



Des échelles d'évaluation pour promouvoir la qualité des soins

Lien avec les classifications infirmières

Thérèse Van Durme

Cécile Piron

Avec l'aimable collaboration de

Marie-Thérèse Celis-Geradin (Vice-Présidente)

Isabelle De Geest (Responsable du secteur Nord France Belgique)

Plan de la présentation

- Introduction
- Pourquoi des échelles?
- Classification & validation des échelles
- Lien avec les classifications infirmières
- Lien avec la qualité et le financement des soins : l'exemple belge
- Quelques barrières à l'utilisation des échelles
- Messages à retenir

How to participate?



SMS

1. Send **@AFEDIL** once to **0460 200 711**
2. You can participate



Web

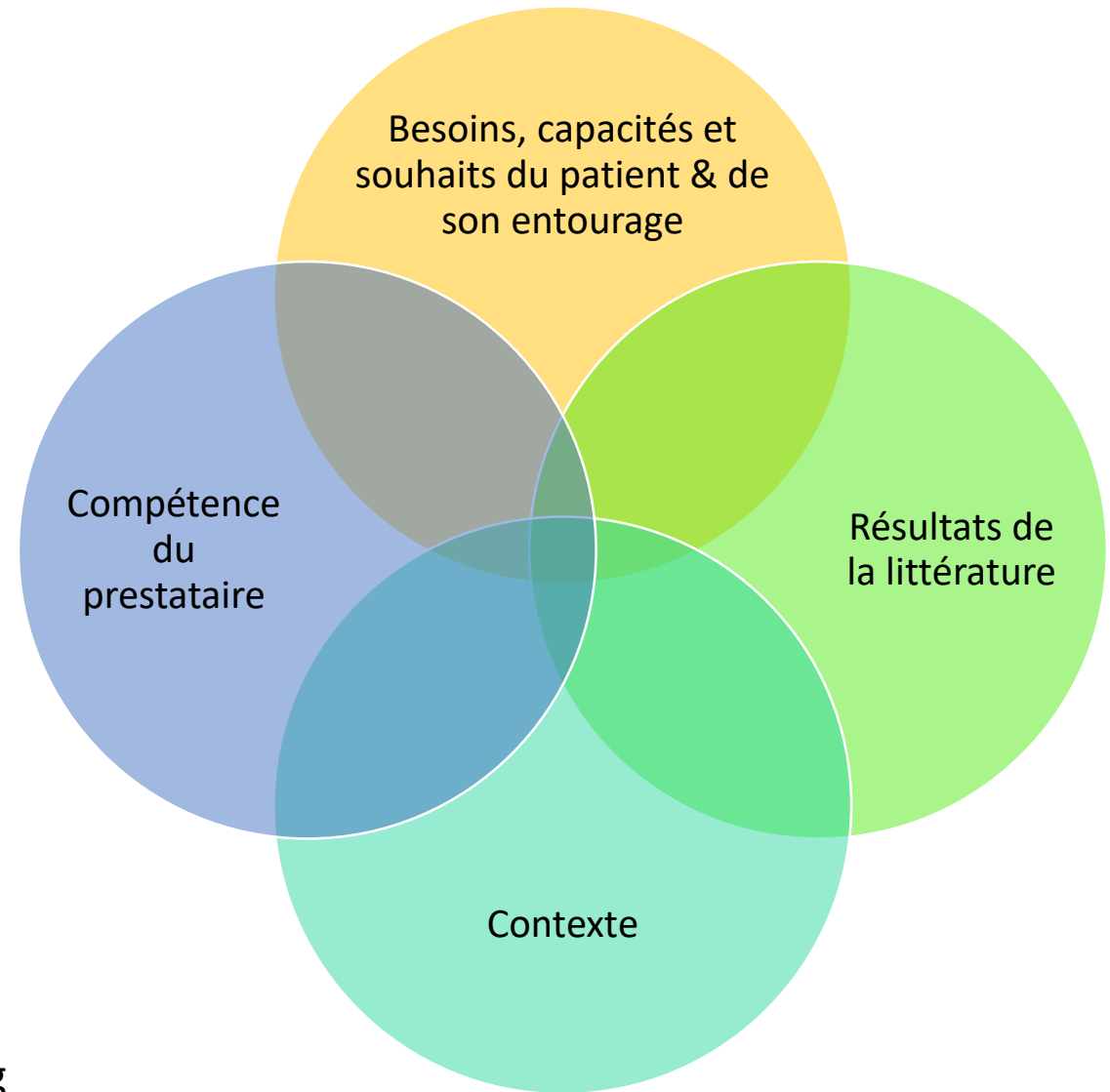
1. Connect to **www.wooclap.com/AFEDIL**
2. You can participate



