auteurs, il peut y avoir une fausse augmentation de l'accord due à la chance, car seulement deux catégories de réponses deviennent possibles lors du calcul du IVC soit pertinent ou non pertinent. Ces auteurs (Wynd et al., 2003), appuyés par plusieurs statisticiens, recommandent donc d'utiliser de coefficient de kappa qui représente la proportion d'accords, après que la proportion d'accords due à la chance soit enlevée pour mesurer l'accord inter juge.

Critère d'évaluation du Kappa	Excellent > 0,74, Bon = 0,60 à 0,74 Passable = 0,40 à 0.59
-------------------------------	--

Cette position n'est pas appuyée par tous, certains proposent à la place d'avoir un accord de tous les experts s'ils sont moins que six et d'obtenir un résultat de plus de 0,78 s'ils sont six experts ou plus (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006). Par la suite, Polit et al. (2007) appuient la position de Wynd, mais précisent la méthodologie pour en faire le calcul où l'on doit tenir compte de l'accord sur la pertinence et non seulement de l'accord. Ils proposent un calcul du Kappa modifié tel que retrouvé dans la figure 2. Donc, pour pallier cette première limite, le calcul du coefficient de Kappa sera ajouté au calcul de l'IVC de chaque élément selon l'échelle décrite par Cicchetti et Sparrow (1981) et Fleiss (1981) (cité dans Polit et al., 2007).

$$K^* = \frac{\text{IVC de l'élément} - p_c}{1 - p_c}$$

p_c = probabilité d'accord due à la chance, selon le nombre d'experts et le nombre d'accords sur la pertinence

Figure 2 : Formule pour calculer le Kappa modifié.

La deuxième limite notée est l'expertise des participants choisis. Selon l'auteur de cette méthodologie (Lynn, 1986), on devrait douter de l'expertise de tout participant qui démontre une incongruence dans ses réponses. Elle cite par exemple, un participant qui évaluerait chaque élément comme étant pertinent, ne noterait aucune omission, mais évaluerait l'outil global comme étant non pertinent. Si une telle situation se présente, le questionnaire de ce participant sera retiré des données recueillies.

La troisième limite identifiée dans le modèle de Lynn (1986) est le peu d'informations disponibles pour préciser la réalisation de la troisième étape. Cependant, une équipe australienne (Saunders & Rowley, 2006) qui a réalisé une étude sur 22 outils maison d'évaluation des plaies, pour ensuite concevoir un outil en deux parties pour évaluer les plaies recommande qu'un outil d'évaluation de plaies, soit simple et exige peu de temps pour être complété. Selon eux, on s'assure ainsi d'augmenter l'adhésion du personnel infirmier. Ils suggèrent, lorsque possible, d'utiliser des cases à cocher et d'inclure, au verso de l'outil, des instructions sur la méthode pour compléter l'outil et faire l'évaluation du client pour s'assurer de l'uniformité des résultats.

Doughty (2004) suggère de structurer les outils d'évaluation sous forme de tableaux qui mettent en évidence les points importants et qui aident à la comparaison. Selon elle, ceci permet de reconnaître l'amélioration, les plateaux ou la détérioration de la plaie. De plus, les outils de type maison recueillis lors de l'analyse de la littérature, guident les choix actuels d'aspect visuel et fonctionnel, par exemple l'utilisation de pictogrammes pour indiquer le site des plaies.

Avantages anticipés

Les principaux avantages de ce projet sont la simplicité et la rapidité de la méthodologie qui peut être utilisée pour construire et valider différents outils (Fourie, Van Rhyn, & Viljoen, 1999; Lynn, 1986; Wynd et al., 2003). La validation du contenu des outils permettra d'avoir des outils pertinents, clairs et complets qui pourront, après leur évaluation, être implantés dans le centre participant.

Des retombées positives de ce projet sont prévues. L'implantation de cet outil devraient augmenter les habiletés des infirmières en évaluation, la qualité et la quantité de leur documentation et la qualité des soins offerts aux clients (OIIQ, 2002; Sibbald et al., 2006; Sterling, 1996). Il y aura aussi des retombées positives pour l'étudiante. La réalisation du projet lui permettra de réaliser ses trois d'objectifs personnels d'apprentissage. Ceux-ci sont de parfaire ses connaissances sur l'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies, d'apprendre une méthodologie pour construire un outil et

finalement, d'apprendre sur les processus de validation d'outil de mesure. L'atteinte de ces objectifs lui permettra de développer ses compétences et ses habiletés dans son travail d'infirmière clinicienne spécialisée.

Échéancier du projet

Pour tracer un portrait global du projet, des principales étapes ainsi que de l'échéancier, un diagramme de Gantt est construit au tableau 5. Les zones hachurées correspondent au deuxième questionnaire qui a été envoyé. Suite à la réalisation de ce projet, il n'y aura pas de présentation des résultats aux participants, car ceux-ci sont répartis dans différents centres. Cependant, une présentation est prévue pour le centre participant ainsi qu'une formation sur l'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies et sur l'utilisation de l'outil. Car l'auteure s'engage, dans le cadre de ses fonctions d'infirmière clinicienne spécialisée, à implanter cet outil dans le centre participant.

Déroulement du projet

Les étapes de la méthodologie proposée pour développer et valider le contenu d'un outil sont ici utilisées pour développer un outil d'évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies. On retrouve au cours des prochaines pages une description détaillée de la réalisation de chaque une de ces étapes soit : l'analyse de la littérature pour identifier le domaine de l'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies et ses éléments constitutifs et le développement de l'outil et du questionnaire pour procéder à la validation de contenu.

Première phase : Développement de l'outil

Étape 1 : Identification du domaine

Le domaine identifié ici est l'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies. L'évaluation telle que décrite précédemment est un processus dynamique qui permet de recueillir, d'organiser et d'interpréter les données recueillies dans le but de porter un jugement clinique, de déterminer la situation de santé d'un client, de cerner ses besoins, ses attentes, de déterminer les priorités de soins et les résultats escomptés. Ce processus permet de planifier ou d'ajuster les interventions, d'établir ou d'ajuster le PTI (Baranoski & Ayello, 2004; Collier, 1994; Fletcher, 2007; OIIQ, 2002, 2004, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007). On rencontre deux formes principales d'évaluation, soit l'évaluation initiale et l'évaluation de suivi. L'évaluation initiale sert à établir un profil holistique du client, pour préciser ses besoins et les priorités de soins. L'évaluation en cours d'évolution ou de suivi consiste à établir des liens entre les données

de l'évaluation initiale ou des évaluations précédentes et l'évaluation en cours pour vérifier l'évolution du client et sa réaction aux traitements.

Ces évaluations doivent être notées au dossier du client pour assurer la continuité des soins intra et interdisciplinaires, car l'inscription au dossier est la preuve que les évaluations ont été faites et elle est un repère pour évaluer les résultats. La documentation des évaluations doit permettre un accès facile et rapide à des informations pertinentes, exactes et complètes. Elle doit permettre de porter un jugement clinique, de guider les décisions cliniques, d'évaluer le processus de guérison et de retracer les éléments qui ont conduit à l'élaboration du plan de traitement ou à ses modifications (Baranoski & Ayello, 2004; OIIQ, 2002; Rijswijk & Catanzaro, 2007).

La majorité des auteurs en soins de plaie s'entendent pour dire que dans le soin des plaies, l'évaluation est une étape déterminante pour établir un plan de traitement efficace. Selon Fletcher (2007), l'évaluation est un préalable à une bonne gestion de la plaie, l'évaluation du patient et de sa plaie facilite l'établissement d'objectifs appropriés, la planification et l'évaluation des soins. Baranoski et al.(2004) expliquent que l'évaluation des plaies est l'image des progrès de la plaie, qu'elle est un processus cumulatif d'observations, de données et d'évaluation, que l'évaluation des plaies comprend l'enregistrement de l'évaluation initiale, des changements en cours et des interventions de traitement. Les deux premières activités, citées par Baranoski et al. (2004), sont retenues dans ce projet.

*Étape 2 : Identifier les éléments compris dans l'évaluation du client nécessitant des soins
de plaies*

Le concept d'évaluation du client étant défini, une revue des éléments à considérer conduit à identifier des éléments qui se retrouvent fréquemment dans l'évaluation d'un client nécessitant un soin de plaie soit :

- L'histoire de la plaie;
- L'étiologie ou la cause de la plaie;
- Le site anatomique;
- Les facteurs de comorbidité, les antécédents ou les facteurs retardant la cicatrisation;
- Le potentiel de guérison, la vitesse de cicatrisation escomptée et la perfusion tissulaire;
- La douleur;
- Les caractéristiques locales de la plaie.

Le tableau 6 : Synthèse des éléments à inclure dans l'évaluation des plaies donne un aperçu de ces éléments, selon différents auteurs. Ces éléments sont intégrés dans le modèle théorique de préparation du lit de la plaie (Falanga, 2000; Sibbald et al., 2000) ainsi que dans les recommandations canadiennes de préparation du lit de la plaie (Sibbald et al., 2006). Les concepts majeurs de la prise en charge de cette clientèle sont les suivants. On doit premièrement, identifier et traiter la cause de la plaie, c'est-à-dire évaluer la probabilité de guérison, diagnostiquer et corriger ou modifier la cause traitable des lésions tissulaires. Ensuite, on doit se pencher sur les besoins particuliers des clients. En évaluant et favorisant la prise en charge de leur douleur et de leur qualité de vie, en leur fournissant l'éducation et le soutien nécessaires pour les fidéliser à leurs traitements. Finalement,

Tableau 6 : Tableau synthèse des éléments à inclure dans l'évaluation des plaies

Référence/	Histoire de la plaie (âge)	Étiologie/ cause/ source	Site anatomique	Facteurs de comorbidités, antécédents ou facteurs retardant la guérison	Potentiel de guérison, vitesse cicatrisation escomptée et perfusion tissulaire	Douleur	Autres facteurs	Caractéristiques locales / physiques de la plaie
Benbow (2009)		✓	✓	✓		✓		✓
Ackley, Ladwig, Swan, & Tucker (2008)			✓	✓		✓	Facteurs causant le dommage	✓
OIIQ (2007)	✓	✓	✓		✓	✓	Histoire de santé	✓
Rijswijk & Catanzaro (2007)	✓	✓	✓	✓	✓		Environnement, signes d'infection ou présence bactérienne	✓
Weir (2007) Pour les plaies de pression			✓			✓		✓
Sussman & Bates-Jensen (2007)	✓		✓			✓	Température de la peau, forme de la plaie, stade plaie ou profondeur des dommages	✓
Sibbald et al. (2006)		✓		✓	✓	✓	Besoins particuliers	✓
Hess (2005a)				évaluation risque, tests entrepris et évaluations effectuées			Plainte du client, histoire de la maladie présente, revue des systèmes	✓
European Wound Management Association (2004)		✓					Besoins psychosociaux	✓

(Suite) Référence/	Histoire de la plaie (âge)	Étiologie/ cause/ source	Site anatomique	Facteurs de comorbidités, antécédents ou facteurs retardant la guérison	Potentiel de guérison, vitesse cicatrisation escomptée et perfusion tissulaire	Douleur	Autres facteurs	Caractéristiques locales / physiques de la plaie
Doughty (2004)			✓				Signes/symptômes d'augmentation de charge bactérienne	✓
CSSS de la Montagne (2007)		✓		✓	✓		Facteurs intrinsèques et extrinsèques à la guérison	✓
Baranoski & Ayello (2004)	✓	✓		✓			Style de vie, examen physique, complications, support et fonctionnement social	✓
Schultz et al. (2003)	✓	✓			✓	✓		✓
Ehrenberg & Birgersson (2003)	✓			nutrition	✓	✓	Activité, sommeil, histoire psychosociale	✓
Australian Wound Management Association (2002)		✓	✓			✓	Impacts physiologiques et psychosociaux	✓
Sterling (1996)		✓	✓	✓		✓		✓
Lazarus et al. (1994)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Facteurs environnementaux, étendus des dommages	✓

on doit se pencher sur le traitement local de la plaie en procédant à l'évaluation et au suivi des caractéristiques physiques, de la charge bactérienne et de la vitesse de cicatrisation escomptée, le tout, en procurant les soins appropriés à ces évaluations (Sibbald et al., 2006).

Éléments compris dans l'identification de la cause.

La gestion des plaies commence par une évaluation du statut de santé du client pour établir ce qui cause la plaie et pour identifier les facteurs qui peuvent empêcher la guérison (Schultz et al., 2003). Pour pouvoir guérir, une plaie a besoin de plusieurs éléments, mais elle doit prioritairement avoir un apport sanguin suffisant; il faut donc évaluer l'état vasculaire et l'œdème. Il faut ensuite identifier et corriger ou modifier les causes traitables (Sibbald et al., 2006). En effet, l'étiologie est un élément important à identifier, car la guérison ne sera pas possible si cette cause n'est pas maîtrisée. De plus le type de plaie influence le choix du traitement. Par la suite, on doit identifier les autres facteurs influençant les chances de guérir par l'histoire de santé (les maladies, la médication et les allergies) et l'évaluation nutritionnelle (ex. : vérifier le taux d'albumine et l'anémie) (Sibbald et al., 2006).

Ces données sont obtenues en regardant dans le dossier, en questionnant le client et en procédant à son évaluation (OIIQ, 2002). Parmi les informations à collecter, on doit retracer l'histoire de la plaie, c'est-à-dire, comment elle s'est développée et comment elle a évolué. On note aussi les traitements qui ont été utilisés dans le passé pour noter les succès

et ne pas tenter de nouveau les traitements qui n'ont pas donné des résultats satisfaisants. Le site anatomique nous donnera aussi des indices pour identifier l'étiologie. Par exemple, les plaies de pressions se retrouvent souvent sur des proéminences osseuses, les ulcères diabétiques sous la plante du pied, les ulcères veineux sur les malléoles et les ulcères artériels sont souvent aux orteils.

Dans l'approche de préparation du lit de la plaie, le but premier est de retirer les barrières à la guérison (Dowsett & Ayello, 2004; European Wound Management Association, 2004; Fletcher, 2007). Pour ce faire, il faut identifier les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui nuisent à la guérison et si c'est possible, agir sur ceux-ci. Par exemple, on peut encourager l'hydratation et la prise de suppléments alimentaires pour améliorer la perfusion tissulaire. Parmi les facteurs nuisibles, nous retrouvons plusieurs maladies chroniques comme le diabète, les maladies inflammatoires, l'insuffisance cardiaque et rénale, plusieurs conditions de santé comme l'anémie, les allergies, un état nutritionnel déficient, de la douleur; certaines médications ou les comportements d'automutilation (OIIQ, 2007). Il faut prendre en compte tous les facteurs de comorbidité qui affectent le potentiel de guérison, la vitesse de cicatrisation et la perfusion tissulaire.

Identifier les besoins particuliers du client.

Le deuxième concept dicte de se pencher sur les besoins particuliers du client en identifiant et évaluant si la personne éprouve de la douleur. La douleur peut-être reliée directement à la lésion tissulaire, aux différents traitements comme les changements de

pansement, à des lésions neurologiques secondaires à la plaie ou elle peut-être reliée aux pathologies sous-jacentes comme le cancer ou l'ischémie (Vézina, 2006). Le CSSS participant possède un outil intéressant qui peut être utilisé ici pour la mesure de la douleur.

La douleur est un élément des besoins particuliers du client qui évolue. Il renseigne sur la progression de la plaie et est aussi un signe d'infection à surveiller. L'évaluation de la douleur doit être effectuée lors de l'évaluation initiale et être réévaluée par la suite, pour estimer la progression et l'efficacité des traitements. La douleur fait généralement partie intégrante des outils évalués, ceux-ci l'incluent habituellement dans les caractéristiques physiques de la plaie (Baranoski & Ayello, 2004; Chaîné, 2006; Labrecque, 2007; OIIQ, 2007; Saunders & Rowley, 2006)

Les facteurs psychosociaux, l'environnement et les ressources internes et externes peuvent influencer l'expérience du client. Il faut tenir compte de leur impact dans le traitement et dans les motivations du client à se conformer au traitement (Sibbald et al., 2006). Par exemple, une personne qui doit aller travailler doit pouvoir bénéficier d'un traitement permettant de vaquer à ses occupations professionnelles.

Éléments compris dans l'évaluation locale de la plaie.

Le troisième concept est l'évaluation des caractéristiques physiques de la plaie. Après avoir obtenu une vision globale du client, il faut se pencher sur l'évaluation locale

de la plaie. Tous les auteurs analysés (revoir le tableau 6) rapportent que les éléments locaux de la plaie doivent d'être évalués (voir appendice 7). Parmi ces éléments, nous en retrouvons sept qui se démarquent soit : la mesure des dimensions de la plaie, l'exsudat, l'apparence du lit de la plaie, les espaces sous-jacents, le bord de la plaie, la peau environnante et l'odeur. Il est important de bien comprendre ce que chacun représente pour être en mesure de les évaluer adéquatement.

Mesure. Le premier élément, la mesure (ou les dimensions de la plaie), réfère aux mesures de la taille, de la superficie ou du volume de la plaie. Les éléments à obtenir sont la longueur (la plus grande distance entre les bords de la plaie), la largeur (la plus grande distance perpendiculaire à la longueur) et la profondeur (distance mesurée entre le bord de la plaie et sa partie la plus profonde). Elle se mesure en centimètres (cm) avec une règle graduée, un coton-tige humidifié, un acétate ou un planimètre (Baranoski & Ayello, 2004; CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; Collier, 1994; Doughty, 2004; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sibbald et al., 2006; Sussman & Bates-Jensen, 2007; Worley, 2004).

Exsudat. Le second élément l'exsudat est « une accumulation de liquide produit par l'activité des cellules présentes dans la plaie » (OIIQ, 2007, p. 60). On doit l'évaluer en fonction de sa quantité et de ses qualités (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sibbald et al., 2006; Sussman & Bates-Jensen, 2007; Worley, 2004). L'exsudat est un élément difficile à évaluer, car aucun instrument validé n'existe pour le mesurer (OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007). On y réfère à l'aide de

descripteurs qualitatifs par exemple exsudat sanguin, sérosanguin, séreux, ou purulent (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Worley, 2004). L'OIIQ (2007) ajoute le qualificatif séropurulent. Le tableau 7 décrit l'aspect qualificatif des différents types d'écoulement.