Finalité des échelles et qualité des soins

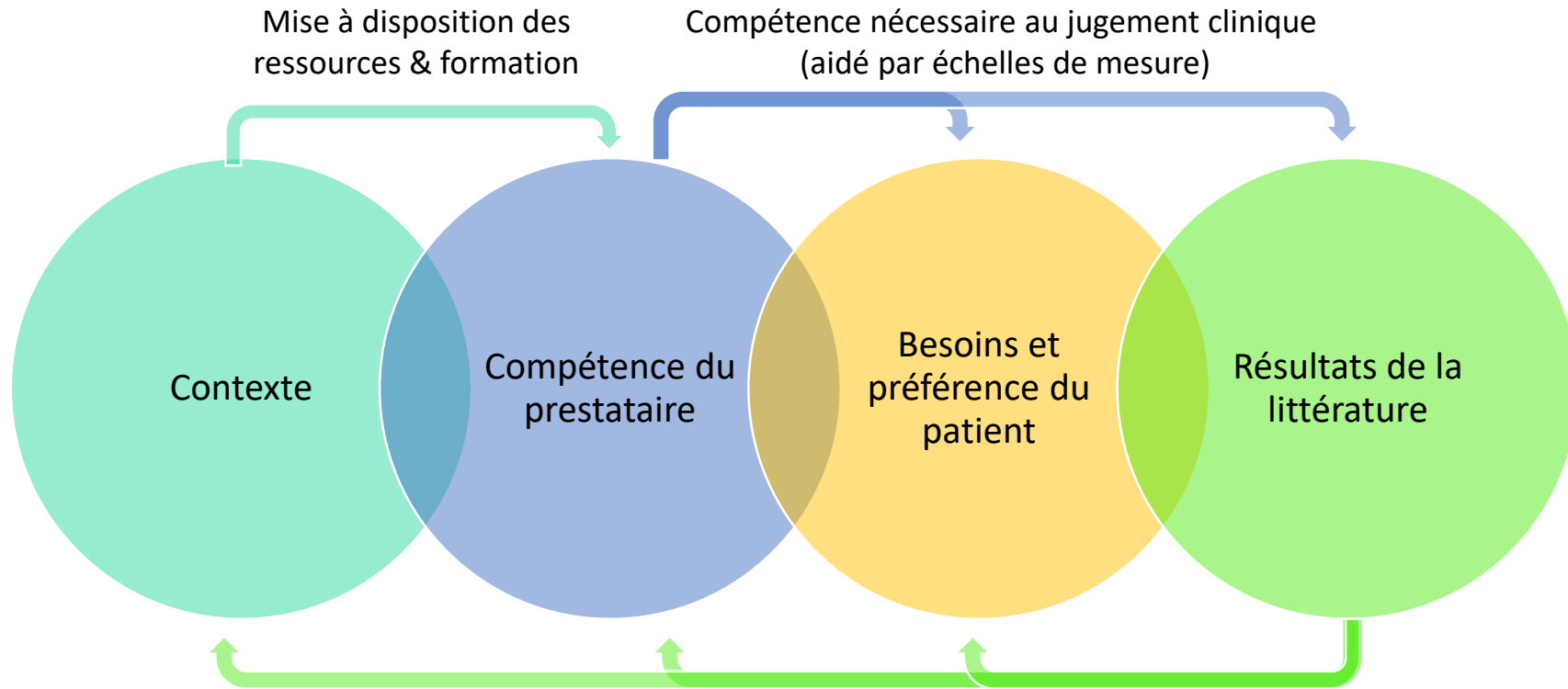
L'evidence-based practice ou les pratiques informées par les résultats de la recherche

Le choix de
l'intervention la plus
appropriée se fera en
fonction des
éléments suivants



Adapté de DiCenso A, Cullum N, Ciliska D Implementing
evidence-based nursing: some misconceptions **Evidence-Based
Nursing** 1998;1:38-39.