Tableau 7 : Aspect qualificatif des différents types d'écoulement (OIIQ, 2007)

	<u>Consistance</u>	<u>Couleur</u>
Sanguin :	liquide claire,	rouge à brunâtre
Sérosanguin :	liquide claire,	rougeâtre à rosé
Séreux :	liquide claire,	claire à jaune
Séropurulent :	liquide trouble,	jaune à beige
Purulent :	épaisse opaque,	jaune, beige ou verte

L'évaluation de la quantité varie d'un auteur à l'autre. Plusieurs utilisent une légende pour quantifier l'écoulement, aucune n'a fait l'objet de validation. Il est à noter que les méthodes décrites en termes de nombre de compresses par jour ne peuvent plus s'appliquer avec les nouvelles générations de pansement qui ont une absorption verticale et des alvéoles qui retiennent le liquide. Il est maintenant suggéré de parler du pourcentage du pansement qui est saturé (OIIQ, 2007) ou d'établir une échelle comme celle utilisée dans le Guide pratique en soins de plaies (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004).

Apparence du lit de la plaie. Le troisième élément, l'apparence du lit de la plaie, fait référence à la description du lit de la plaie. Les types de tissus retrouvés dans le fond de la

plaie doivent être identifiés ainsi que leur quantité (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; Doughty, 2004; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sibbald et al., 2006). Les différents types de tissus sont les tissus de granulation, épithéliaux, fibreux, de maturation et la nécrose (escarre et tissus nécrotiques humides). Des structures anatomiques telles que tendons, muscles ou os peuvent être présentes et doivent être notées.

Le tissu de granulation est la croissance de tissus conjonctifs et l'angiogenèse de petits vaisseaux sanguins en boucle qui comblent le lit de la plaie. Le tissu de granulation est rose foncé ou rouge, il est brillant et granuleux, on compare souvent son apparence à celle d'une framboise (Doughty, 2004; OIIQ, 2007; Worley, 2004). Le tissu épithélial est la migration des cellules épithéliales qui recouvrent graduellement le tissu de granulation, pour refermer la plaie. Il se reconnaît par sa couleur rosée ou lavande, il est plus lisse que le tissu de granulation et est généralement luisant (Collier, 1994; Doughty, 2004; OIIQ, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007). Le tissu de maturation est la cicatrice, il est composé de fibres de collagène qui s'organisent et qui se resserrent progressivement au fil des mois, il est généralement blanchâtre chez les personnes de type caucasien et plus foncé chez les personnes de couleur (Vézina, 2006). Les tissus nécrosés sont composés de débris cellulaires qui doivent être éliminés. On les retrouve sous deux formes et différentes colorations. Les escarres sont noires ou brunâtres et elles sont normalement dures et sèches, comme du cuir. Les tissus nécrotiques humides sont filamenteux, mous, humides

et leur couleur varie de jaune, à gris, à crème (Collier, 1994; OIIQ, 2007; Worley, 2004).

Le tissu fibrineux est filamenteux, jaune et adhérent.

Après avoir identifié les différents types de tissus dans la plaie, il faut les quantifier. Il est recommandé de faire une approximation du pourcentage de la présence de chaque type de tissus. Par exemple, on pourrait dire que la plaie comporte 25 % de tissus fibrineux et 75 % de tissus de granulation.

Espaces sous-jacents et sinus. Le quatrième élément est l'évaluation des espaces sous-jacents et des sinus. Ces derniers se définissent différemment, mais leur évaluation et leur traitement sont presque identiques, ils sont donc généralement regroupés comme un seul élément.

Un espace sous-jacent est une zone de destruction, de perte ou d'érosion des tissus sous-cutanés sous les bords de la plaie. Il implique une large zone de destruction. Un sinus ou un tunnel est une extension de la plaie, un conduit étroit dans le tissu sous-jacent à la plaie (OIIQ, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007). On doit évaluer ces deux éléments avec un coton-tige pour mesurer leur extension, leur profondeur (en cm) dans les tissus. On doit noter leur présence et leur orientation selon la technique de l'horloge. La tête du client étant située à midi, on note leur emplacement selon le quadrant horaire où ils se retrouvent (Doughty, 2004; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sibbald et al., 2006;

Sussman & Bates-Jensen, 2007); par exemple, on peut retrouver un sinus de 4 cm à 10 h et un espace sous-jacent de 2 cm de 6 h à 9 h.

Bord de la plaie. Le cinquième élément, le bord de la plaie, est la zone immédiate qui sépare la plaie et la peau environnante. Les cellules du tissu épithélial doivent migrer du bord de la plaie vers l'intérieur pour permettre la contraction et la fermeture de la plaie. Un bord non attaché, roulé, hyperkératosé ou entouré de callosités empêche la fermeture de la plaie. L'importance de bords sains est donc capitale dans la fermeture de la plaie. L'inspection visuelle et la palpation des bords nous donnent des indices sur l'âge de la plaie, sa nature aiguë ou chronique et son étiologie (OIIQ, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007). Avec le temps, le bord de la plaie devient roulé, rigide, induré et grisâtre (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; Doughty, 2004; OIIQ, 2007; Sibbald et al., 2006; Sussman & Bates-Jensen, 2007), ce qui nuit à la fermeture de la plaie. On évalue le degré d'attachement des bords au lit de la plaie, leur définition, leur couleur et leur épaisseur (Rijswijk & Catanzaro, 2007) pour évaluer si les conditions sont favorables à la fermeture de la plaie et pour choisir un traitement pour optimiser l'apparence des bords de la plaie. Les différentes descriptions du bord sont résumées ci-dessous.

- Attaché : égal au lit de la plaie, plat et régulier ou
- Non attaché ou détaché : il existe un espace entre le tissu de granulation et le lit de la plaie.
- Net ou distinct : bien défini ou
- Imprécis ou diffus : bord irrégulier, difficile à délimiter.
- Roulé : s'enroule sur le bord et s'attache en profondeur.
- Avec hyperkératose : peau blanche, épaisse, irrégulière et crevassée (dû à un surplus d'humidité).

- Fibreux : les bords sont indurés, il présente du tissu cicatriciel rigide et peu élastique.
- Callosité : anneau blanc-jaune qui se développe au pourtour des ulcères du pied diabétique. Il est dû à la pression exercée par la déformation du pied neuropathie et le port de souliers non adaptés.

(CSSS de la Montagne, 2007; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007)

Peau environnante. Le sixième élément est la peau environnante (ou le pourtour de la plaie), il correspond aux tissus en périphérie, adjacents à la plaie. On doit en évaluer la texture, les particularités et la couleur. La peau environnante informe des agressions qu'elle subit, par exemple la macération indique un surplus d'humidité ou de liquide qui reste en contact avec la peau. Ce surplus est absorbé par les cellules, ce qui donne un aspect mou et blanchâtre, comme la paume des mains ou des pieds lorsqu'ils sont immergés trop longtemps dans la baignoire. La macération indique que l'exsudat est mal géré (Falanga, 2000; Houghton & Woodbury, 2007; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007).

L'œdème informe sur l'accumulation de liquide extracellulaire due à l'inflammation ou à une mauvaise circulation veineuse. L'œdème et l'excès d'exsudat retardent la cicatrisation. La rougeur de la peau peut être un signe d'inflammation, un signe d'infection ou un signe de réaction de la peau à un agent irritant comme des selles, de l'adhésif ou un médicament. L'inflammation et l'infection doivent être sous contrôle et s'il y a réaction à un irritant, celui-ci doit être éliminé ou contrôlé pour permettre la fermeture de la plaie (European Wound Management Association, 2004). Dans les recommandations de

pratiques de l'ACSP (Sibbald et al., 2006), le bord de la plaie et la peau environnante sont regroupés.

Odeur. Le septième et dernier élément, l'odeur que peut dégager une plaie. L'odeur est rapportée par plusieurs auteurs comme devant être évalué (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; Hess, 2005a; OIIQ, 2007; Saunders & Rowley, 2006; Stevens & Milne, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007; Worley, 2004). Elle s'avère utile à la détection de certaines infections, par exemple, en présence de bactéries anaérobiques, une odeur caractéristique se dégage (OIIQ, 2007; Worley, 2004). On décrit l'odeur en terme de description qualitative et quantitative, de la perception de l'odeur selon des échelles (CLSC-Côte-des-Neiges, 2004; OIIQ, 2007; Rijswijk & Catanzaro, 2007). L'odorat étant un sens subjectif, certains préfèrent l'exclure ou le mettre sous réserve (Ackley et al., 2008; Rijswijk & Catanzaro, 2007; Schultz et al., 2003; Sibbald et al., 2006). Dans ce projet, l'odeur de la plaie ne sera pas inclus dans les éléments à évaluer, car il est subjectif, il n'est pas inclus dans les recommandations de l'ACSP (Sibbald et al., 2006) qui sert de cadre de référence et que la clientèle cible, les infirmières qui compléteront l'évaluation, n'a pas de la formation poussée en évaluation des plaies.

Donc, excluant l'odeur, les six autres éléments (mesure, exsudat, apparence du lit de la plaie, espace sous-jacent et sinus, bords et peau environnante) sont inclus dans les deux parties de l'outil, à savoir dans l'évaluation initiale du client et dans les évaluations de suivi. Pour ce qui est des autres éléments des premiers concepts, soit la cause, les facteurs

nuisibles ainsi que les besoins particuliers du client (excluant la douleur), ils n'ont pas besoin d'être repris, car ils sont généralement stables dans le temps donc, on les retrouve seulement dans l'évaluation initiale telle que dans les outils de Chaîné (2006), Saunders et Rowley (2006) et Baranoski et Ayello (2004).

Avec la mise en place du PTI et du plan de traitement des plaies qui sont maintenant des normes de documentation obligatoire, l'inscription des traitements de plaies est à exclure du formulaire de suivi, contrairement à plusieurs outils « maison » existants. Il est maintenant suffisant d'inscrire dans les notes au dossier : « soins de plaie selon le plan de traitement # X ». Ce plan de traitement étant maintenant un document officiel comparativement au kardex anciennement utilisé.

Étape 3 : Intégration des éléments sur l'outil

L'évaluation demande de prendre en compte les différents facteurs vus à l'étape deux. Pour guider l'infirmière dans la collecte de toutes ces informations et permettre leur documentation, l'intervention comporte la création d'un outil d'évaluation en deux parties, l'une pour l'évaluation initiale et l'autre pour le suivi. La première partie prend la forme d'un outil d'évaluation clinique. Selon l'OIIQ (2002), ce type d'outil permet d'obtenir des données de bases spécifiques pour soutenir la prise de décisions cliniques. Il comprend alors toutes les dimensions énumérées à l'étape deux, soit : identifier la cause de la plaie, évaluer les besoins particuliers du client et évaluer les caractéristiques locales de la plaie.

L'objectif étant que l'outil soit simple et court, un tableau est créé où chaque élément est cité en laissant un espace libre pour y inscrire les résultats (voir appendice 8).

La deuxième partie est sous forme de formulaire d'enregistrement systématique. Selon l'OIIQ (2002), cette forme de note d'évolution permet « l'inscription brève et rapide de données répétitives et chronologiques et leur présentation regroupée facilite une comparaison immédiate, ce qui permet de suivre l'évolution » (p.20). Cette partie est structurée sous forme d'un tableau regroupant plusieurs évaluations sur une même page, tel que suggéré par l'OIIQ (2002) et généralement retrouvé sur les outils de suivi consultés (Châiné, 2006; Labrecque, 2007; OIIQ, 2007; Saunders & Rowley, 2006; Stevens & Milne, 2007; Sussman & Bates-Jensen, 2007). Les outils évalués comportent généralement d'une à huit évaluations par feuille (Baranoski & Ayello, 2004; Châiné, 2006; Labrecque, 2007; OIIQ, 2007; Saunders & Rowley, 2006). Pour avoir un aperçu de la progression de la plaie, de six à huit évaluations par pages sont privilégiées. Ceci facilite la communication intra et inter professionnelle et permet d'assurer le suivi des caractéristiques physiques de la plaie et de la douleur. Dans leur outil, Saunders et Rowley (2006) ont inclus des alertes pour déterminer la possibilité d'une infection, un élément intéressant, mais le manque d'espace ne nous permet pas de la retenir. Les éléments choisis ont été regroupés sur l'outil en s'inspirant des formulaires en soins de plaies consultés (voir appendice 9).

Deuxième phase : Quantification de la validité

Étape 4 et 5 : Évaluation et quantification de la validité de contenu

Pour réaliser ces étapes, un questionnaire permettra aux expertes en soins de plaies sélectionnées de valider le contenu de l'outil créé. Pour chaque partie, les différents éléments sont repris et on questionne leur pertinence sur une échelle de type Likert à quatre niveaux tel que décrit dans la méthodologie. À chaque élément, on demande si l'élément est jugé clair sur une échelle à deux niveaux soit oui ou non. Ensuite, un espace est laissé pour que les expertes puissent écrire leurs commentaires sur cet élément. Ceci permet de compléter l'étape quatre. Pour l'étape cinq, une question du même type est ajoutée, mais elle porte sur la validation du contenu de l'ensemble de la partie. Ensuite, trois questions sont ajoutées pour évaluer si l'outil est complet, si la terminologie est appropriée et si l'outil utilise des mesures adéquates. Finalement, un espace supplémentaire permet d'inscrire des commentaires supplémentaires (voir appendice 10). Les résultats de cette deuxième phase sont présentés au chapitre suivant.

Certification éthique

Suite au développement de l'outil et du questionnaire, la demande de certificat d'éthique a été acheminée au Comité d'éthique de la recherche de l'UQO. Celui-ci a accordé l'approbation éthique sans modification (voir appendice 6). Les documents suivants : la lettre d'explication aux expertes, le consentement en deux exemplaires, les deux résumés des modèles utilisés soit le schéma de préparation du lit de la plaie (Sibbald

et al., 2006) (voir appendice 11) ainsi que le Guide de référence rapide : Préparation du lit de la plaie (Sibbald et al., 2006) (voir appendice 3), l'outil conçu (appendices 8 et 9), le questionnaire de validation (appendice 10) et une enveloppe de retour pré affranchie sont acheminés à dix expertes francophones réparties entre les provinces du Québec (huit) et de l'Ontario (deux) en novembre 2008. Un rappel par courrier électronique est effectué en janvier 2009 pour les expertes n'ayant pas retourné leur questionnaire.

Résultats

Ici seront présentés les résultats du projet c'est-à-dire l'analyse des questionnaires envoyés aux experts. Vous retrouverez l'analyse quantitative des réponses reçues puis, l'analyse qualitative des commentaires émis par les experts. On constate à la lecture de ce chapitre qu'un deuxième envoi est nécessaire pour obtenir une validation de la partie d'évaluation initiale.

Analyse des données suite au premier envoi

Suite au premier envoi, deux personnes ont écrit pour aviser qu'elles ne pouvaient répondre au questionnaire. Cinq infirmières expertes ont signé le consentement, complété et retourné le questionnaire, quatre de celles-ci provenaient de différentes régions du Québec et l'autre de l'Ontario. Trois des expertes avaient un niveau de scolarité de maîtrise. Un des experts contactés signale au rappel qu'il aurait répondu et posté le questionnaire en décembre, mais celui-ci n'a jamais été reçu. Un total de cinq questionnaires (n=5) a donc été reçu et analysé.

Analyse de la partie d'évaluation initiale

Le tableau 8 illustre la compilation des cinq questionnaires pour la partie : Soins de plaie : évaluation initiale globale. Selon le tableau, dix éléments ont obtenu un IVC de 0,80 et plus, ils sont donc considérés pertinents. Les autres éléments se retrouvent sous le seuil de 0,80, soit les éléments suivants : évaluer, selon les besoins... (0,60), Ce client

Tableau 8 : Analyse des données quantitatives de la partie d'évaluation initiale (n= 5)

Concept	Éléments	Pertinence (IVC)	Coefficient de Kappa	Clarté
Identifier les barrières à la guérison et traiter la cause	Maladies actuelles	1,00	1,00	0,80
	Maladies antérieures	1,00	1,00	0,80
	Médication	1,00	1,00	0,60
	Évaluer, selon les besoins, l'apport sanguin, la mobilité, l'apport nutritif ou d'autres données importantes. Identifier la cause, si connue.	0,60	<0,40	0,00
Préoccupations axées sur le client	Ce client a-t-il des besoins particuliers? Évaluer la souffrance et la douleur reliées à la plaie?	0,75 *	0,67	0,25 *
Soins locaux	Identifier le site anatomique	1,00	1,00	0,60
	Mesure	1,00 **	SO	1,00 **
	Exsudat	0,80	0,76	1,00 *
	Apparence	1,00	1,00	0,75 *
	Espace sous-jacent	1,00	1,00	0,60
	Bord de la plaie	1,00	1,00	0,60
Autres données	Réévaluation due le	0,75 *	0,67	0,60
	Soins selon le PTI #	0,50 *	<0,40	0,50 *
	Signature	1,00	1,00	1,00
	Évaluation complémentaire	0,40	<0,40	0,20
Vue d'ensemble du formulaire		0,60	<0,40	0,60
Omission :	80 % estiment qu'il y a des omissions			
Terminologie adéquate :	60 % estiment que la terminologie est adéquate			
Mesure adéquate :	60 % estiment que les mesures sont adéquates			

* = 1 donnée manquante

** = 3 données manquantes

a-t-il des besoins particuliers?... (0,75), réévaluation due le (0,75), soins selon le PTI (0,50) et évaluation complémentaire (0,40).

Pour ce qui est de l'IVC moyen des éléments, il se situe à 0,85 ce qui est non satisfaisant. De plus, à la question sur la vue d'ensemble du formulaire, l'IVC a été jugé non pertinent (IVC= 0,60). Pour ce qui est de l'indice de Kappa, il supporte les données de l'IVC. La majorité des éléments ont obtenu la cote non claire; en effet, les résultats pour la clarté des éléments varient de 0 % à 100 % avec une moyenne de 62 %. Les éléments où les résultats de la clarté sont les plus faibles sont les éléments suivants : évaluer selon les besoins... (0,00), évaluation complémentaire (0,20), ce client a-t-il des besoins particuliers?... (0,25) et soins selon le PTI (0,50). On constate que ces éléments ont aussi obtenu un IVC sous le seuil recherché.

Pour six éléments la clarté est inférieure à 0,80 soit les éléments suivants qui ont obtenu un indice de 0,60 : la médication, le site anatomique, les espaces sous-jacents, le bord et l'élément réévaluation due le... . L'apparence du lit de la plaie a obtenu quant à lui un résultat limite de 0,75. La terminologie et les mesures obtiennent un score de 60 % d'accord seulement. En majorité (80 %), les experts jugent que cette partie est incomplète.