Or, ces variables sont interreliées



Flinkman M., Leino-Kilpi H., Numminen O., Jeon Y., Kuokkanen L. & Meretoja R. (2017)
Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing* 73(5), 1035–1050. doi: 10.1111/jan.13183

Echelles d'évaluation et démarche en soins

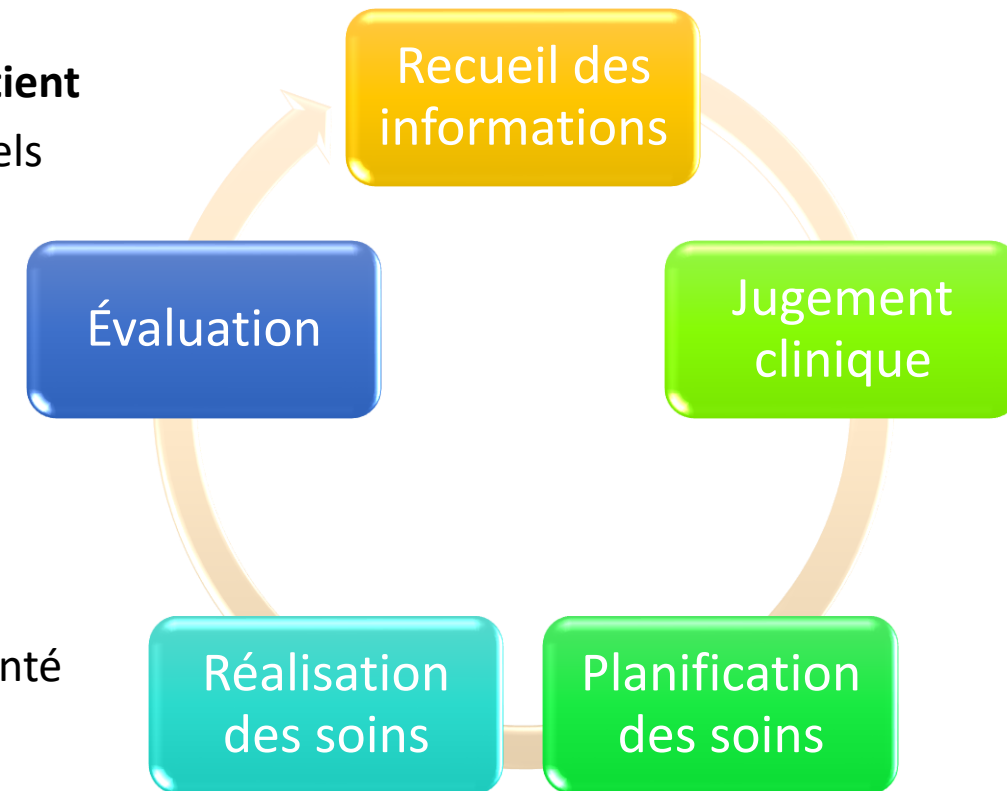
- Le recueil des données à propos de la situation d'un patient et l'analyse et l'interprétation des informations (jugement clinique) sont intégrés dans la démarche en soins

MAIS

- Il existe de multiples façons d'évaluer en fonction
 - de l'expérience,
 - du feeling,
 - du 6^{ème} sens, de l'intime conviction,
 - ...
- L'être humain a une perception subjective de la réalité, sa « paire de lunettes ».

Evaluation et pratique

- L'utilisation d'outils d'évaluation est une aide
 - **Documenter** de manière **standardisée** « objectivation »
 - Investiguer **systématiquement** les dimensions **utiles** avec le **patient**
 - **Langage** commun : partage des informations entre professionnels
 - **Adapter et orienter** la prise en charge
 - Agir de manière **proactive**
 - **Guider & affiner** les interventions
 - **Mesurer** le résultat des interventions
 - Observer une **amélioration** ou une **détérioration** de l'état de santé du patient (permet un suivi rigoureux)
 - **Agir** en conséquence: intervention directe ou en collaboration



Définitions

“ Un **instrument de mesure** est un instrument qui permet d’objectiver sur une **base mesurable et scientifiquement validée** la situation du patient au regard de ses problèmes de santé ou de ses besoins en soins.

Un **instrument scientifiquement validé** est un instrument dont la validité a été **reconnue** au minimum par une **publication** dans une revue scientifique et de préférence dans une revue scientifique répertoriée dans une base de données “peer reviewed” (Medline, CINAHL, ...) ”

Manuel de codage des données infirmières du DI-RHM version 2.0 2017

Résultats NOC/CRSI* basés sur la recherche

- La recherche a débuté en 1991.
- Utilisation de stratégies quantitatives et qualitatives
- Les résultats furent évalués sur la **fiabilité inter-juge, la validité** et leur **utilité** dans 10 sites cliniques représentant un **continuum** de soins.