Les commentaires reçus sont nombreux (voir appendice 12); par exemple, on mentionne qu'il manque des données sur l'apparition de la plaie, sur les signes d'infection et d'inflammation et sur l'évaluation de la douleur. Les mesures manquent de précision et

la terminologie des éléments est à clarifier. Il est demandé de préciser l'apport sanguin, l'apport nutritif, le potentiel de guérison et les barrières à la guérison. Pour les mesures, on suggère d'inclure un quadrant pour l'identification des sinus, de modifier l'échelle pour la quantité d'exsudat et la description du lit de la plaie et d'ajouter une image pour l'identification du site. Les expertes suggèrent de remplacer l'élément évaluation complémentaire par l'évaluation multidisciplinaire et de séparer l'évaluation du bord de la plaie de l'évaluation du pourtour de la plaie.

Analyse de la partie du suivi

Pour la partie Soins de plaie : évaluation de suivi, en majorité les éléments ont obtenu la cote de 1,00 pour l'IVC et 1,00 pour l'indice de Kappa, ce qui est la cote maximale, signifiant un accord de tous les juges sur la pertinence de l'élément (voir tableau 9). L'élément identifiant le site de la plaie a obtenu un résultat à l'IVC de 0,80, ce qui a donné un résultat de 0,76 ($k = 0,76$) après que l'erreur due à la chance soit enlevée, ce qui est considéré comme résultat excellent. Un seul élément n'a pas obtenu le critère de pertinence recherché, soit l'élément : « Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI ». Il a été jugé pertinent par deux experts, non pertinent par un expert et n'a pas été évalué par les deux autres experts, ce qui lui a donné un accord sur la pertinence de seulement 67 % des juges (IVC = 0,67) et de seulement 47 % si l'on tient compte de la marge d'erreur due au hasard ($k = 0,47$), ce qui est considéré comme un résultat passable. Il est à noter que l'un des experts n'ayant pas répondu à cet élément

Tableau 9 : Analyse des données quantitatives de la partie de suivi (n= 5)

Éléments		Pertinence (IVC)	Coefficient de Kappa	Clarté
Site		0,80	0,76	0,80
Date		1,00	1,00	0,80
Plaie #		1,00 *	1,00	1,00
Mesure	Longueur	1,00	1,00	1,00
	Largeur	1,00	1,00	1,00
	Profondeur	1,00	1,00	1,00
Exsudat	Qualité	1,00	1,00	0,6
	Quantité	1,00	1,00	0,40
Apparence lit de la plaie	Type de tissus et proportion	1,00	1,00	0,40
Souffrance	Douleur	1,00	1,00	0,20
Espaces sous-jacents	Profondeur et orientation	1,00	1,00	0,80
Réévaluation	Prochaine due le :	1,00*	1,00	0,75 *
Bord	Description	1,00	1,00	0,80
Cocher si, une note d'évaluation complémentaire est versée au dossier		1,00 *	1,00	0,75 *
Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI		0,67 **	0,47	1,00 ***
Initiales de l'infirmière évaluatrice		1,00 *	1,00	1,00
Identification des infirmières		1,00 *	1,00	1,00
Vue d'ensemble		0,80	0,76	0,40
Omission :		40 % estiment qu'il y a des omissions		
Terminologie adéquate :		100 % estiment que la terminologie est adéquate		
Mesure adéquate :		60 % estiment que les mesures sont adéquates		

* = 1 donnée manquante

** = 2 données manquantes

*** = 3 données manquantes

provenait de la province de l'Ontario et s'est dit non familier avec le concept de PTI qui est utilisé au Québec.

Cette deuxième partie atteint un résultat supérieur à la première, la moyenne de l'IVC pour tous les éléments est de 0,97 et le Kappa moyen est de 0,95, ce qui est excellent. En ce qui concerne la vision d'ensemble du formulaire, cette partie est jugée pertinente (IVC= 0,80, k = 0,76). Pour ce qui est de la clarté, cette partie atteint aussi un niveau supérieur de clarté avec une clarté qui varie de 0,20 à 1,00 avec une moyenne à 0,78, mais la clarté pour la vue d'ensemble du formulaire n'atteint que 0,40. Les éléments où les résultats de la clarté sont les plus faibles sont les éléments suivants : souffrance (0,20); lit de la plaie (0,40); quantité de l'exsudat (0,40) et qualité de l'exsudat (0,60).

Certains éléments doivent être clarifiés et l'analyse qualitative des commentaires reçus est là pour y aider (voir appendice 13). À la question « le formulaire utilise t'il une terminologie adéquate? », les experts se sont prononcés en faveur, mais ils demandent plusieurs modifications mineures sur les définitions, la terminologie et les mesures. Par exemple, ils suggèrent de préciser la quantité et la qualité de l'exsudat, de retravailler les définitions et la terminologie du lit de la plaie et de la peau environnante et de préciser l'évaluation de la douleur. Parmi les omissions, on retrouve la suggestion d'avoir un dessin ou une photo de la plaie et la mesure des membres inférieurs lors des cas d'ulcères veineux.

Deuxième envoi du questionnaire

Suite à cette analyse, il est convenu que la partie d'évaluation initiale n'a pas atteint les attentes en termes de validité de contenu. Plusieurs modifications sont nécessaires, elle doit donc être soumise de nouveau au comité d'experts (Polit et al., 2007). Un deuxième questionnaire est donc créé sous le même format que le précédent (voir appendice 14), il inclut chaque élément retrouvé dans la partie d'évaluation initiale modifiée (voir appendice 15). Une lettre de présentation accompagne ce questionnaire (voir appendice 16) ainsi que l'outil d'évaluation de suivi modifié (voir appendice 17). Avant de poster ce deuxième envoi, une demande de modification au certificat éthique est envoyée au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Cette demande est acceptée par le comité d'éthique (voir appendice 18) et six questionnaires sont postés en mars 2009 aux experts ayant soumis leurs commentaires, incluant l'expert qui a répondu au premier questionnaire, mais dont le questionnaire s'est égaré dans la poste (Polit et al., 2007). Encore une fois, un mois après l'envoi des questionnaires, un rappel par courrier électronique est envoyé aux experts

Analyse des données suite au deuxième envoi

Suite à cet envoi, un expert demande à se retirer de l'étude et un total de quatre questionnaires sont alors reçus (n=4). Les données sont alors compilées et analysées. On retrouve ci-après un tableau (tableau 10) résumant les données quantitatives de ce deuxième questionnaire.

Tableau 10 : Résumé des données quantitatives résultant de la deuxième analyse de la partie d'évaluation initiale (n=4)

Concepts	Éléments	Pertinence (IVC)	Coefficient de Kappa	Clarté	
Identifier la cause	Histoire de la plaie	0,75	0,67	0,75	
	Plaie de pression	Stade	1,00	1,00	0,50
		Échelle de Braden	1,00*	1,00	0,75
		Rapport I/A	0,75	0,67	1,00
	Chirurgie	Traumatique	0,67*	0,47	0,75
			1,00*	1,00	0,50
	Ulcère aux MI	P. tibial. postérieur	1,00	1,00	0,75
		P. pédieux	1,00	1,00	0,75
		ITB	1,00	1,00	0,50
		Circonférence du mollet	0,75	0,67	1,00
		Pied diabétique	1,00*	1,00	0,50
		Déchirure cutanée	0,67*	0,47	0,75
		Autre	1,00*	1,00	1,00
Identifier les barrières à la guérison	Maladies connues	1,00	1,00	0,67*	
	médication	1,00	1,00	1,00*	
	Apport sanguin	0,75	0,67	0,25	
	Apport nutritif	0,75	0,67	0,25	
Identifier les besoins particuliers du client	Douleur	1,00	1,00	0,75	
	Impact et motivation	1,00*	1,00	0,50	
	Autres éléments pertinents	1,00**	S.O.	0,50	
Identifier le ou les sites anatomiques	Pictogramme du corps	1,00	1,00	1,00	
	Pictogramme pieds	1,00	1,00	1,00	
	dessin	1,00	1,00	1,00*	
	photo	1,00	1,00	1,00	
Évaluation locale des plaies	Plaie no	1,00	1,00	1,00	
	mesure	1,00	1,00	1,00	
	exsudat	1,00	1,00	0,75	
	Apparence lit plaie	1,00	1,00	0,75	
	Espaces sous-jacents et sinus	1,00	1,00	0,25	
	Bord plaie	1,00	1,00	0,75	
	Pourtour de la plaie	1,00	1,00	1,00	
Présence de signes d'infection	1,00	1,00	0,67*		
Consultations multidisciplinaires demandées		1,00	1,00	1,00	
Vision d'ensemble du formulaire		0,75	0,67	0,67*	
Omission :	50 % estiment qu'il y a des omissions				
Terminologie adéquate :	75 % estiment que la terminologie est adéquate				
Mesure adéquate :	100 % estiment que les mesures sont adéquates				

* = 1 donnée manquante

** = 2 données manquantes

L'analyse des données quantitative est satisfaisante dans l'ensemble. L'IVC moyen des éléments individuels a augmenté (0,94) pour atteindre un niveau satisfaisant (> 0,90). Plusieurs des éléments atteignent maintenant un accord parfait sur leur pertinence de la part des juges (IVC = 1,00, k= 1,00). On retrouve sept éléments qui n'ont pas obtenu cet accord parfait, soit les éléments suivants : l'histoire de la plaie, l'étiologie de type chirurgical et de type déchirure cutanée, l'inscription qu'un rapport d'incident/accident a été complétée, la circonférence du mollet, l'apport sanguin et l'apport nutritif. Ayant seulement quatre experts à ce deuxième tour, les éléments qui sont jugés non pertinents par un expert n'atteignent pas un IVC de plus de 78 % tel que suggéré. Aucun élément n'a cependant été jugé non pertinent par plus qu'un expert.

La clarté de cette partie s'est aussi améliorée avec une clarté variant de 25 % à 100 % avec une moyenne de 75 %. Les éléments dont la clarté est la plus faible (plus d'un expert le jugeant non clair) sont les suivants : le stade des plaies de pression, l'étiologie de type traumatique et du pied diabétique, l'indice tibio-brachial, l'apport sanguin et nutritif, l'impact et la motivation, autres éléments pertinents et les espaces sous-jacents.

On dénote une amélioration des résultats aux questions portant sur l'ensemble du formulaire. L'IVC a augmenté de 15 %, la clarté de 7 % (0,67) et selon le Kappa les résultats sont passés de nuls ($k < 0,40$) à bons ($k = 0,67$). Pour les autres questions, aussi on note une amélioration. Les omissions sont en baisse de 30 %, la terminologie est jugée

plus adéquate (0,75) et les mesures sont maintenant jugées adéquates pour tous les experts (1,00) (voir figure 3).

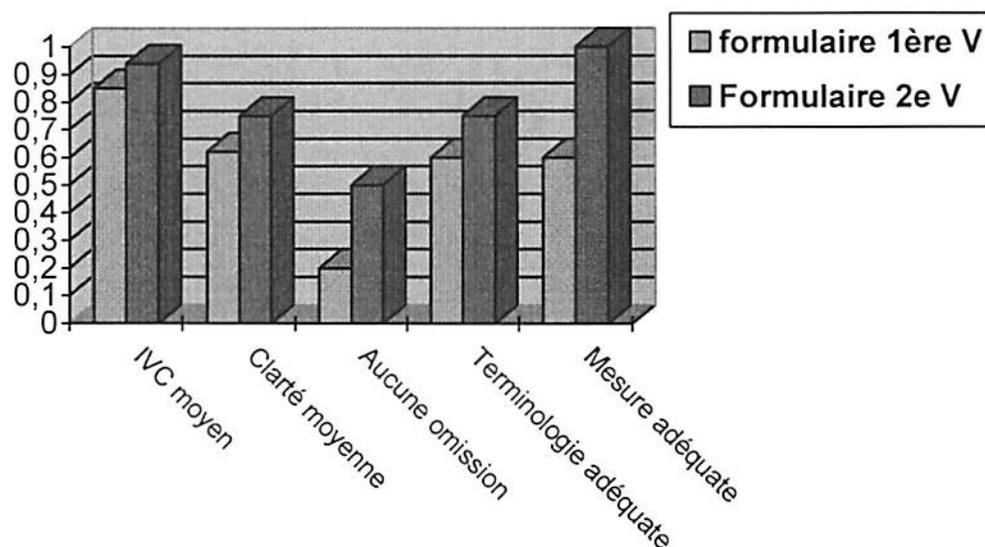


Figure 3 : Comparaison des résultats de la validation de la partie d'évaluation initiale entre la première validation et la deuxième validation.

Encore ici, les commentaires ont été compilés (voir appendice 19). Pour les éléments compris dans la première section, identification selon la cause, on suggère de retirer le type de cicatrisation selon l'intention de l'étiologie chirurgicale. Il est suggéré de remplacer la terminologie « indice tibio-brachiale ». Il est suggéré de préciser pour le test du monofilament si l'on doit noter les points de sensibilité ou d'insensibilité. Finalement, pour les plaies traumatiques aucun commentaire ne vient préciser la notation non claire.

Dans la deuxième section, identification des barrières à la guérison, un expert suggère de préciser le type de diabète pour ce qui est des maladies connues. Des précisions sont aussi demandées concernant les facteurs affectant l'apport sanguin, comme les

normes de laboratoire, le terme pression et œdème. Le terme perte de poids est noté comme étant subjectif.

Dans la section suivante, besoins particuliers du client, des précisions sont demandées par les experts sur l'origine de la douleur et ce que signifie l'impact pour le client. Dans la section sur l'évaluation locale de la plaie, l'image circulaire pour l'identification des espaces sous-jacents et des sinus demande des modifications. En effet, la clarté est passée de 0,60 à 0,25 avec l'introduction du cercle. Aussi dans cette section, une révision des signes de colonisation critiques est suggérée. Et le terme granulation bourbeuse est à expliquer. Les impacts de ces résultats sur l'outil développé sont discutés au prochain chapitre.

Discussion

Au Québec, le soin des plaies est un domaine en pleine émergence, l'apport des infirmières est essentiel à son développement. Des projets tels que celui-ci sont nécessaires pour développer la pratique. L'évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaie est la pierre angulaire au développement de cette pratique. Dans ce projet, un outil a été développé suite à une recension des écrits, couplée de l'expérience clinique de l'auteure. Le contenu de l'outil a ensuite été validé grâce à une méthode (Lynn, 1986) qui utilise l'analyse quantitative pour valider le contenu, combinée des commentaires qualitatifs dans le but d'améliorer l'outil. Ce processus a permis d'obtenir un outil « maison » pour répondre aux besoins des infirmières travaillant dans le centre participant. Cet outil en deux parties : l'évaluation initiale du client et l'évaluation de suivi de la plaie a atteint un niveau de validation de contenu très intéressant (IVC = 0.94 et 0.97).

Partie d'évaluation initiale

La première partie développée, l'évaluation initiale, est innovatrice, elle se veut une évaluation permettant de se faire un portrait global du client, selon le paradigme de la préparation du lit de la plaie (Falanga, 2000; Sibbald et al., 2006; Sibbald et al., 2000). La structure de la collecte de données tente d'aider l'infirmière à prendre une décision pour choisir un plan de traitement adapté au client. Elle amène l'infirmière à se questionner sur la cause de la plaie, les facteurs nuisant à sa guérison et les facteurs locaux à prendre en considération. Elle sert à obtenir les données de base pour établir le PTI et le plan de traitement et sert de données comparatives pour les évaluations subséquentes. Après deux

tours de validation, auprès d'expertes en soins de plaies, cette partie de l'outil atteint un indice moyen de validation élevé (IVC = 0,94) selon les critères établis par Polit et al. (2007).

Au premier tour, cette partie n'a pas atteint le seuil recherché en terme de pertinence (IVC moyen 0,85) et de clarté. Plusieurs éléments (apport sanguin, mobilité, apport nutritif..., besoins particuliers, réévaluation due le..., soins selon le PTI et évaluation complémentaire) sont sous le seuil de pertinence recherché (0,78) (Polit & Beck, 2006; Wynd et al., 2003). Les résultats de l'IVC sont probablement diminués par la clarté des éléments où la majorité des éléments (60 %) ont obtenu une cote de clarté faible (< 75%). La présentation des éléments suivants : l'apport sanguin, l'apport nutritif, le potentiel de guérison et les barrières à la guérison demande une révision majeure. Dans le souci d'en faire un outil concis, ces éléments n'ont pas été détaillés. On dénote alors que cette partie manque de précision, qu'elle est trop générale et qu'elle ne permet pas à une infirmière débutante ou non spécialisée en soins de plaie d'effectuer une évaluation complète. À partir de ces commentaires et des réponses reçues aux questions sur la terminologie, les omissions et les mesures, ces éléments subissent alors une refonte complète. Ils sont divisés et raffinés pour permettre leur évaluation.

L'élément sur l'évaluation complémentaire n'a pas été interprété selon le désir de l'auteure et il n'atteint pas un niveau minimum de validité (IVC = 0,40) et de clarté (0,20), il est donc retiré (Lynn, 1986). Un nouvel élément « consultation multidisciplinaire » s'ajoute selon les suggestions des expertes. Suite à un commentaire sur la figure illustrant

le principe du TIME dans l'outil, cette dernière est retirée, car ce principe s'applique à la gestion des plaies et qu'il n'est pas un élément à évaluer (Fletcher, 2005). Les éléments pertinents (maladie, médication, site, caractéristiques physiques et la signature) sont conservés, mais ils sont bonifiés, clarifiés et précisés (voir appendice 15).

À la suite de cette analyse, il est convenu que la partie d'évaluation initiale n'a pas atteint les attentes (IVC moyen > 90 (Polit et al., 2007)) en ce qui concerne la validité de contenu et que plusieurs modifications majeures ont été effectuées. Il est donc nécessaire de la soumettre de nouveau au comité d'experts. Ce qui s'est soldé en un deuxième questionnaire (appendice 14).

L'analyse de ce deuxième questionnaire démontre une amélioration importante de la validité de contenu (IVC = 94) et de la clarté (75 %). Il reste tout de même sept éléments (histoire de la plaie, rapport d'incident/accident, chirurgie, circonférence du mollet, déchirures cutanées, apport sanguin et apport nutritif), qui n'ont pas obtenu l'accord unanime des juges. Selon Lynn (1986), ayant peu d'experts (n=4), tous se doivent d'être en accord avec un élément pour obtenir sa validation. Il est à noter qu'aucun des éléments n'a été jugé non pertinent par plus qu'un expert.

Un de ces sept éléments, les déchirures cutanées, a obtenu un IVC de 0,67 et un K= 0,47 ce qui est non satisfaisant, cet élément est retiré de l'outil (Lynn, 1986). L'élément « étiologie de type chirurgical » a aussi un IVC (0,67) et indice de Kappa (0,47) faible. Il n'est cependant pas retiré, mais modifié à la suite du commentaire : « Est-ce vraiment

nécessaire de noter la cicatrisation 1^{re}, 2^e, 3^e intention à ce stade-ci » de l'expert l'ayant jugé non pertinent. Il est donc modifié en retirant cette classification. Les cinq autres éléments (histoire de la plaie, rapport d'incident/accident, circonférence du mollet, apport sanguin et apport nutritif) sont conservés dans l'outil, car malgré un IVC plus petit que 0,78, l'indice de Kappa est bon ($K = 0,67$) (Polit et al., 2007). Parmi ces éléments, l'un de ceux-ci, « rapport d'incident/accident complété », n'est peut-être pas nécessaire pour d'autres centres, ce qui explique son résultat de validité ($IVC = 0,75$, $K = 0,67$). Cependant, il est un besoin particulier identifié pour le centre participant. L'élément « l'histoire de la plaie » est précisé par l'ajout du mot « antérieurement » suite à l'analyse des commentaires.

Parmi les commentaires (voir appendice 19), certains demandent que l'outil apporte plus de précision. Ces éléments ne sont pas ajoutés, car les infirmières du centre participant possèdent déjà des outils sur leur lieu de travail et dans le dossier du client répondant à ces précisions. Par exemple, elles ont accès aux résultats de laboratoire du client avec les valeurs de références attachées à chaque examen.

Une case « autres éléments pertinents » est présente sur l'outil. Cet élément a été jugé pertinent ($IVC = 1,00$) par deux experts seulement ce qui n'a pas permis de calculer l'indice de Kappa. Malgré le faible taux de réponse, cet élément est conservé pour permettre aux infirmières d'ajouter des éléments d'évaluation ou des étiologies de plaies

spécifiques à leur clientèle, par exemple on pourrait y retrouver le résultat de la pression dans les orteils ou l'étiologie plaie maligne.

Parmi les commentaires il est suggéré de remplacer la terminologie « indice tibio-brachiale ». Le terme suggéré par l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) (Burrows et al., 2006) est « indice de pression tibio-brachiale », terme qui est substitué dans l'outil. Une révision des signes de colonisation critiques est suggérée par les experts. Se référant encore aux lignes directrices de l'ACSP (Sibbald et al., 2006), les signes de colonisation critiques sont revus pour inclure l'odeur nauséabonde, les nouveaux emplacements de bris ou de nécrose et le terme « granulation bourbeuse » est remplacé par le terme « granulation exubérante ». Toutes ces modifications sont apportées à la partie Soins de plaies : Évaluation initiale (voir appendice 20).

Partie de l'évaluation de suivi

Cette deuxième partie de l'outil a démontré une bonne validité de contenu avec un IVC moyen satisfaisant (0,97) et des indices de Kappa excellents. Presque tous les éléments de cette partie se sont montrés pertinents. Un seul élément, l'élément « Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI » a obtenu une cote plus faible (IVC = 0,67, k = 0,47). Mais pour tenir compte des changements importants auxquels les infirmières du centre participant font face avec l'introduction dans la pratique du PTI, il est choisi de conserver cet élément. Cependant, il est bonifié et remplacé par l'énoncé

suivant : « Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI ou au PT ».

La clarté de cette partie est supérieure à la première, mais elle demande quelques précisions. À partir des commentaires reçus, quelques clarifications sont apportées. Plusieurs des commentaires inscrits pour la partie d'évaluation initiale se montrent pertinents dans l'analyse de la partie de suivi. Ces commentaires ainsi que les commentaires émis dans la partie d'évaluation de suivi sont pris en compte pour améliorer la clarté de l'outil. Les modifications suivantes sont effectuées (voir appendice 17) :

- ✓ L'échelle descriptive au verso est clarifiée et bonifiée;
- ✓ L'échelle descriptive pour la quantité d'exsudat est remplacée par l'utilisation du pourcentage des compresses souillées (OIIQ, 2007);
- ✓ Plusieurs termes sont modifiés :
 - qualité est remplacé par le terme aspect,
 - apparence devient apparence du lit de la plaie,
 - souffrance devient le terme douleur;
- ✓ Une image circulaire est ajoutée à l'élément des espaces sous-jacents;
- ✓ Le bord de la plaie est divisé en deux éléments soit bord et pourtour.

Traitement des données

Lors de l'analyse des données issues des deux questionnaires, l'on a fait état de plusieurs données manquantes. Elles ont été notées manquantes et elles n'ont pas été remplacées suite au nombre restreint de répondants (n=5) qui empêchait toute manipulation paramétrique des données manquantes. Par ailleurs, ce nombre limité d'experts est un élément limitant la validation de contenu. De façon optimale, on aurait souhaité un nombre minimum de six experts. Un plus grand nombre d'experts aurait dû

être sollicité, de 15 à 20 experts, pour répondre au taux généralement faible de participation à un envoi postal (McGibbon, 1997)

Apport du projet

Ce projet apporte beaucoup; il a premièrement répondu aux besoins d'apprentissage de l'étudiante qui désirait développer ses connaissances sur l'élaboration d'outils cliniques ainsi que sur la validation de contenu de tels outils.

Il apporte aussi à la pratique du centre participant par la création d'un outil maison validé et répondant aux trois principes de documentation énoncés (OIIQ, 2002). En effet, l'utilisation de cet outil soutient la pratique infirmière. Il permet aux infirmières d'évaluer le client et le processus de guérison et permet de prendre des décisions pour le suivi clinique. Il améliore la communication intra et inter professionnelle et uniformise le suivi par la rédaction de notes pertinentes, claires et complètes, tout en restant concises. Cet outil renseigne sur la situation de santé du client, les résultats des soins et les réactions du client. Il est un outil complémentaire au PTI et aux notes infirmières.

De plus, les gestionnaires intéressés à effectuer des vérifications sur la qualité des soins infirmiers peuvent utiliser les éléments identifiés pour évaluer la qualité de l'évaluation effectuée pour le client nécessitant un soin de plaie ainsi que la qualité des notes versées au dossier. Il pourrait aussi faciliter le travail des gestionnaires ou des

conseillères cliniques de d'autres centres de santé qui sont à créer ou à améliorer des outils d'évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies.

Les infirmières ont beaucoup à apprendre sur le sujet de l'évaluation de cette clientèle, il serait souhaitable que les écoles formant les futures infirmières misent sur une formation qui comprend le modèle de préparation du lit de la plaie (Falanga, 2000; Sibbald et al., 2000), les pratiques recommandées dans la gestion du lit de la plaie (Sibbald et al., 2006) ainsi que les éléments d'évaluation développés dans ce projet. Il est important d'apporter une compréhension globale de l'individu qui nécessite des soins de plaies. Les infirmières en formation doivent comprendre qu'elles doivent travailler sur la cause de la plaie, sur les facteurs nuisibles au processus de guérison et sur les besoins particuliers du client autant que sur les caractéristiques physiques de la plaie.

L'application de la démarche d'élaboration et de validation d'outil de Lynn (1986) pour un outil d'évaluation des plaies est parmi les premières applications du modèle. En effet, au moment de déposer cet essai, un autre essai était déposé sur la validation d'un outil d'évaluation de la maladie vasculaire périphérique avant d'instaurer un soin de plaie (Beaumier, 2009). Dans ces deux essais, la méthodologie de Lynn (1986), pour effectuer la validation, a été utilisée et elle s'est montrée efficace et utile. Ils démontrent que l'application de cette démarche dans des projets de recherche est toujours actuelle et utile pour divers outils, dont ceux pour l'évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies. Présentement la plupart des recherches en soins de plaies se font sur les modalités

de traitement et peu de recherches sont effectuées sur l'évaluation de cette clientèle qui est pourtant la pierre angulaire de la qualité des soins. Il serait souhaitable que plus de recherches tentent d'identifier les critères d'évaluation et de documentation de cette clientèle car pour l'instant les recommandations de pratique se basent en grande partie sur des opinions d'experts.

Des projets tels que celui-ci apporteront des éléments importants à la définition du rôle et des interventions de l'infirmière, de même qu'à la reconnaissance de leur expertise. Par exemple, ils pourraient servir à redéfinir la classification des interventions infirmières (NIC) dans des volumes tels que Ackley et al. (2008) et le McCloskey Dochterman et al. (2008) en précisant ce que doit contenir l'évaluation du client nécessitant des soins de plaies, en précisant les éléments à évaluer.

Conclusion

Dans ce projet, on constate une difficulté à faire l'évaluation de la clientèle nécessitant des soins de plaies et la documentation de ces évaluations présente des lacunes. Le modèle de préparation du lit de la plaie (Falanga, 2000; Sibbald et al., 2000) dicte que cette clientèle devrait recevoir une évaluation initiale globale. Cette évaluation analyse premièrement les facteurs personnels qui ont causé la plaie ou qui risquent d'entraver sa guérison. Elle analyse ensuite les facteurs personnels, comme la douleur, qui nécessitent des soins particuliers. Finalement, elle évalue les caractéristiques physiques de la plaie. À la suite de l'évaluation initiale, un suivi doit permettre de comparer l'évolution des caractéristiques de la plaie pour ajuster le traitement en fonction des besoins changeants du client. La documentation de ces évaluations est essentielle pour la continuité des soins et pour la comparaison des caractéristiques.

Ce projet a donc utilisé la méthodologie de Lynn (1986) pour développer et valider un outil d'évaluation et de documentation de la clientèle nécessitant des soins de plaies qui rencontre les trois principes de documentation énoncé par l'OIIQ (2002). En effet cet outil offre un soutien clinique à la pratique, contribue à la continuité des soins et permet l'évaluation de la qualité des soins. Cet outil en deux parties permet premièrement une évaluation initiale puis permet ensuite le suivi des caractéristiques physiques de la plaie. Cet outil, structuré selon les recommandations de pratique de l'ACSP(Sibbald et al., 2006), a obtenu un niveau satisfaisant de validité de contenu (IVC moyen de 0,94; n = 4 pour la première partie et de 0,97; n = 5 pour la deuxième partie).

Dans les prochains mois, cet outil sera implanté au centre de santé participant accompagné d'une formation sur l'évaluation et sur la prise de décision pour le choix d'un traitement. Cet outil devrait faciliter l'acquisition de compétences infirmières en évaluation, augmenter la qualité et la quantité des notes infirmières au dossier et assurer de meilleurs soins et un meilleur suivi à la clientèle (Sterling, 1996; Stevens & Milne, 2007).

Dans le futur, cet outil pourrait aussi faire l'objet d'un troisième tour de validation de contenu pour les sept éléments qui n'ont pas obtenu l'accord de tous les experts au deuxième tour (n=4). On pourrait aussi vérifier la fidélité inter-juge de cet outil par l'évaluation d'un même client par plusieurs infirmières. La démarche utilisée pourrait aussi être appliquée à d'autres outils qui seront éventuellement développés dans ce centre ou dans d'autres établissements de santé.

Références

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Swan, B. A., & Tucker, S. J. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines : Medical-surgical interventions*. St-Louis, MI: Mosby.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2004). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Assessment and management of venous leg ulcers. Toronto: Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2005). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Réduction et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète. Toronto: Auteur.
- Australian Wound Management Association Inc. (Éd.). (2002). *Standards for wound management*. Perth: Cambridge Media.
- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2004). *Wound care essentials : Practice principles*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Beaumier, M. (2009). *Validation d'un outil portant sur l'évaluation de la maladie vasculaire artérielle périphérique aux membres inférieurs incluant la mesure de l'indice tibiobrachial, avant d'initier un soin de plaies*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Ensuring content validity: an illustration of the process. *Journal of Nursing Measurement, 9*, 201-215.
- Benbow, M. (2009). Woundcare: the basics. *Practice Nurse, 37*, 20.
- Bolton, L., Girolami, S., Slayton, S., Berger, T. M., Foster, L., Whittington, K. T., et al. (2008). Assessing the need for developing a comprehensive content-validated pressure ulcer guideline. *Ostomy wound management, 54*, 22-30.
- Burrows, C., Miller, R., Townsend, D., Bellefontaine, R., Mackean, G., Orsted, H. L., et al. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères veineux de la jambe. *Wound Care Canada, 4*, 99-107.
- Chainé, L. (2006). *Oser une nouvelle vision des soins de plaies*. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

- CLSC-Côte-des-Neiges (Éd.). (2004). *Guide pratique en soins de plaies*. Montréal: Auteur.
- Cockbill-Black, S. (1999). Audit of pressure area care and documentation. *Professional Nurse*, 15, 173-176.
- Collier, M. (1994). Assessing a wound. *Nursing Standard*, 8, 3-13.
- Continuing Education American Nurses Association. (2009). *Nursing classification II, Intervention classification*. Document récupéré le 2009-07-03, de <http://nursingworld/mods/archive/mod30/cec211.htm>.
- CSSS de la Montagne (Éd.). (2007). *Guide pratique en soins de plaies*. Montréal: Auteur.
- Cuzzell, J. (2002). Wound assessment and evaluation: wound documentation guidelines. *Dermatology Nursing / Dermatology Nurses' Association*, 14, 265-266.
- Doughty, D. B. (2004). Wound assessment: tips and techniques. *Advances in Skin and Wound Care*, 17, 369-372.
- Dowsett, C., & Ayello, E. (2004). TIME principles of chronic wound bed preparation and treatment. *British Journal of Nursing (BJN)*, 133, S16-S23.
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 278-284.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: Congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 303-310.
- European Wound Management Association. (2004). *Position document: wound bed preparation in practice*. London: MEP Ltd.
- Falanga, V. (2000). Classification for wound bed preparation and stimulation of chronic wound. *Wound Repair and Regeneration*, 8, 347-352.

- Falanga, V. (2004). The chronic wound: impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 32, 88-94.
- Ferrell, B. A. (1997). The Sessing scale for measurement of pressure ulcer healing. *Advances in Wound Care*, 10, 78-80.
- Flahr, D., Woodbury, G., & Grégoire, D. (2005). Clinimetrics and wound science. *Wound Care Canada*, 3, 18-19, 48.
- Flanagan, M. (1992). Variables influencing nurses' selection of wound dressings. *Journal of Wound Care*, 1, 33-43.
- Flanagan, M. (2003). Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy Wound Management*, 49, 28-30,32,34.
- Fletcher, J. (2005). Wound bed preparation and the TIME principles. *Nursing Standard*, 20, 57-65.
- Fletcher, J. (2007). Wound assessment and the TIME framework. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16, 462.
- Fourie, W. J., Van Rhyn, L., & Viljoen, M. J. (1999). The development of a nursing assessment instrument for the mentally handicapped individual. *Health SA Gesondheid*, 4, 59-72.
- Gates, D. M., Fitzwater, E., & Deets, C. (2003). Development of instruments to assess assaultive behavior in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 37-45.
- Gouvernement du Québec. (2002). Code des professions, *article 36: Loi sur les infirmières et infirmiers*.
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Focus on quantitative methods. Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20, 269-274.

- 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*, 1557-1564.
- Hayes, P. A., Robinson Wolf, Z., & McHugh, M. F. (1994). Effect of a teaching plan on nursing staff's knowledge of pressure ulcer risk assessment, and treatment. *Journal of Nursing Staff Development, 10*, 207-213.
- Hess, C. T. (2005a). The art of skin and wound care documentation. *Home Healthcare Nurse, 23*, 502-515.
- Hess, C. T. (2005b). *Wound Care*. (5^e éd.). Pennsylvanie: Springhouse Corporation.
- Houghton, P., & Woodbury, G. (2007). Assessment of wound appearance of chronic pressure ulcers. Dans D. L. Krasner, G. Rodeheaver, T. & R. G. Sibbald (Éds.), *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (4^e éd.). Malvern, PA: HMP Communication.
- Keast, D. H., Parslow, N., Houghton, P. E., Norton, L., & Fraser, C. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression: Mise à jour 2006. *Wound Care Canada, 4*, 87-89.
- Kerstein, M. (2003). Economics of quality ulcer care. *Dermatology Nursing, 15*, 59-61.
- Krasner, D. L., Rodeheaver, G. T., & Sibbald, R. G. (2007). *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals*. (4^e éd.). Malvern, PA: HMP Communication.
- Krasner, D. L., Rodeheaver, G. T., & Sibbald, R. G. (Éds.). (2001). *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (3^e éd.). P.A.: HMP Communication.
- Labrecque, C. (2007). Fiche descriptive et évolutive de plaies (pp. 2). Montréal: Auteur.
- Lazarus, G. S., Cooper, D. M., Knighton, D. R., Margolis, D. J., Percoraro, R. E., Rodeheaver, G., et al. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing... reprinted with permission from the AMA (ARCH DERMATOL 1994:130:489-93). *Wound Repair & Regeneration, 2*, 165-170.

- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Cameron, C., & Singh, M. D. (Éds.). (2005). *Nursing research in Canada : methods, critical appraisal, and utilization* (1ère éd.). Toronto: Elsevier Mosby.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research, 35*, 382-385.
- Mastaglia, B., Toye, C., & Kirstjanson, L. J. (2003). Ensuring content validity in instrument development: challenges and innovative approaches. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 14*, 281-291.
- McCloskey Dochterman, J., Bulechek, G. M., & Butcher, H. K. (2008). *Nursing interventions classification (NIC)*. (5^e éd.): St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- McGibbon, G. (1997). Practice. How to make a questionnaire work. *Nursing Times, 93*, 46-48.
- Muir, C., & Watret, L. (2006). Managing wounds using a structured assessment tool. *Journal of Community Nursing, 20*, 10.
- Murray, J. S. (2000). Development of two instruments measuring social support for siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 17*, 229-238.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). *Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP*. Document récupéré le 2008-08-26, de <http://www.npuap.org>.
- OIIQ. (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*. Montréal: OIIQ.
- OIIQ. (2004). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ. (2007). *Les soins de plaies au coeur du savoir infirmier: de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*. Montréal: Auteur.
- Onega, L. L. (2008). Content validation of the Depressive Symptom Assessment for Older Adults. *Issues in Mental Health Nursing, 29*, 873-894.