* Nursing Outcomes Classification/ Classification des Résultats en Soins Infirmiers

* Faculté de l'University of Iowa College of Nursing et de ses cliniciens et étudiants, issus de **lieux d'exercice différents**

Quelle échelle choisir ?

- Le choix d'une échelle dépendra
 - de la **population** à qui s'adresse l'échelle;
 - du **contexte** de soins;
 - du **consensus d'utilisation** au sein de **l'équipe** de soins;
 - de **l'affinité** du soignant avec une échelle plutôt qu'une autre

Importance de l'utilisation d'outils **validés**,
compréhensibles par tous les collaborateurs et
utilisés **de la même manière** par tous les
collaborateurs

Des outils validés

- Pour une **évaluation** adéquate du patient et la comparaison des résultats, il est important que l'échelle réponde aux critères de **validité** et de **fiabilité**.

- Spécificité et sensibilité des outils d'évaluation
- Valeur prédictive positive/ négative
- Fiabilité inter-juges
- Valeur-seuil
- Validité concurrentielle
-



Quel **sens**?

- Pour le patient;
- Pour ses proches;
- Pour le soignant

Des outils compréhensibles

Exemples d'interprétation des résultats des échelles

MMSE: 25/30

ADL: 14/24

IADL: 24/36

GDS: 5/15

Mais qu'est-ce que cela signifie???



Finalité des outils d'évaluation: à quoi serviront les résultats ?

Pour guider les soins?

Pour le financement?

Pour évaluer un dispositif de soins?

Comme la finalité **influence** les données, il conviendra d'être vigilant par rapport à la **communication** de cette finalité

Échelles ou jugement clinique ?

Au niveau micro (dans la relation de soins)

- Bien se poser la question de la **pertinence** de l'échelle de mesure
 - P.ex. inutile de dépister le risque d'escarres chez une personne dans le coma aux soins intensifs → inefficace car la prise de décision clinique avec ou sans échelle de risque sera la même
- S'il existe un **doute** par rapport à la présence d'un risque ou d'un symptôme (p.ex. douleur, état dépressif), dans une situation **complexe** (p.ex. dépression en cours de démence)
- **Une** étude n'a **pas** montré la plus-value de l'utilisation d'une échelle d'évaluation de manière systématique vs jugement clinique (Voyer et al., 2014).
 - **SI** l'infirmier est adéquatement **formé** et s'il a le **temps**.
 - Exemple des plaies de pression
 - Les lignes directrices recommandent l'utilisation d'une échelle d'évaluation avec un niveau de preuve faible (RNAO, 2016; KCE, 2017)
 - Pourquoi?

Échelles ou jugement clinique?

Au niveau micro & meso : au niveau de la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

Plus-value des échelles pour la continuité informationnelle

- **Oui** : L'utilisation des échelles validées permettent de parler un **langage commun**, et est donc propice à la **continuité** informationnelle parmi les professionnels, au-delà des institutions (dimensions soins intégrés)

Échelles ou jugement clinique?

Au niveau meso & macro

- **Oui.** Plus-value des échelles pour l'évaluation de la **qualité des soins**, grâce à l'utilisation d'un langage standardisé
 - Utile à des fins **managériales** (justification des ressources)
 - Utile à des fins de **recherche** (évaluation de l'impact des pratiques)
 - Utile pour susciter des **changements de pratiques** (suscite un effet d'urgence)

Échelles ou jugement clinique: impact pour la pratique

- Pour se fier uniquement sur le jugement clinique:
 - S'assurer de la bonne **connaissance** de la part de l'infirmier des facteurs favorisant la survenue d'un problème (et les moyens de prévenir ces problèmes)
 - **Formation si ses connaissances sont insuffisantes**
 - S'assurer qu'il ait le **temps** pour faire ses observations de manière adéquate et de les documenter
 - **Ressources humaines suffisantes**



Lien avec les classifications infirmières par un exemple

L'évaluation du risque, en fonction des approches

- Diagnostic infirmier
- Échelle de Braden
- Échelle de Waterlow

Ce que nous disent les écrits scientifiques

L'évaluation du risque dans la prévention des escarres

NPUAP

- Selon la version la plus récente des recommandations de NPUAP (2014), l'évaluation du risque se fait selon une approche structurée, comprenant les éléments suivants
 - *(niveau de preuve = B; force de la recommandation = élevée)*
 - L'activité/la mobilité
 - L'état cutané
 - La présence d'une escarre de catégorie I et plus;
 - L'état général de la peau;
 - *(niveau de preuve = C; force de la recommandation = moyenne)*
 - La perfusion et l'oxygénation;
 - Le mauvais état nutritionnel;
 - La peau exposée à l'humidité ;
 - L'hyperthermie;
 - L'âge 'avancé';
 - La perception sensorielle;
 - Les mesures hématologiques
 - L'état général