- Orsted, H. L., Searles, G., Trowell, H., Shapera, L., Miller, P., & Rahman, J. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement des ulcères du pied diabétique: Mise à jour 2006. *Wound Care Canada*, 4, 108-121.
- Ortegon, M. M., Redekop, W. K., & Niessen, L. W. (2004). Cost-Effectiveness of prevention and treatment of the diabetic foot. *Diabetes Care*, 27, 901-907.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467.
- Rijswijk, L. v., & Catanzaro, J. (2007). Wound assessment and documentation. Dans D. L. Krasner, G. Rodeheaver, T. & R. G. Sibbald (Éds.), *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (4^e éd.). Malvern, PA: HMP Communication.
- Saunders, K., & Rowley, J. (2006). Clinical update. Implementing a wound assessment and management system (WAMS). *Australian Nursing Journal*, 13, 31-33.
- Schultz, G. S., Barillo, D. J., Mazingo, D. W., & Chin, G. A. (2004). Wound bed preparation and a brief history of TIME. *International Wound Journal*, 1, 19-32.
- Schultz, G. S., Sibbald, R. G., Falanga, V., Ayello, E. A., Dowsett, C., Harding, K., et al. (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration*, 1, S1-S28.
- Sibbald, R. G., Orsted, H. L., Coutts, P. M., & Keast, D. H. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie: Mise à jour 2006. *Wound Care Canada*, 4, 73-86.
- Sibbald, R. G., Williamson, O., Orsted, H. L., Campbell, K., Keast, D., Krasner, D., et al. (2000). Preparing the wound bed: debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy and Wound Management*, 46, 14-20, 22, 24-18.

- Snyder, E. K. (2006). Decubitus ulcer: facility found liable, patient's legal case supported by the inadequacy of the nursing documentation. *Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession*, 14, 3-3.
- Sterling, C. (1996). Methods of wound assessment documentation: a study. *Nursing Standard*, 11, 38-41.
- Stevens, C. A., & Milne, C. T. (2007). Pressure ulcers: daily monitoring and documentation can improve outcomes. *Long-term care interface*, 8, 43.
- Stremitzer, S., Wild, T., & Hoelzenbein, T. (2007). How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals? *International Wound Journal*, 4, 156-161.
- Sussman, C., & Bates-Jensen, B. (2007). *Wound care: A collaborative practice manual*. (3^e éd.). Philadelphie: Lippincott William & Wilkins.
- Thomas, D. R. (1997). Existing tools: Are they meeting the challenges of pressure ulcer healing? *Advances in Wound Care*, 10, 86-90.
- Vézina, J. (2006). *Le soin des plaies: principes de base, Université du Québec en Outaouais: Projet GIRESSS*
- Waltz, C. F., & Bausell, R. B. (1981). *Nursing research : design, statistics and computer analysis*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Weir, D. (2007). Pressure ulcers: assessment, classification, and management. Dans D. L. Krasner, G. Rodeheaver, T. & R. G. Sibbald (Éds.), *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (4^e éd.). Malvern, PA: HMP Communication.
- Woodbury, G., & Houghton, P. (2006). *Prevalence of chronic wounds in Canada*, www.cawc.net/open/library/research/pandi/index.html. Document récupéré le 2006-01-20
- Woodbury, G., Houghton, P., Campbell, K., & Keast, D. (1999). Pressure ulcer assessment instruments: a critical appraisal. *Ostomy and Wound Management*, 45, 42-55.

- Worley, C. A. (2004). Assessment and terminology: critical issues in wound care. *Dermatology Nursing, 16*, 451.
- Wynd, C. A., & Schaefer, M. A. (2002). Clinical methods. The Osteoporosis Risk Assessment Tool: establishing content validity through a panel of experts. *Applied Nursing Research, 15*, 184-188.
- Wynd, C. A., Schmidt, B., & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research, 25*, 508-518.
- Zeleznik, J., Agard-Henriques, B., & Schnebel, B. (2003). Terminology used by different health care providers to document skin ulcers: the blind men and the elephant. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 30*, 324-333.
- Zuzelo, P. R., Inverso, T., & Linkewich, K. M. (2001). Content validation of the MEDICATION ERROR WORKSHEET. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 15*, 253-259.

Appendices

Appendice 1 : Tableau résumé des recherches ayant étudié la documentation des soins de plaies

Références :	Type d'étude et échantillon	Limites de l'étude	Résultats et conclusions
(Sterling, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitative exploratoire - Recherche de la présence de 10 variables témoignant de l'évaluation de la plaie - Gr. témoin utilisant un formulaire (n= 20) - Gr. Contrôle utilisant les notes narratives (n= 26) 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 46 (validité) - Méthodologie exploratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 8 variables documentées plus souvent avec le formulaire - un formulaire facilite la documentation, améliore les habiletés infirmières d'évaluation, rend les informations plus accessibles, minimise les données non révélatrices et subjectives et facilite l'évaluation des progrès
(Ehrenberg & Birgersson, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative - Vérifie l'adhérence de la documentation des soins infirmiers avec les lignes directrices locales - identifié la présence ou l'absence au dossier de signes et symptômes d'ulcères aux membres inférieurs - N= 100 	<ul style="list-style-type: none"> - Petite communauté, donc fort probable que ce ne soit qu'un nombre restreint d'infirmières qui pouvaient reproduire les mêmes erreurs ou omissions d'un dossier à l'autre. - Étude rétrospective, on ne peut vérifier la véracité de la documentation - Se limitait à 9 signes et symptômes, perte de données pertinentes possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Très grande variation dans les notes au dossier; non standardisées. - Selon les notes, 1 à 9 des signes et symptômes recherchés s'y retrouvaient. - Les notes sont déficientes, il n'y a pas, dans les notes analysées, l'évidence d'une évaluation globale, - Malgré le développement de lignes directrices, les notes ne démontrent pas ces pratiques.

(Stremitzer et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative - Comparaison de l'évaluation faite des différents participants sur un même client - N= 16 (8 médecins et 8 infirmières spécialisées en soins de plaies) 	<ul style="list-style-type: none"> - N= 16 - Questions qui pouvaient porter à interprétation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats varié et non homogène sur l'évaluation donc sur le traitement proposé - l'évaluation objective et précise des plaies ainsi que sa documentation est une problématique, besoin d'un système objectif pour évaluer les plaies et des méthodes techniques pour améliorer l'évaluation
(Cockbill-Black, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> Vérification quantitative par observations directe (150) puis révision des notes pour vérifier concordance avec pratique lors évaluation du risque de lésion de pression avec l'outil de Waterlow N= 62 infirmières et 22 clients 	<ul style="list-style-type: none"> -Formation sur l'indice de Waterlow adéquate? Et interprétation? - Observation directe peut modifier les comportements - Formulaire de revue des notes discutable 	<ul style="list-style-type: none"> - Omission inscrire évaluation 55% du temps -Indice Waterlow : calcul 57% du temps et inscrit 42% - Intervention nécessaire 101 fois/150 observations, inscrite 30% - soins et évaluation souvent omis, documentation pauvre
(Zelevnik et al., 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitative - Vérification de la présence de descripteurs de plaie - Vérification terminologie utilisée (médecin, infirmières, consultants) (n= 75 dossiers) 	<ul style="list-style-type: none"> - Critères de sélection des termes médicaux controversés et à l'encontre de certains modèles de classification des plaies 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les infirmières présence des descripteurs de 60 à 90% du temps - Termes souvent non standards, ambigus ou inappropriés - 30 des 66 termes retracés étaient non médicaux - La présence et la localisation de la plaie documentée, mais la description est non adéquate, incomplète, non standardisée. La terminologie utilisée ne permet pas de conceptualiser la plaie.

Appendice 2 : Guide de référence rapide : Préparation du lit de la plaie

No	Recommandations	Niveau de preuve
Identifier et traiter la cause		
1	Évaluer la probabilité de guérison du patient. La circulation sanguine doit être suffisante de même que la correction des autres facteurs importants de l'hôte pour favoriser la guérison.	IV
2	Diagnostiquer et corriger ou modifier la cause traitable des lésions tissulaires.	IV
Aborder les besoins particuliers du patient		
3	Évaluer et favoriser la prise en charge des besoins particuliers du patient pour permettre la guérison (douleur et qualité de vie).	IV
4	Fournir éducation et soutien au patient afin d'améliorer la fidélité au plan de traitement.	IV
Procurer un soin local de la plaie		
5	Évaluer et faire le suivi de la plaie et de ses caractéristiques physiques (emplacement et MEASERB*).	IV
6	Débrider les plaies curables, pour retirer le tissu non viable, contaminé ou infecté (chirurgical, autolytique, enzymatique, mécanique ou larvaire [biologique]). Seul le tissu non viable des plaies incurables doit être retiré et le débridement actif jusqu'au saignement du tissu est contre-indiqué.	Ib
7	Nettoyer les plaies avec des solutions de faible toxicité (comme une solution saline physiologique ou de l'eau). L'emploi de solutions antiseptiques topiques doit être réservé aux plaies incurables ou à celles dont la charge bactérienne locale est une plus grande préoccupation que la stimulation de la cicatrisation.	III
8	Évaluer et traiter la plaie pour une charge bactérienne accrue ou une infection (distinguer d'une inflammation persistante d'origine non bactérienne).	Ila
9	Choisir un pansement approprié aux besoins de la plaie, du patient et du soignant ou au contexte clinique	IV
10	Évaluer la vitesse de cicatrisation escomptée. Si sous-optimale, réévaluer selon les recommandations de 1 à 9.	III-IV
11	Utiliser des traitements actifs pour les plaies (agents biologiques, greffes de peau, traitements d'appoint) lorsque les autres facteurs ont été corrigés et que la guérison n'évolue toujours pas.	Ia-IV
Fournir un soutien organisationnel		
12	Pour de meilleurs résultats, l'éducation et l'expérience clinique doivent être rattachées à des équipes inter professionnelles avec la coopération des systèmes de santé	IV
* MEASERB est un acronyme pour Mesure, Exsudat, Apparence, Souffrance, Espaces sous-jacents, Réévaluer, Bords.		

(Sibbald et al., 2006, p. 74)

Appendice 3 : Lettre aux experts

Gatineau, le 3 octobre 2008

Bonjour Madame (monsieur) _____,

Mon nom est Julie Vézina, j'étudie actuellement à l'Université du Québec en Outaouais, au profil essai du programme de maîtrise en sciences infirmières. L'analyse de la littérature portant sur l'évaluation des clients porteurs de plaies m'a conduite à élaborer le contenu de deux formulaires de documentation des plaies. Je sollicite aujourd'hui votre généreuse participation, à titre d'experte en soins des plaies, pour la validation de contenu de ces deux formulaires.

Comme mentionné, votre candidature a été retenue pour votre expertise en soins de plaies, particulièrement de votre connaissance du cadre théorique du paradigme de préparation du lit de la plaie (Falanga, 2000; Sibbald et al., 2000) ainsi que des recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie de l'Association canadienne du soin des plaies (Sibbald et al., 2006).

Le premier formulaire porte sur l'évaluation initiale globale d'un client qui nécessite des soins pour une plaie. Il a pour but de guider les infirmières lors de cette évaluation; de leur permettre d'inscrire de façon claire, pertinente et complète les informations recueillies et de les aider à l'élaboration du plan thérapeutique infirmier (PTI). Le second formulaire porte sur le suivi des caractéristiques de la plaie. Il a pour objectif d'effectuer une évaluation complète des caractéristiques de la plaie, de son évolution et l'inscription des notes au dossier du client.

Vous trouverez dans l'enveloppe ci-jointe, outre cette lettre de présentation, cinq documents vous permettant de participer au projet.

- 1) Le schéma du paradigme de préparation du lit de la plaie et le tableau « Guide de référence rapide : Préparation du lit de la plaie » (un rappel);
- 2) Les deux formulaires à évaluer;
- 3) Le formulaire de consentement à signer;
- 4) Le questionnaire de validation des formulaires à compléter;
- 5) Et une enveloppe de retour pré affranchie.

Pour toutes questions au sujet des formulaires, du processus de validation ou de l'essai en cours, vous pouvez communiquer avec moi via courriel au julie.vezina@uqo.ca ou par téléphone au 819-827-3312. Vous pouvez aussi communiquer avec ma directrice d'essai, madame Saint-Pierre par courriel au chantal.saint-pierre@uqo.ca (ou téléphone 891-595-3900 poste 2347 ou 1-800-567-1283 poste 2347) ou avec mon co-directeur monsieur Lepage au mario.lepage@uqo.ca (ou téléphone 891-595-3900 poste 2293 ou 1-800-567-1283 poste 2293).

En vous remerciant cordialement de votre participation.

Julie Vézina
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Appendice 4 : Consentement



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement

Validation de contenu de formulaires d'évaluation globale et de suivi des clients avec une plaie

**Julie Vézina, étudiante – Maîtrise en sciences infirmières (profil essai)
Chantal Saint-Pierre, directrice et Mario Lepage, co-directeur**

Nous sollicitons par la présente votre participation à l'essai en titre, qui vise à valider la construction de deux formulaires d'évaluation des clients avec une plaie. Le premier formulaire vise l'évaluation initiale globale du client et le second vise l'évaluation de suivi des caractéristiques de la plaie. L'objectif final de ce projet d'essai à la maîtrise est d'obtenir des formulaires complets, clairs et concis, permettant aux infirmières, travaillant dans un milieu de soins aigus, d'évaluer de façon globale la clientèle porteuse de plaies et de faire le suivi des plaies.

Ces deux formulaires ont été développés suite à une revue de littérature et nous sollicitons votre participation pour la validation de contenu. Votre participation consistera donc à donner votre appréciation d'experte en soins de plaie sur différents éléments des deux formulaires élaborés, et ce, à l'aide d'un questionnaire ci-inclus. Ce questionnaire se divise en 2 parties, chaque partie concernant un des deux formulaires dont le contenu est à valider. Ainsi, on vous demande de vous prononcer sur la pertinence des items, de préciser si les énoncés sont clairs, complets et appropriés et d'émettre votre opinion d'experte en soins des plaies sur la pertinence globale de l'outil. Finalement, vos commentaires et suggestions sont sollicités afin d'améliorer les formulaires présentés.

Nous tenons à préciser que les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participantes. Ces résultats seront diffusés dans le cadre de la rédaction de l'essai. Ils pourront aussi, par la suite, être utilisés lors de publications scientifiques et professionnelles (affiches, articles ou conférences).

Les données recueillies seront conservées dans un classeur sous clé et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante et la directrice d'essai. Elles seront détruites cinq ans après la publication de l'essai et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps, cela sans préjudice. Aucun risque n'est associé à votre participation et l'étudiante s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour empêcher tout risque. Le seul inconvénient identifié est le temps passé à participer au projet, temps estimé à moins de trente minutes. La contribution à l'avancement des connaissances infirmières au sujet de l'évaluation des plaies est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Veillez noter que ce projet a obtenu l'accord du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec l'étudiante Julie Vézina par courriel (julie.vezina@uqo.ca), ou par téléphone (819-827-3312). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, communiquez avec André Durivage, soit par courriel (andré.durivage@uqo.ca) ou par téléphone (819-595-3900 poste 1781 ou sans frais 1-800-567-1283 poste 1781), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom de l'étudiante : Julie Vézina

Signature de l'étudiante : _____ Date : _____

Appendice 5 : Approbation éthique



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
 Téléphone : (819) 595-3900
 www.uqo.ca

Notre référence : 990

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : *Élaboration et validation du contenu de formulaires d'évaluation globale et de suivi des clients avec une plaie.*

Soumis par : Madame Julie Vézina
 Département des sciences Infirmières
 Université du Québec en Outaouais

Financement : Aucun

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 11 novembre 2009.

Au nom du Comité,

André Durivage
 pour: André Durivage
 Président
 Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 11 novembre 2008

Appendice 6 : Synthèse des caractéristiques locales de la plaie devant être évaluées.

Références	Mesure	Exsudat	Apparence du lit de la plaie	Espaces sous-jacents	Sinus	Bord	Peau environnante	Odeur	Autres
(Benbow, 2009)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	stade
(Ackley, Ladwig, Swan, & Tucker, 2008)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		infection
(OHIQ, 2007)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
(Stevens & Milne, 2007)									
(Sussman & Bates-Jensen, 2007)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Température
(Saunders & Rowley, 2006)	✓	✓	✓				✓	✓	
(Sibbald et al., 2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
(Hess, 2005a)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	T° peau
(Doughty, 2004)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Stade colonisation
(CLSC-Côte-des-Neiges, 2004)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
(Worley, 2004)	✓	✓	✓			✓	✓	✓	
(Schultz et al., 2003)	✓	✓	✓			✓	✓		
(Cuzzell, 2002)	✓	✓	✓				✓		

Appendice 7 : Première partie de l’outil : Soins de plaies : évaluation initiale globale

Identification du client

Logo du centre

**Soin de plaies :
Évaluation initiale globale**

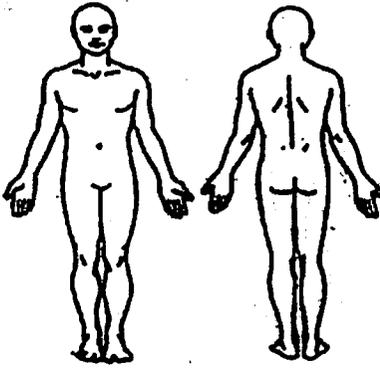
Date de l’évaluation : _____

Identifier les barrières à la guérison et traiter la cause	Maladies actuelles	
	Maladies antérieures	
	Médication prise	
	Évaluer, selon les besoins, l’apport sanguin, la mobilité, l’apport nutritif ou d’autres données importantes. Identifier la cause, si connue.	
Préoccupations axées sur le client	Ce client a-t-il des besoins particuliers?	
	Évaluer la souffrance et la douleur reliées à la plaie?	

Soins locaux

Identifier le site anatomique

Évaluation locale de la plaie
(voir légende sur le formulaire de suivi)

D : Débrider des tissus dévitalisés I : Identifier les signes d’inflammation et/ou d’infection M : Maintenir l’humidité de la plaie et gérer l’exsudat E : Évaluer les bords de la plaie		Mesure : (en cm)
		Exsudat :
		Apparence :
		Espace sous-jacent :
		Bord de la plaie :
		Réévaluation due le :

Soins selon le PTI # _____ Signature de l’infirmière évaluatrice _____

Évaluation complémentaire : _____

Faite le : _____

Par : _____

Appendice 8 : Deuxième partie de l'outil : Soins de plaie : Évaluation de suivi

Logo du centre

Identification du client

**Soin de plaies :
Évaluation de suivi**

Site des plaies #1 _____
#2 _____
#3 _____

Date de l'évaluation																		
Plaie #																		
M	Mesure	Longueur	Voir échelle descriptive au verso															
		Largeur																
		Profondeur																
E	Exsudat	Qualité																
		Quantité																
A	Apparence	Type de tissu et proportion																
S	Souffrance	Douleur																
E	Espace sous-jacent	Profondeur et orientation																
R	Réévaluation	Prochaine due le :																
B	Bord	Description																
Cocher si, une note d'évaluation complémentaire est versée au dossier																		
Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI																		
Initiales de l'infirmière évaluatrice																		

Identification des infirmières évaluatrices :

initiale	signature	initiale	signature	initiale	signature

N.B. Les soins accordés, selon le PTI, se retrouvent dans la note au dossier

Échelle descriptive d'évaluation selon les différentes caractéristiques de la plaie

Mesure

Longueur : la plus grande distance entre les bords de la plaie;
 Largeur : la plus grande distance perpendiculaire à la longueur;
 Profondeur : distance mesurée entre le bord de la plaie et sa partie la plus profonde.
 Elles se mesurent en centimètres (cm) avec une règle, un coton-tige ou un acétate.

Exsudat

Qualité :

SA = sanguin,
 SS = sérosanguin
 SE = séreux
 SP = séropurulent
 P = purulent

Quantité :

- = absent, plaie sèche
 + = léger, plaie humide
 ++ = modéré, plaie mouillée
 +++ = abondant, plaie saturée

Apparence

G = Tissu de **granulation** : rose foncé ou rouge, il est brillant et granuleux;
 E = Tissu **épithélial** : plus lisse, rosée ou lavande;
 M = Tissu de **maturation** : la cicatrice, blanchâtre;
 E = **Escarres** : noires ou brunâtres, normalement dures et sèches.
 F = **Fibrine** : filamenteuse, molle, humide, jaunâtre, grisâtre ou crème.
 Utilisez les pourcentages pour quantifier les différents types de tissu (ex. : G 80%, F 20%).

Souffrance

La douleur est mesurée à l'aide de l'échelle numérique de 0/10 aucune douleur à 10/10 douleur extrême.

Espace sous-jacent

Zone de destruction, de perte ou d'érosion des tissus sous-cutanés sous les bords de la plaie.
 Sinus : une extension de la plaie, un conduit étroit dans le tissu sous-jacent.
 On doit mesurer leur extension dans les tissus (en cm) et leur orientation (selon la technique de l'horloge) (ex. 3 cm à 3h).

Bord de la plaie

Zone immédiate qui sépare la plaie et la peau environnante. Évaluer le degré d'attachement des bords au lit de la plaie et leur épaisseur. Le bord se décrit comme :

- A= Attaché : égal au lit de la plaie, plat et régulier;
- NA = Non attaché ou détaché : il existe un espace entre le tissu de granulation et la bordure, présence de profondeur;
- N = Net ou distinct : bien défini;
- I= Imprécis ou diffus : bord irrégulier, difficile à délimiter;
- R = Roulé : s'enroule sur le bord et s'attache en profondeur;
- H= Avec hyperkératose : Anneau blanc, épais et irrégulier.

Appendice 9 : Questionnaire de validation du contenu de l'outil

Validation du premier formulaire : Évaluation initiale globale

Les prochaines questions porteront sur le formulaire : « Évaluation initiale globale ». Ce dernier est destiné à recueillir des informations sur le client et sur sa plaie pour permettre à l'infirmière de développer une vision globale du client et créer un plan thérapeutique infirmier optimal. Vous serez appelé à :

- Évaluer la pertinence des différents items retrouvés sur l'outil
- Préciser si ces items sont clairs
- Apporter vos commentaires et suggestions pour améliorer l'outil
- Évaluer la pertinence globale de cet outil
- Juger si l'outil est complet et utilise un vocabulaire adéquat.

1. Veuillez revoir l'outil et évaluez pour chaque item sa pertinence dans l'évaluation initiale d'un client avec une plaie.

- Veuillez utiliser l'échelle suivante pour déterminer la pertinence des différents items.

- 1 = non pertinent,
- 2 = peu pertinent,
- 3 = pertinent,
- 4 = très pertinent

- Vous devez aussi préciser si l'item est clair en cochant oui ou non.

- Finalement, pour chaque item vous pouvez apporter vos commentaires et suggestions pour la révision et l'amélioration de l'outil.

A.

Concept	Item	Pertinence				Clarté	
Identifier les barrières à la guérison et traiter la cause	Maladies actuelles	1	2	3	4	oui	non
	Maladies antérieures	1	2	3	4	oui	non
	Médication prise	1	2	3	4	oui	non
	Évaluer, selon les besoins, l'apport sanguin, la mobilité, l'apport nutritif ou d'autres données importantes. Identifier la cause, si connue.	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

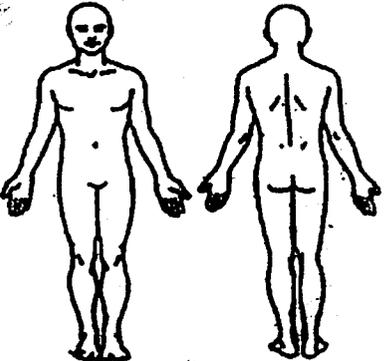
B.

Concept	Item	Pertinence				Clarté	
Préoccupations axées sur le client	Ce client a-t-il des besoins particuliers? Évaluer la souffrance et la douleur reliée à la plaie?	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

Concept : Évaluation locale de la plaie

C.

Item	Pertinence				Clarté	
Identifier le site anatomique 	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

D.

Item	Pertinence				Clarté	
(voir légende sur le formulaire de suivi)	1	2	3	4	oui	non
Mesure : (en cm)	1	2	3	4	oui	non
Exsudat :	1	2	3	4	oui	non
Apparence :	1	2	3	4	oui	non
Espace sous-jacent :	1	2	3	4	oui	non
Bord de la plaie :	1	2	3	4	oui	non
Réévaluation due le :	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

E.

Item	Pertinence				Clarté	
Soins selon le PTI # _____	1	2	3	4	oui	non
Signature de l'infirmière évaluatrice _____	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

F.

Item	Pertinence				Clarté	
Évaluation complémentaire : _____ _____	1	2	3	4	oui	non
Faite le : _____ Par : _____						

Commentaires et suggestions : _____

2. Pour l'ensemble du formulaire veuillez évaluer la pertinence et la clarté de l'outil en regard de l'évaluation initiale d'un client avec une plaie. Vous pouvez apporter vos commentaires et suggestions pour la révision et l'amélioration de l'outil. Veuillez utiliser la même échelle soit :

- 1 = non pertinent,
- 2 = peu pertinent,
- 3 = pertinent,
- 4 = très pertinent

Item	Pertinence				Clarté	
Vision d'ensemble du formulaire d'évaluation initiale du client avec une plaie	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

3. Selon vous, ce formulaire comporte t'il des omissions?

Non

Oui , veuillez préciser _____

4. Selon vous, ce formulaire utilise t'il une terminologie appropriée pour être utilisé par des infirmières exerçant dans des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs d'un centre hospitalier de soins généraux?

Oui

Non , veuillez préciser _____

5. Selon vous, ce formulaire utilise t'il des mesures adéquates pour évaluer les plaies rencontrées dans des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs d'un centre hospitalier de soins généraux?

Oui

Non , veuillez préciser _____

6. Avez-vous des commentaires ou suggestions supplémentaires?

Non

Oui , veuillez préciser _____

Vous avez complété l'évaluation du formulaire d'« Évaluation initiale du client avec une plaie ». Veuillez maintenant procéder à l'évaluation du second formulaire.

Validation du deuxième formulaire : Évaluation de suivi

Les prochaines questions porteront sur le formulaire: « Évaluation de suivi ». Ce formulaire est destiné à collecter les informations sur la plaie pour permettre à l'infirmière d'assurer le suivi des caractéristiques de la plaie. Il permet d'avoir une vision de l'évolution de la plaie et de modifier au besoin le plan thérapeutique infirmier. Vous serez appelé à :

- Évaluer la pertinence des différents items retrouvés sur l'outil
- Préciser si ces items sont clairs
- Apporter vos commentaires et suggestions pour améliorer l'outil
- Évaluer la pertinence globale de cet outil
- Juger si l'outil est complet et utilise un vocabulaire adéquat.

7. Veuillez revoir l'outil et évaluez pour chaque item sa pertinence dans l'évaluation de suivi d'un client avec une plaie.

-Veuillez utiliser l'échelle suivante pour déterminer la pertinence des différents items.

- 1 = non pertinent,
- 2 = peu pertinent,
- 3 = pertinent,
- 4 = très pertinent

-Vous devez aussi préciser si l'item est clair en cochant oui ou non. (Veuillez vous référer à l'échelle descriptive au verso de l'outil).

-Finalement, pour chaque item vous pouvez apporter vos commentaires et suggestions pour la révision et l'amélioration de l'outil.

A.

Item		Pertinence				Clarté	
Site des plaies	#1 _____	1	2	3	4	oui	non
	#2 _____						
	#3 _____						

Commentaires et suggestions : _____

B.

Item	Pertinence				Clarté	
Date de l'évaluation :	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

C.

Item		Pertinence				Clarté	
Plaie #		1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

D.

Item			Pertinence				Clarté	
M	Mesure	Longueur	1	2	3	4	oui	non
		Largeur	1	2	3	4	oui	non
		Profondeur	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

E.

Item			Pertinence				Clarté	
E	Exsudat	Qualité	1	2	3	4	oui	non
		Quantité	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

F.

Item			Pertinence				Clarté	
A	Apparence	Type de tissus et proportion	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

G.

Item			Pertinence				Clarté	
S	Souffrance	Douleur	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

H.

Item				Pertinence				Clarté	
E	Espace sous jacent	Profondeur orientation	et	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

I.

Item			Pertinence				Clarté	
R	Réévaluation	Prochaine due le :	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

J.

Item			Pertinence				Clarté	
B	Bord	Description	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

K.

Item	Pertinence				Clarté	
Cocher si, une note d'évaluation complémentaire est versée au dossier	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

L.

Item	Pertinence				Clarté	
Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

M.

Item	Pertinence				Clarté	
Initiales de l'infirmière évaluatrice	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

N.

Identification des infirmières évaluatrices :

Item		Pertinence				Clarté	
initiale	signature	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

8. Pour l'ensemble du formulaire veuillez évaluer la pertinence et la clarté de l'outil en regard de l'évaluation de suivi d'une plaie. Vous pouvez apporter vos commentaires et suggestions pour la révision et l'amélioration de l'outil. Veuillez utiliser la même échelle soit :

1 = non pertinent,

2 = peu pertinent,

3 = pertinent,

4 = très pertinent

Item	Pertinence				Clarté	
	1	2	3	4	oui	non
Vision d'ensemble du formulaire d'évaluation de suivi du client avec une plaie						

Commentaires et suggestions : _____

9. Selon vous, ce formulaire comporte t'il des omissions?

Non

Oui , veuillez préciser _____

10. Selon vous, ce formulaire utilise t'il une terminologie appropriée pour être utilisé par des infirmières exerçant dans des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs d'un centre hospitalier de soins généraux?

Oui

Non , veuillez préciser _____

11. Selon vous, ce formulaire utilise t'il des mesures adéquates pour évaluer les plaies rencontrées dans des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs d'un centre hospitalier de soins généraux?

Oui

Non , veuillez préciser _____

12. Avez-vous des commentaires ou suggestions supplémentaires?

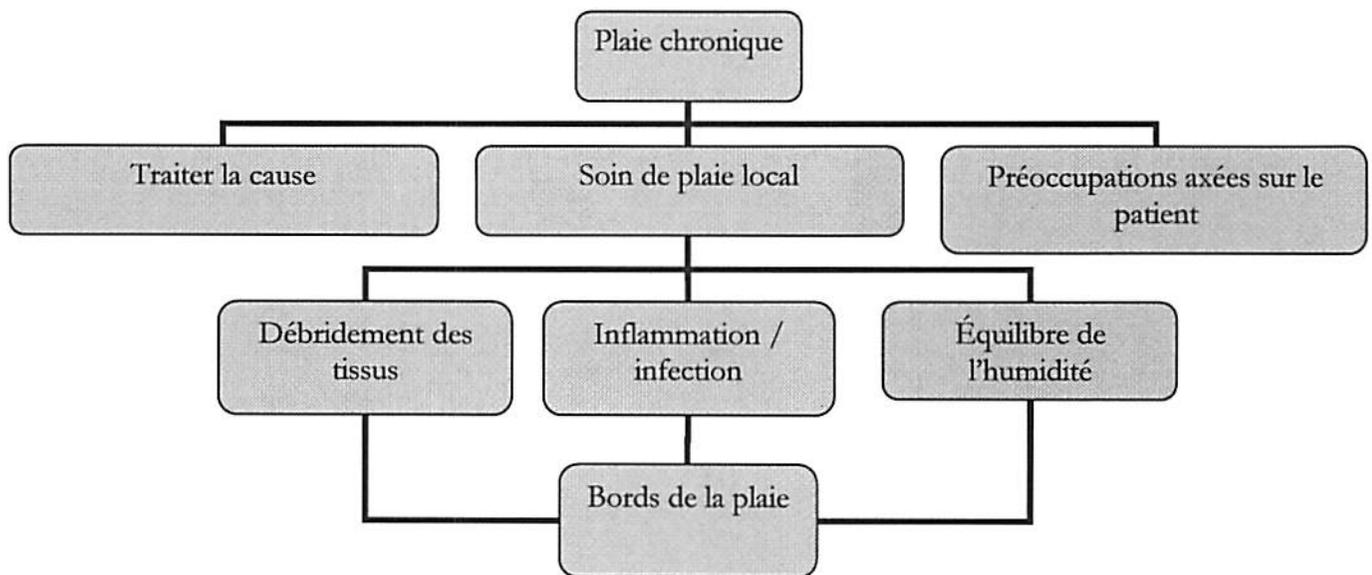
Non

Oui , veuillez préciser _____

Vous avez complété l'évaluation du formulaire « Évaluation de suivi du client avec une plaie ». Je vous remercie de votre participation. Veuillez maintenant retourner le questionnaire et le consentement dans l'enveloppe pré affranchie fournie.

Appendice 10 : Schéma de préparation du lit de la plaie

Paradigme pour la préparation du lit de la plaie selon l'Association canadienne du soin des plaies (Sibbald et al., 2006)



Appendice 11. Commentaires recueillis sur le questionnaire d'évaluation globale

Questions no.	Commentaires reçus N.B. les commentaires sont retranscrits intégralement
1A	<p>1) Maladie actuelle : des items tel que date d'apparition, récurrence voir section omission, devrait être proposée à l'item médication prise j'éliminerai le mot « prise ». Cet item pourrait être remplacé par « profil pharmacologique » Prévoir plus d'espace pour pouvoir inscrire les informations les patients porteurs de plaies ont souvent de multiples problèmes de santé et une médication très importante formulaire recto/verso?</p> <p>2)-Je suggère d'ajouter des questions typiques pour l'entrevue et plus de détails en ce qui a trait à l'évaluation globale du patient</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. évaluation psychosociale du patient- anamnèse histoire du patient- éléments clés – antécédents de la plaie, antécédents familiaux, traitement antérieur, succès 2. examen physique du patient, évaluation - de la plaie - neuropathique – vasculaire (si cause veineux/artériel ou inconnue) – indice tibio-brachial (recommandé) <p>3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifier la cause seulement 2. les barrières peuvent être souvent complexe, ceci est un outil d'évaluation de la plaie pas des facteurs de risques! <p><u>A ajouter selon moi</u> si plaie présente à l'admission, date d'apparition de la plaie on pourrait énumérer les causes ex : chirurgicale, pression, traumatique, vasculaire etc. ceci aide les infirmières</p> <p>4)-Être plus précise sur l'apport sanguin (déterminer le potentiel de cicatrisation), l'apport nutritif (l'infirmière doit se référer à la FSC, glycémie, albumine, protéines sériques, etc.)</p> <p>5)</p> <p>1- Maladies actuelles et maladies antérieures peuvent facilement se juxtaposées (sic) ce qui peut facilement amener de la redondance</p> <p>3- Très peu de place pour l'inscrire alors que les plaies chroniques sont souvent associées à une clientèle âgée polyopathologique et polymédicamentée. Ce commentaire peut aussi être fait pour les maladies antérieures.</p> <p>4- Je ne peux valider tous ces éléments à la fois, et l'évaluation de l'apport sanguin c'est-à-dire l'ITB ne ressort pas alors que c'est la première recommandation du paradigme lorsqu'il stipule la probabilité de guérison. (verso) → impossible Le tabagisme l'âge et les chirurgies sont essentiels à l'évaluation globale et manquants ici.</p>

1B	<p>1) On devrait retrouver le détail de l'échelle afin de bien identifier le niveau de douleur</p> <p>2)- Je suggère d'ajouter les facteurs exacerbation et le soulagement de la douleur, le type, emplacement ?douleur chronique, aigue (sic)</p> <p>3) même chose évaluation de la plaie ici, pas du pt!</p> <p>4)-Que veux-tu dire par besoins particuliers (ex. : enseignement ou du genre orthèse ou autre)?</p> <p>5) Ces concepts sont très distincts l'un de l'autre, je ne peux faire une validation commune de ces 2 concepts. Les besoin particuliers d'un patient peuvent être une aide financière ce qui est loin de la douleur</p>
1C	<p>3) ok mais + utilisé avec plaie pression mais c'est bien de le garder</p> <p>4) On ajoute souvent à la fiche le dessin d'un pied (re : ulcère diabétique)</p> <p>5) Identifier le site est pertinent mais tous les sites doivent être dessinés, ici on ne voit pas la surface plantaire : plaie diabétique.</p> <p>Je ne retrouve pas le « DIME » tel indiqué sur le formulaire (acronyme d'une compagnie de pansement). Incomplet à mon avis, aucun endroit pour identifier le type de débridement, toutes les plaies ne doivent pas être traitées dans l'humidité etc.</p>
1D	<p>1) Légende : dans mesure → dernière ligne Elles se... ou en utilisant un acétate sur lequel les contours de la plaie pourraient être tracés.</p> <p>Qualité → de l'exsudat devrait, à mon avis être évaluée en indiquant le % de la surface d'une gaze souillée ainsi que le nombre de gazes souillées</p> <p>Ajout d'un cadran (sic) permettant de situer l'espace (dessin d'horloge)</p> <p>2) Pourtour de la plaie - œdème ou non – tissus blanchâtres</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signes d'infection ou inflammation - Structure tel que os, muscle - Odeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Il n'y a pas beaucoup de place pour écrire la prochaine date - J'ajouterais de nettoyer la plaie ou les plaies avant de faire l'évaluation (au début du questionnaire) <p>3) Commentaires mis sur la feuille d'évaluation de suivi : « et sinus »</p> <p>4) Exsudat se quantifie en % du pansement souillé</p> <p>Apparence devrait plutôt se dire « lit de la plaie ou tissus qui le recouvre »</p> <p>Ne pas oublier les plusieurs appellations : sinus, fistule espace sous-jacent</p> <p>5) Le mot « fibrine » ne devrait plus être utilisé. On parle de tissu nécrotique. La fibrine ne se voit qu'au microscope dans le processus de coagulation</p> <p>Il faudrait s'assurer que l'anacronyme (sic) MEASERB fait bien partie du paradigme de la préparation du lit de la plaie et en sont les créateurs. Ce n'est pas clair, une feuille par plaie ou les 3 plaies sur une même feuille. Pour la mesure il faut s'assurer que tous les intervenants soit formé sur la même technique. On sait cependant que la mesure en cm² (surface) est la plus pertinente. Attention au bord de la plaie non attaché équivaut à un espace sous-jacent.</p>
1E	<p>2) Est-ce que le PTI comprend un plan de soins typique ou standardisé?</p> <p>Je ne connais pas le PTI du Québec pour les soins de plaies</p> <p>3) (Evaluatree) on ne devrait pas à avoir à cocher, cela devrait automatiquement apparaître au PTI enlever évaluatrice, cela va de soi</p> <p>5) Cet item de PTI ne fait pas partie de l'évaluation d'une plaie. La signature n'est pas un item mais bien un aspect légal finalisant une évaluation.</p>