Si un outil d'évaluation est utilisé en guise d'approche structurée,
il faut y associer d'autres facteurs
&
le jugement clinique est essentiel
(niveau de preuve = C; force de la recommandation = moyenne)



Recommendation	Strength of Recommendation	Level of Evidence
A structured approach for risk assessment should be used to identify individuals at risk of developing pressure ulcers. This structured approach should include all of following components: • Clinical judgement informed by knowledge of key risk factors; • The use of a risk assessment tool. As clinical studies do not demonstrate the superiority of one risk assessment tool over another, decisions about which risk assessment tool (Braden, Norton, Waterlow...) to be used should be based on the intended population (adults, children, elderly,...) and the intended care setting (intensive care units, general wards, paediatrics, home care...) and the experience and expertise of the healthcare staff; • A comprehensive skin assessment to evaluate any alterations to intact skin.	Strong	Very Low

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Une approche structurée est mise en œuvre, afin d'identifier les personnes à risque de développer des escarres. Cette approche structurée inclura l'ensemble des éléments suivants: • Le jugement clinique, informé par les connaissances quant aux facteurs de risque-clés; • L'utilisation d'un outil d'évaluation du risque. Comme les études cliniques ne montrent pas la supériorité d'un outil d'évaluation du risque, par rapport à un autre, la décision quant au choix de l'outil (Braden, Norton, Waterlow, ...) reposera sur la population-cible (adultes, enfants, personnes âgées, ...) et le lieu de soins (unités de soins intensifs, de soins généraux, pédiatrie, soins à domicile, ...) et l'expérience et l'expertise des professionnels. • Une évaluation complète de l'état de la peau, afin de pouvoir évaluer toute altération de l'état cutané.	Forte	Très faible

L'évaluation du risque dans la prévention des escarres les diagnostics infirmiers (2019)

Facteurs de risque

- **Alimentation** inadéquate
- **Connaissances** insuffisantes de l'aidant naturel sur la prévention des escarres.
- Connaissances insuffisantes des facteurs modifiables.
- **Déficit des soins** personnels.
- **Déshydratation.**
- Diminution de la **mobilité.**
- Forces de **cisaillement.**
- **Friction** superficielle.
- **Hyperthermie.**
- **Immobilisation** prolongée sur une **surface dure**
- **Incontinence.**
- Peau **moite.**
- Peau **squameuse.**
- Pression sur une **proéminence osseuse.**
- **Sécheresse** de la peau.
- **Tabagisme.**
- Utilisation de linge ayant une faible absorption de **l'humidité.**

Facteurs de risque à valider auprès du patient (et ses proches) et, le cas échéant, auprès de l'équipe multidisciplinaire

L'évaluation du risque dans la prévention des escarres

Echelle de Braden

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
Perception sensorielle Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression		Mobilité Capacité à changer et à contrôler les positions du corps		Activité Degré d'activité physique	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
Nutrition Alimentation habituelle		Humidité Degré d'humidité auquel la peau est exposée		Friction et cisaillement Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
Score total :					

Bergstrom & Braden, 1987

L'évaluation du risque dans la prévention des escarres

Waterlow

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Oemateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
Incontinence	Mobilité	Appétit
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	Déficience neurologique	Médicament
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire
		Chirurgie / Traumatisme
		5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

www.escarre.fr

Diagnostic infirmier (2019)		Braden (1987)	Waterlow (1985)	NPUAP (2014)
Facteurs de risque				
Alimentation inadéquate.	Nutrition	Appétit/ IMC	Le mauvais état nutritionnel	
Connaissances insuffisantes de l'aidant naturel sur la prévention des escarres.				
Connaissances insuffisantes des facteurs modifiables.				
Déficit des soins personnels.				
Déshydratation.		Malnutrition des tissus	Le mauvais état nutritionnel	
Diminution de la mobilité.	Mobilité	Mobilité	Activité/mobilité	
Forces de cisaillement.	Friction & cisaillement			
Friction superficielle.	Friction & cisaillement			
Hyperthermie.				
Immobilisation prolongée sur une surface dure	Activité		Activité/mobilité	
Incontinence.	Humidité	Incontinence	La peau exposée à l'humidité	
Peau moite.	Humidité			
Peau squameuse.		Aspect visuel de la peau	L'état général de la peau	
Pression sur une proéminence osseuse.				
Sécheresse de la peau.		Aspect visuel de la peau	L'état général de la peau	
Tabagisme.		Malnutrition des tissus	L'état général de la peau	
Utilisation de linge ayant une faible absorption de l'humidité.	Humidité			
			La présence d'une escarre de catégorie 1 et plus	