1F	<p>1) Cet item pourrait comporter en choix à cocher physiothérapeute nutritionniste ergothérapeute ou autre</p> <p>2) Il serait plus pertinent d'ajouter une liste de membres de l'équipe interprofessionnelle qui devrait être consultés. Par exemple; ergothérapeute, médecin, physiothérapeute, diététicienne. Je ne comprends pas ce que l'évaluation complémentaire veut dire</p> <p>3) (Évaluation complémentaire) Dédoublage au niveau de la signature je dirais plutôt commentaires pourquoi une évaluation complémentaire d'une évaluation qui est déjà complète</p> <p>5) Doit-on parler d'évaluation complémentaire ou ajout de signes et symptômes pertinents ou tout autre commentaire.</p>
2	<p>4) Cependant revoir les éléments mentionnés dans les commentaires</p> <p>2) Julie, le formulaire d'évaluation doit comprendre plus de données pour évaluer le patient/client de façon globale. Est-ce que le formulaire est une collecte de données et/ou une évaluation complète globale de ton patient. L'évaluation de l'infirmière va dépendre de la cause de la plaie. Par exemple une plaie de pression chronique qui a été évaluée comme une plaie stagnante ou même dans un échec de progression ou palliative va demander plus de données dans l'évaluation initiale. Dans un autre temps une plaie à la jambe de type veineux sera évaluée d'une façon différente.</p> <p>3) A simplifier un peu, évaluer la plaie seulement, doit être très simple car sinon, les gens vont répondre +/- adéquatement</p> <p>5) Ce formulaire m'apparaît incomplet et ne pourrait répondre à tous les types de plaies chroniques. D'ailleurs suite à une évaluation initiale globale on devrait avoir une idée du type de plaie à traiter. Il n'est nullement souligné dans le formulaire. J'imagine difficilement l'application d'un tel formulaire. Plusieurs éléments manqueraient d'autant plus que la formation des infirmières en soins de plaies est en émergence.</p>
3	<p>1) On devrait retrouver la date d'apparition de la plaie, si c'est une récurrence, le temps écoulé depuis le début de la plaie et le début du traitement. On devrait aussi connaître les traitements qui ont été essayés. On devrait aussi connaître la motivation de l'usager à participer au traitement. Il serait important de retrouver l'information concernant le potentiel de cicatrisation car cela influence le type de traitement</p> <p>3) évaluation de la peau environnante (voir papier jaune) donne beaucoup d'indices « peau environnante? Intacte I, rosée R, macérée M, bleuté B, irritée IR, indurée ID. érythème E, Chaleur C, œdème OE, autre (précisez) »</p> <p>5) Voir les commentaires précédents. L'indice tibio-brachial n'est pas mentionné, les types de débridement et bien d'autres éléments du paradigme (2006).</p>
4	<p>2) trop de subjectivité dans l'identification des barrières. Il serait difficile pour une infirmière novice de comprendre ce qu'il/ elle doit demander au patient exemple : apport sanguin, apport nutritif? Autres données importantes</p> <p>3) Mais ils doivent avoir une formation pour connaître les termes utilisés se sont les bons termes</p> <p>5) ex : L'apport sanguin n'est pas bien évalué et ne sera jamais reconnu comme étant l'ITB si une plaie était au pied ou aux membres inférieurs</p>
5	<p>1) Oui dans l'ensemble par contre je réviserais la façon de décrire la quantité. Je trouve cette méthode subjective + ++ +++ et non précise.</p> <p>2) ce formulaire tel qu'il est décrit manque de données pour compléter une évaluation complète- infection/ inflammation etc.</p>

6	<p>1) Prévoir plus d'espace et reproduire l'échelle descriptive selon ...au dos. Proportion $\frac{3}{4}$ du formulaire recto verso pour prise de l'info $\frac{1}{4}$ pr échelle descriptive.</p> <p>Si l'échelle descriptive n'est pas sur ce formulaire un outil de poche pr référence pourrait être utile à l'inf. pour l'aider à compléter son évaluation</p> <p>4) Bravo! L'évaluation représente la pierre angulaire du soin des plaies!</p> <p>5) Il serait important de mieux séparer les différents items et référer davantage à la loi 90 la section de l'altération de la peau et des téguments</p>
---	---

Appendice 12 Commentaires recueillis sur le questionnaire d'évaluation initiale

Questions no.	Commentaires reçus N.B. : Les commentaires sont retranscrits intégralement
7A	2) Il serait intéressant d'ajouter le but des traitements avec la partie décrivant le site des plaies 4) Peu de place pour les sites, prévoir plus de sites 5) Pourquoi ne pas retrouver le schéma, sinon il peut être difficile de parler d'une plaie à la surface plantaire de la première tête métatarsienne (peu d'infirmières décrivent précisément un site anatomique).
7B	2) ajoute un exemple jj/mm/année (?) 3) pas besoin d'une aussi grande case
7C	5) N'est pas un item d'évaluation de la plaie
7D	1) Préciser l'utilisation de l'acétate prévoir espace pour dessin de la plaie photo pourrait aussi être ajoutée 2) Avec les ulcères de jambe nous mesurons habituellement le membre inférieur 5) Attention à la nomination de l'acronyme MEASERB s'il peut être utilisé sans nommer son origine. S'assurer qu'il n'a pas été créé par une compagnie de pansement!! La surface en cm ² est une meilleure mesure.
7E	1) Quantité à préciser en utilisant mesure objective ex : 50% d'une gaze 10 cm X 10 cm 50% de 4 gazes... 3) + facile pour les inf. aspect que qualité quantité, pas de + car trop relatif 4) Ne pas utiliser les + pour quantifier mais plutôt le % du pansement souillé (donnée probante) 5) Je nommerais les couleurs reliées à chacun des critères de qualité. Il est rare de voir qu'on qualifie une plaie de mouillée ou saturée c'est davantage le pansement qui est ainsi qualifié.
7F	2) suggestion- lit de plaie ajoute information – proportion – (%) 3) (? et proportion) Type de tissus dans le lit de la plaie? Proportion → on l'enseigne, on ne le met pas sur la feuille en général de suivi Blanchâtre, verdâtre, nécrotique humide voir feuille 4) Beaucoup plus précis que sur la fiche d'évaluation initiale 5) La définition de maturation pourrait être mieux décrit car ainsi elle confond l'épithélisation. La « fibrine » ne se voit pas à l'œil nu et ne devrait plus être utilisé dans ce contexte. C'est un constituant de processus de coagulation. On devrait parler de nécrose jaune humide ou tissus nécrotique.
7G	1) détailler l'échelle 2) Douleur – x/10 ajoute information sur les traitements ou effet du médicament 3) Souffrance? On se comprend avec douleur sinon confusion 5) Incomplet, la description de la douleur doit être plus précise. Elle est différente dans une plaie veineuse, mixte ou artérielle ou lors d'un processus infectieux.

7H	3) Espace sous jacent et sinus sont deux choses différentes horloge → référence tête à 12 :00 hrs 4) Ne pas oublier fistule 5) quels sont les différences entre sinus, tunnel, fistule et espace sous-jacent
7I	2) Ajouter si besoin de consultation avec infirmière clinicienne spécialisée, ergo etc. 3) Normalement, 1 fois/sem. 5) N'est pas un item d'évaluation Doit se retrouver au PTI
7J	3) si on a les connaissances + fibreux 5) Attention à NA = espace sous-jacent
7K	2) Versée ou consignée au dossier 5) N'est pas un item d'évaluation
7L	2) Sans commentaire car je ne connais pas ce concept PTI 3) ceci devrait se faire automatiquement, c'est la responsabilité de l'inf. de garder son PTI à jour donc inutile de cocher pour le dire. 5) m commentaire que K
7M	5) m commentaire que K
7N	5) m commentaire que K
8	2) Voir les commentaires donnés aux questions 1 à 7 3) clair en général mais à réviser
9	2) Pourtour des tissus, signes infection/inflammation but du traitement : palliatif, curatif, etc. consultation échelle de risque pour les plaies de pressions? 3) 1. Amélioration, détérioration, statu quo. Indice + rapide ex : pour le médecin à savoir l'évolution de la plaie. 2. Peau environnante (voir papier jaune sur la feuille de suivi) « voir Q3 » 5) voir les commentaires. Un suivi devrait comporter le type de débridement, l'ITB, les traitements utilisés etc.
10	2) Ajouter un peu plus d'information pour ce qui est des plaies chirurgicales
11	5) très incomplet
12	4) Bravo! Travail fort intéressant! 5) La pertinence des items peut-être cochée à 4 mais trop souvent incomplète. Toutes les lignes directrices ne s'y retrouvent pas.

5) J'aurais aimé connaître les critères qualifiant un expert en soin des plaies. Comme on le sait le soin des plaies est en émergence au Québec et les lignes directrices peu connues. J'espère participer à une étude où les autres experts sont au moins membres de l'Association canadienne en soins de plaies. Référez à la loi 90 et au livre « le soin de plaies : au cœur du savoir infirmier » pourrait peut-être aider à rendre plus complet ces outils. Merci!

Appendice 13 Questionnaire aux expertes, 2^e envoi

Validation du formulaire : Soins de plaie : Évaluation initiale

Les prochaines questions porteront sur le formulaire : « Soin de plaie : évaluation initiale ». Ce dernier est destiné à recueillir des informations sur le client et sur sa plaie pour permettre à l'infirmière de développer une vision globale du client et de créer un plan thérapeutique infirmier optimal. Vous serez appelé à :

- Évaluer la pertinence de certains items retrouvés sur l'outil
- Préciser si les items sont clairs
- Apporter vos commentaires et suggestions pour améliorer l'outil
- Évaluer la pertinence globale de cet outil
- Juger si l'outil est complet et utilise un vocabulaire adéquat.

Instructions :

-Veuillez revoir l'outil et évaluez lorsque demandé, la pertinence dans l'évaluation initiale d'un client avec une plaie. Veuillez utiliser l'échelle suivante pour déterminer la pertinence des différents items.

- 1 = non pertinent,
- 2 = peu pertinent ou demande modification majeure
- 3 = pertinent ou demande modification mineur
- 4 = très pertinent

-Vous devez aussi préciser si l'item est clair en cochant oui ou non.

-Finalement, pour chaque item vous pouvez apporter vos commentaires et suggestions pour la révision et l'amélioration de l'outil.

1. Concept : Identifier la cause

A.

Item	Pertinence				Clarté	
	1	2	3	4	oui	non
Histoire de la plaie, date d'apparition et traitements faits						

Commentaires et suggestions : _____

B. Identifier l'étiologie :

Item		Pertinence				Clarté			
Plaie de pression	Stades : LTPS – I – II – III- IV- X	1	2	3	4	oui	non		
	Résultat à l'échelle de Braden /23	1	2	3	4	oui	non		
	<input type="checkbox"/> Rapport d'incident/accident complété	1	2	3	4	oui	non		
Chirurgie	Préciser : Cicatrisation 1 ^{ère} 2 ^e 3 ^e intention	1	2	3	4	oui	non		
Traumatique	Préciser :	1	2	3	4	oui	non		
Ulcère aux membres inférieurs		MID	MIG						
	Pouls tibial postérieur			1	2	3	4	oui	non
	Pouls pédieux			1	2	3	4	oui	non
	Indice tibio-brachial			1	2	3	4	oui	non
	Mesure circonférence mollet (cm)			1	2	3	4	oui	non
Pied diabétique	Test monofilament : /10	1	2	3	4	oui	non		
Déchirure cutanée		1	2	3	4	oui	non		
Autre:	Préciser	1	2	3	4	oui	non		

Commentaires et suggestions : _____

2 Concept : Identifier les barrières à la guérison

Item	Pertinence				Clarté	
Maladies connues	1	2	3	4	oui	non
Médication interférant avec la guérison	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

Item	Pertinence				Clarté	
Facteurs affectant l'apport sanguin	1	2	3	4	oui	non
Apport nutritif	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

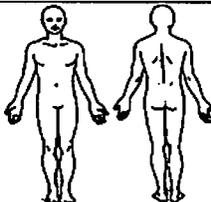
3. Concept : Identifier les besoins particuliers du client

Item	Pertinence				Clarté	
Le client présente-t-il de la douleur reliée à sa plaie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, compléter le formulaire d'évaluation de la douleur.	1	2	3	4	oui	non
Impacts pour le client et motivations	1	2	3	4	oui	non
Autres éléments pertinents à la situation	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

Concept : Évaluation locale de la plaie

4 Identifier le ou les sites anatomiques

Item	Pertinence				Clarté	
	1	2	3	4	oui	non
DROIT GAUCHE 	1	2	3	4	oui	non
Dessin de la plaie	1	2	3	4	oui	non
Cocher si une photo a été prise et est incluse au dossier <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

5. Évaluation locale des plaies

Item	Pertinence				Clarté	
Plaie no :	1	2	3	4	oui	non
Mesure : (en cm) (L x l x p)	1	2	3	4	oui	non
Exsudat (aspect et quantité):	1	2	3	4	oui	non
Apparence du lit de la plaie : (identifier si structures présentes ex : os)	1	2	3	4	oui	non
Espaces sous-jacents et sinus : 	1	2	3	4	oui	non
Bord de la plaie :	1	2	3	4	oui	non
Pourtour de la plaie (peau environnante) :	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

Item	Pertinence				Clarté	
Présence de signes de colonisation critique ou d'infection?	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

6 Concept travail multidisciplinaire

Item	Pertinence				Clarté	
Consultations multidisciplinaires demandées	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

7. Pour l'ensemble du formulaire veuillez évaluer la pertinence et la clarté de l'outil en regard de l'évaluation initiale d'un client avec une plaie. Vous pouvez apporter vos commentaires et suggestions pour la révision et l'amélioration de l'outil. Veuillez utiliser la même échelle soit :

- 1 = non pertinent,
- 2 = peu pertinent,
- 3 = pertinent,
- 4 = très pertinent

Item	Pertinence				Clarté	
Vision d'ensemble du formulaire	1	2	3	4	oui	non

Commentaires et suggestions : _____

8. Selon vous, ce formulaire comporte-t-il des omissions?

Non

Oui , veuillez préciser _____

9. Selon vous, ce formulaire utilise-t-il une terminologie appropriée pour être utilisé par des infirmières exerçant dans des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs d'un centre hospitalier de soins généraux?

Oui

Non , veuillez préciser _____

10. Selon vous, ce formulaire utilise-t-il des mesures adéquates pour évaluer les plaies rencontrées dans des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs d'un centre hospitalier de soins généraux?

Oui

Non , veuillez préciser _____

11. Avez-vous des commentaires ou suggestions supplémentaires?

Non

Oui , veuillez préciser _____

Je vous remercie de votre participation. Veuillez maintenant retourner le questionnaire dans l'enveloppe pré affranchie fournie.

Appendice 14 Outil, 2^e version de la partie d'évaluation initiale

Logo CSSS

Soin de plaies :
Évaluation initiale

Identification client

Date de l'évaluation : _____

1. Identifier la cause

Histoire de la plaie, date d'apparition et traitements faits	_____			

Identifier l'étiologie :	<input type="checkbox"/> Plaie de pression	Stade (encercler): LTPS – I – II – III – IV – X		
		Résultat à l'échelle de Braden : /23		
		<input type="checkbox"/> Rapport d'incident/accident complété		
	<input type="checkbox"/> Chirurgie	Préciser : Cicatrisation 1 ^{ère} 2 ^e 3 ^e intention		
	<input type="checkbox"/> Traumatique	Préciser :		
	<input type="checkbox"/> Ulcère aux membres inférieurs		MID	MIG
		Pouls tibial postérieur		
		Pouls pédieux		
		Indice tibio-brachial		
	<input type="checkbox"/> Pied diabétique	Test monofilament : /10		
<input type="checkbox"/> Déchirure cutanée				
<input type="checkbox"/> Autre:	Préciser :			

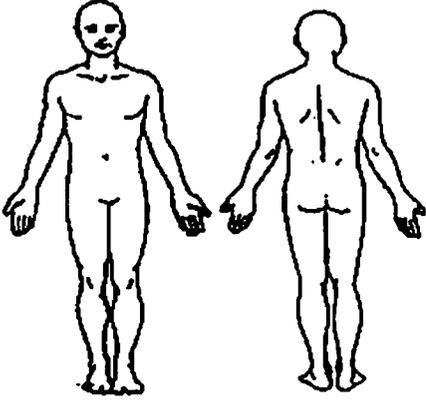
2. Identifier les barrières à la guérison :

Maladies connues	<input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires (préciser) :
	<input type="checkbox"/> Diabète
	<input type="checkbox"/> Maladie immunitaire (préciser) :
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)
Médication interférant avec la guérison	<input type="checkbox"/> AINS/ corticostéroïdes <input type="checkbox"/> Radiothérapie ou chimiothérapie
	<input type="checkbox"/> Antibiotiques
	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
Facteurs affectant l'apport sanguin	<input type="checkbox"/> anémie <input type="checkbox"/> pression <input type="checkbox"/> œdème <input type="checkbox"/> tabagisme <input type="checkbox"/> déshydratation <input type="checkbox"/> saturation O ₂ <input type="checkbox"/> hypotension <input type="checkbox"/> autre (préciser) :
Apport nutritif	Apport hydrique _____ diète _____ appétit _____ FSC : Albumine : BUN : Perte de poids :

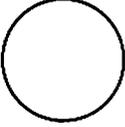
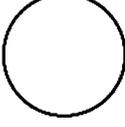
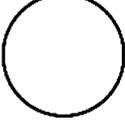
3. Identifier les besoins particuliers du client

Le client présente-t-il de la douleur reliée à sa plaie?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (compléter le formulaire d'évaluation de la douleur)	
Impacts pour le client et motivations	_____
Autres éléments pertinents à la situation	_____

4. Identifier le ou les sites anatomiques

	<p style="margin-bottom: 10px;">DROIT</p> 	<p style="margin-bottom: 10px;">GAUCHE</p> 	Dessin de la plaie
<input type="checkbox"/> Cocher si une photo a été prise et est incluse au dossier			

5. Évaluation locale des plaies (voir échelle descriptive au verso du formulaire de suivi)

Plaie no :			
Mesure : (en cm) (long. X larg. X prof.)			
Exsudat : (aspect et quantité)			
Apparence du lit de la plaie : (identifier si structures présentes ex : os)			
Espaces sous-jacents et sinus :			
Bord de la plaie :			
Pourtour de la plaie (peau environnante) :			
Présence de signes de colonisation critique ou d'infection?	<p><u>Colonisation critique</u></p> <input type="checkbox"/> ↑ de l'écoulement <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/> ↑ de la douleur <input type="checkbox"/> Tissus granulation bourbeux et friable <p><u>Infection</u></p> <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Écoulement purulent <input type="checkbox"/> Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Autre signe :	<p><u>Colonisation critique</u></p> <input type="checkbox"/> ↑ de l'écoulement <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/> ↑ de la douleur <input type="checkbox"/> Tissus granulation bourbeux et friable <p><u>Infection</u></p> <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Écoulement purulent <input type="checkbox"/> Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Autre signe :	<p><u>Colonisation critique</u></p> <input type="checkbox"/> ↑ de l'écoulement <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/> ↑ de la douleur <input type="checkbox"/> Tissus granulation bourbeux et friable <p><u>Infection</u></p> <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Écoulement purulent <input type="checkbox"/> Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Autre signe :

6. Consultations multidisciplinaires demandées

<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Nutritionniste	<input type="checkbox"/> Infirmière clinicienne spécialisée
<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Signature de l'infirmière évaluatrice : _____ Date : _____

Appendice 15 Lettre de présentation pour les expertes, 2^e envoi

Gatineau, 20 février 2009

Objet : Suivi et seconde validation des formulaires d'évaluation des clients nécessitant des soins de plaies

Bonjour Mesdames,

Je vous remercie d'avoir généreusement répondu à mon questionnaire sur l'évaluation des clients qui nécessitent des soins de plaies. L'analyse de vos réponses m'a beaucoup aidée. Vous aviez deux formulaires à répondre, il est apparu que les éléments contenus dans le formulaire de suivi étaient pertinents cependant, la reformulation a été retravaillée pour certains éléments. Pour le deuxième formulaire, l'évaluation initiale du client, ce dernier a subi plusieurs changements suite à vos commentaires. Comme vous pourrez le constater, certains éléments ont été complètement réécrits ou ajoutés et d'autres items ont simplement été clarifiés ou bonifiés.

Pour me permettre de poursuivre la validation du contenu de ce dernier formulaire, j'ose vous demander à nouveau votre temps si précieux. Je sollicite votre aide pour répondre de nouveau au questionnaire de validation que vous retrouverez ci-joint en vous servant de la nouvelle version du formulaire d'évaluation initiale.

Pour toutes questions au sujet des formulaires, du processus de validation ou de l'essai en cours, vous pouvez communiquer avec moi via courriel au julie.vezina@uqo.ca ou par téléphone au 819-827-3312. Vous pouvez aussi communiquer avec ma directrice d'essai, Madame Saint-Pierre par courriel au chantal.saint-pierre@uqo.ca (ou téléphone 891-595-3900 poste 2347 ou 1-800-567-1283 poste 2347) ou avec mon co-directeur Monsieur Lepage au mario.lepage@uqo.ca (ou téléphone 891-595-3900 poste 2293 ou 1-800-567-1283 poste 2293).

Sachez que votre expertise et votre appui sont très appréciés dans ce processus.

Julie Vézina
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Appendice 16 Outil, 2^e version de la partie d'évaluation de suivi
 Logo du centre

**Soin de plaies :
 Évaluation de suivi**

Site des plaies #1 _____
 #2 _____
 #3 _____

Date de l'évaluation									
Plaie #									
Mesure	Longueur	Voir échelle descriptive au verso							
	Largeur								
	Profondeur								
Exsudat	Aspect								
	Quantité								
Apparence du lit de la plaie	Type de tissu et proportion								
Douleur	Échelle de douleur								
Espace sous-jacent et sinus	Profondeur et orientation		○	○	○	○	○	○	○
Bord	Description								
Pourtour de la plaie	Description								
Prochaine réévaluation due le :									
Autre (préciser) :									
Cocher si, une note d'évaluation complémentaire est versée au dossier									
Cocher si, suite à l'évaluation, une modification est effectuée au PTI ou au PT									
Initiales de l'infirmière									

Identification des infirmières :

initiale	signature	initiale	signature	initiale	signature

N.B. Les soins accordés, selon le PTI, se retrouve dans la note au dossier

Échelle descriptive d'évaluation selon les différentes caractéristiques de la plaie

Mesure
 Longueur : la plus grande distance entre les bords de la plaie;
 Largeur : la plus grande distance perpendiculaire à la longueur;
 Profondeur : distance mesurée entre le bord de la plaie et sa partie la plus profonde.

N.B. : Elles se mesurent en centimètres (cm) avec une règle, un coton-tige ou un acétate.

Exsudat : **Quantité :** Se mesure en % de saturation du pansement
Aspect / type :

SA = sanguin	liquide clair, rouge à brunâtre
SS = sérosanguin	liquide clair, rougeâtre à rosé
SE = séreux	liquide clair, transparent à jaune
SP = séropurulent	liquide trouble, jaune à beige
P = purulent	épais, opaque, jaune, beige ou vert

Apparence du lit de la plaie

G = Tissu de **granulation** : rose foncé ou rouge, il est brillant et granuleux;
 EP = Tissu **épithélial** : plus lisse et luisant, rosée ou lavande;
 M = Tissu de **maturation** : la cicatrice, fibre de collagène blanchâtre;
 ES = **Escarres** (sphacèle): croûtes noires ou brunâtres, normalement dures et sèches ressemblant à du cuir.
 F = Tissus **fibrineux** : dépôt filamenteux jaunâtre, adhérent (manque d'humidité)
 N = Tissus **nécrotiques** : débris jaune ou grisâtre, humide lâche

N.B. Utilisez les pourcentages pour quantifier les différents types de tissu (ex. : G 80%, F 20%).

Douleur : La douleur est mesurée à l'aide de l'échelle numérique de 0/10 aucune douleur à 10/10 douleur extrême. Vous référer au formulaire d'évaluation de la douleur pour plus d'information

Espace sous-jacent : Zone de destruction, de perte ou d'érosion des tissus sous-cutanés sous les bords de la plaie.

Sinus : une extension de la plaie, un conduit étroit dans le tissu sous-jacent.

N.B. : On doit mesurer leur extension dans les tissus (en cm) et leur orientation selon la technique de l'horloge (la tête étant à 12h)

Bord de la plaie : Zone immédiate qui sépare la plaie et la peau environnante. Évaluer le degré d'attachement des bords au lit de la plaie et leur épaisseur. Le bord se décrit comme :

- A = Attaché : égal au lit de la plaie, plat et régulier;
- NA = Non attaché ou détaché : il existe un espace entre le tissu de granulation et le lit de la plaie, présence de profondeur, d'espaces sous-jacent;
- N = Net ou distinct : bien défini;
- I = Imprécis ou diffus : bord irrégulier, difficile à délimiter;
- R = Roulé : s'enroule sur le bord et s'attache en profondeur;
- H = Avec hyperkératose : Peau blanche, épaisse, irrégulière et crevassée (créée par surplus d'humidité);
- F = Fibreux : Bords indurées, tissus cicatriciel rigide, peu élastique
- C = Callosité : Anneau blanc-jaune développé au pourtour des ulcères diabétiques (du à la pression et/ou la déformation des structures)

Pourtour de la plaie; peau environnante :

I = intact
 M = macéré (pâle, ramollie et friable)
 R = rouge (irritation, inflammation, érythème)
 O = œdème

Signes et symptômes laissant soupçonner une infection

Colonisation critique d'une plaie	Infection plaie
Augmentation de la douleur et/ou de l'exsudat, stagnation de la plaie, lit plaie bourgogne, friable et exubérant, odeur anormale.	Rougeur (≥ 2 cm), chaleur, œdème, douleur, perte de fonction, il est aussi possible de retrouver une odeur nauséabonde et un exsudat purulent

Appendice 17 : Lettre d'approbation pour demande de modification au certificat d'éthique**Université du Québec en Outaouais**Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Gatineau, 12 mars 2009

Julie Vézina
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouaisc.c. Chantal St-Pierre
Professeure
Département des sciences infirmièresMario Lepage
Professeur
Département des sciences infirmières**Objet :** *Élaboration et validation du contenu de formulaires d'évaluation globale et de suivi des clients avec une plaie.*
Demande de certificat d'éthique

Dossier : 990

Demande de modification au certificat éthique

Bonjour madame Vézina,

J'ai pris connaissance des modifications apportées à votre projet en titre. Comme les changements indiqués sont mineurs et n'ont pas d'impact éthique, il me fait plaisir de vous informer que votre demande est acceptée.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la poursuite de cette étude.

André Durivage
Président
Comité d'éthique de la recherche

Appendice 18 Commentaires reçus suite à l'envoi du 2^e questionnaire

Éléments	Commentaires des expertes
Identifier la cause	<p>E1 : Tx faits, seulement si ancienne plaie</p> <p>E3 : Est-ce que ce formulaire va servir de collecte de donnée objective ou subjective? Étiologie- évaluation de l'infirmière? Suggestion- mettre toutes les données ensemble qui font partie de la collecte des données et ensuite mettre l'évaluation clinique du patient séparé Il se peut que tu ne pourras pas savoir la cause lors de ton évaluation initiale.</p>
Identifier l'étiologie	<p>E1 : Est-ce vraiment nécessaire de noter la cicatrisation 1^e, 2^e, 3^e intention à ce stade-ci Encore faut t'il avoir un monofilament</p> <p>E3 : Comment vas-tu documenter plus d'une plaie? Il serait pertinent de connaître la date, depuis quand cette plaie est présente Est-ce que cette partie fait partie d'une évaluation physique du patient ou bien lors d'une entrevue ou dans le dossier clinique, note évolutive ?MID et MIG</p> <p>E4 : SVP préciser = de quel type il s'agit? SVP inscrire- indice de pression systolique cheville-bras Test au monofilament /10, devons-nous quantifier les points de sensibilité et d'insensibilité</p>
Identifier les barrières à la guérison	<p>E1 : trop de détails Évaluation trop générale? Pas assez spécifique Quand considère-t-on une pression trop basse Quand considère t-on un pt déshydraté?</p> <p>E3 : Diabète type I ou type II Pression? Pas clair Cedème ? toute la journée etc... Deshydratation ? Comment déterminer Tabagisme Nutrition- il peut être subjectif de seulement demander la perte de poids C'est une meilleur idée avec les taux albumine, préalbumine, ewtc. Il n'y a pas de taux sur le formulaire pour aider l'infirmière à prendre une décision pour consulter avec la diététicienne</p> <p>E4 Saturation O2-svp inscrire le% FSC/albumine/bun = inscrire le résultat? Qui date de quand?</p>

Identifier les besoins particuliers du client	E1 : motivation? E3 : La douleur est-elle relié au traitement ou à la plaie? Douleur qui dure? Type chronique ou aigue? Je ne comprends pas la partie impacts pour le client et motivation
Identifier le ou les sites anatomiques	
Évaluation locale des plaies	E1 : Je pense que si le personnel infirmier doit recourir à une feuille avec échelle descriptive, certaines personnes ne le fera (sic) pas et il y aura de mauvaises évaluations E3 : Horloge-exemple serait plus facile E4 : svp ajouter l'odeur à l'exsudat svp identifier le cercle à l'aide du modèle de l'horloge
Signes infection	E4 : rougeur /chaleur/ dlr/ œdème peuvent aussi être des critères de colonisation critique
Tvavail multidisciplinaire	
Vision d'ensemble	E3 : Voir les commentaires aux questions précédentes
Ommission	E1 : comporte trop E3 : Précisions à apporter dans le formulaire Données supplémentaires pour aider l'infirmière dans sa prise de décision ex : données/taux normaux, indice, taux sanguin, etc. E4 : voir les commentaires mais cela est mineur
Terminologie appropriée	E1 : OK pour les inf. avec bcp de connaissances en soins de plaies seulement E3 : Certains mots/termes devraient être écrit ou expliqués E4 : seulement revoir le mot bourbeux
Mesures adéquates	E3 : Sauf pour l'évaluation des membres inférieurs qui va demander une formation additionnelle auprès des infirmières pour pouvoir compléter l'évaluation.
Commentaires et suggestions supplémentaires	E1 : Trop de détails pour inf. en général Ex. cicatrisation 1 ^e -2 ^e -3- intention Indice tibio-brachial Pouls tibial postérieur La majorité ne connaisse pas cela! Une évaluation doit être simple, rapide et comporter les principaux éléments seulement, sinon, les évaluations sont faussées. Ou si trop long, ne seront pas remplies. E2 : Bravo! Très beau formulaire, complet. E3 : Bon succès! Il serait bon de voir avec le personnel infirmier si le formulaire est facile à remplir. E4 : merci!

Appendice 19 : Outil, version finale de la partie d'évaluation initiale

Logo CSSS	Soin de plaies : Évaluation initiale	Identification client
-----------	---	-----------------------

Date de l'évaluation : _____

1. Identifier la cause

Histoire de la plaie, date d'apparition et traitements faits antérieurement	_____			
Identifier l'étiologie :	<input type="checkbox"/> Plaie de pression	Stade (encercler):	LTPS – I – II – III – IV – X	
		Résultat à l'échelle de Braden :	/23	
		<input type="checkbox"/> Rapport d'incident/accident complété		
	<input type="checkbox"/> Chirurgie	Préciser :		
	<input type="checkbox"/> Traumatique	Préciser :		
	<input type="checkbox"/> Ulcère aux membres inférieurs		MID	MIG
		Pouls tibial postérieur		
		Pouls pédieux		
		Indice de pression tibio-brachiale		
	<input type="checkbox"/> Pied diabétique	Mesure circonférence mollet (cm)		
	Test monofilament (zone de sensibilité) :	pied D /10	pied G /10	
<input type="checkbox"/> Autre:	Préciser :			

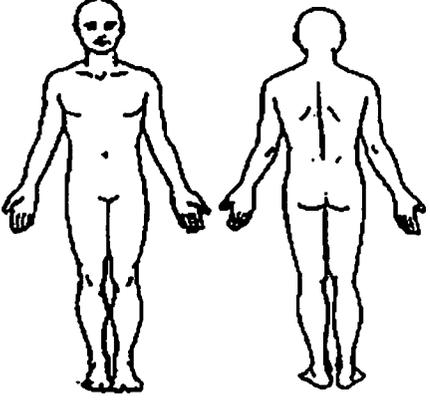
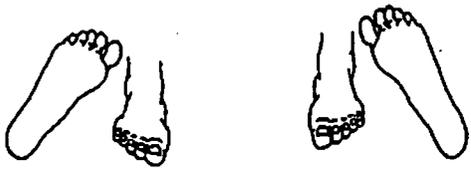
2. Identifier les barrières à la guérison :

Maladies connues	<input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires (préciser) :
	<input type="checkbox"/> Diabète (préciser) :
	<input type="checkbox"/> Maladie immunitaire (préciser) :
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)
Médication interférant avec la guérison	<input type="checkbox"/> AINS/ corticostéroïdes <input type="checkbox"/> Radiothérapie ou chimiothérapie
	<input type="checkbox"/> Antibiotiques
	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
Facteurs affectant l'apport sanguin	<input type="checkbox"/> anémie <input type="checkbox"/> pression sur la plaie <input type="checkbox"/> œdème au site plaie <input type="checkbox"/> tabagisme <input type="checkbox"/> déshydratation <input type="checkbox"/> ↓ saturation O2 <input type="checkbox"/> hypotension <input type="checkbox"/> autre (préciser) :
Apport nutritif	Apport hydrique _____ diète _____ appétit _____ FSC : Albumine : BUN : Modification de poids :

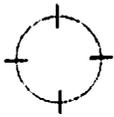
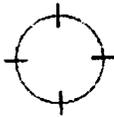
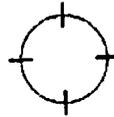
3. Identifier les besoins particuliers du client

Le client présente-t-il de la douleur reliée à sa plaie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Le client présente-t-il de la douleur reliée au traitement de sa plaie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
(si oui, compléter le formulaire d'évaluation de la douleur)	
Impacts de cette plaie pour le client et ses motivations à suivre le traitement	_____
Autres éléments pertinents à cette situation	_____

4. Identifier le ou les sites anatomiques

	<p>DROIT GAUCHE</p> 	<p>Dessin de la plaie</p>
<input type="checkbox"/> Cocher si une photo a été prise et est incluse au dossier		

5. Évaluation locale des plaies (voir échelle descriptive au verso du formulaire de suivi)

Plaie no :			
Mesure : (en cm) (long. X larg. X prof.)			
Exsudat : (aspect et quantité)			
Apparence du lit de la plaie : (identifier si structures présentes ex : os)			
Espaces sous-jacents et sinus :			
Bord de la plaie :			
Pourtour de la plaie (peau environnante) :			
Présence de signes de colonisation critique ou d'infection?	<p><u>Colonisation critique</u></p> <input type="checkbox"/> ↑ de l'écoulement <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/> ↑ de la douleur <input type="checkbox"/> Tissus granulation exubérant et friable <input type="checkbox"/> Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Nouveaux emplacements de bris ou nécrose <u>Infection</u> <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Écoulement purulent <input type="checkbox"/> Autre signe :	<p><u>Colonisation critique</u></p> <input type="checkbox"/> ↑ de l'écoulement <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/> ↑ de la douleur <input type="checkbox"/> Tissus granulation exubérant et friable <input type="checkbox"/> Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Nouveaux emplacement de bris ou nécrose <u>Infection</u> <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Écoulement purulent <input type="checkbox"/> Autre signe :	<p><u>Colonisation critique</u></p> <input type="checkbox"/> ↑ de l'écoulement <input type="checkbox"/> Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/> ↑ de la douleur <input type="checkbox"/> Tissus granulation exubérant et friable <input type="checkbox"/> Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/> Nouveaux emplacement de bris ou nécrose <u>Infection</u> <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Écoulement purulent <input type="checkbox"/> Autre signe ::

6. Consultations multidisciplinaires demandées

<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Nutritionniste	<input type="checkbox"/> Infirmière clinicienne spécialisée
<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Signature de l'infirmière évaluatrice : _____ Date : _____