Diagnostic infirmier (2019)	Braden (1987)	Waterlow (1985)	NPUAP (2014)
Conditions associées			
Altération de la sensibilité	Perception sensorielle	Déficiences neurologiques	La perception sensorielle
Altération des fonctions cognitives			L'état général
Anémie			Les mesures hématologiques
Lymphopénie			Les mesures hématologiques
Diminution de l'épaisseur du pli de la peau du triceps			
Diminution de l'oxygénation			La perfusion et l'oxygénation
Diminution de la perfusion tissulaire			La perfusion et l'oxygénation
Diminution du taux de l'albumine sérique			
Elévation de la température de la peau de 1 ou 2°C			L'hyperthermie
Fracture de la hanche			
Immobilisation physique			
Maladie cardiovasculaire			
Médicament			
Oedème			
Trouble de la circulation			
		Sexe & âge	âge 'avancé'

Intégrité tissulaire : peau et muqueuses

1101

Définition. Structure intacte et fonction physiologique normale de la peau et des muqueuses.

RÉSULTAT À ATTEINDRE : maintien à _____ augmentation à _____

		Extrêmement perturbée	Fortement perturbée	Modérément perturbée	Légèrement perturbée	Non perturbée	
SCORE GLOBAL DU RÉSULTAT		1	2	3	4	5	
Indicateurs :							
110101	Température de la peau	1	2	3	4	5	NA
110102	Sensation	1	2	3	4	5	NA
110103	Élasticité	1	2	3	4	5	NA
110104	Hydratation	1	2	3	4	5	NA
110106	Transpiration	1	2	3	4	5	NA
110108	Texture	1	2	3	4	5	NA
110109	Épaisseur	1	2	3	4	5	NA
110111	Perfusion tissulaire	1	2	3	4	5	NA
110112	Pilosité	1	2	3	4	5	NA
110113	Intégrité de la peau	1	2	3	4	5	NA
		Grave(s)	Important(e)(s)	Modéré(e)(s)	Léger(ère)(s)	Aucun(e)	
110105	Pigmentation anormale	1	2	3	4	5	NA
110115	Lésions de la peau	1	2	3	4	5	NA
110116	Lésions des muqueuses	1	2	3	4	5	NA
110117	Tissu cicatriciel	1	2	3	4	5	NA
110118	Cancer de la peau	1	2	3	4	5	NA
110119	Écaillage de la peau	1	2	3	4	5	NA
110120	Desquamation de la peau	1	2	3	4	5	NA
110121	Érythème	1	2	3	4	5	NA
110122	Blanchiment	1	2	3	4	5	NA
110123	Nécrose	1	2	3	4	5	NA
110124	Induration	1	2	3	4	5	NA
110125	Abrasion cornéenne	1	2	3	4	5	NA

NOC

Lien avec les interventions infirmières

- Interventions infirmières vues comme prioritaires pour le diagnostic infirmier
Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau (escarres)

Interventions validées comme « prioritaires » (n=51)	Moyenne pondérée*
Prévention des escarres	0,92
Gestion de la pression	0,89
Surveillance de la peau	0,89
Soins d'hygiène	0,87
Soins topiques pour la peau	0,86
Suivi des signes vitaux	0,84
Gestion de l'élimination urinaire	0,82
Positionnement	0,80
Gestion de la nutrition	0,80
Total	9 (17,6%)

*Des scores attribués
par les infirmières
Sur un échelle de 0 à 1

Interventions proposées par la classification NIC

→ Interventions infirmières suggérées afin de résoudre le problème

- Administration de médicaments par voie cutanée
- Conduite à tenir en cas de prurit
- Conseils relatifs à la conduite d'un allaitement
- Contrôle de l'infection
- Éducation: soins des pieds
- Entretien d'un plâtre
- Entretien d'un plâtre humide
- Incitation à faire de l'exercice
- Incitation à faire de l'exercice: renforcement musculaire
- P** Limitation de pressions sur le corps
 - Pose d'une attelle
 - Positionnement
 - Positionnement peropératoire
 - Précautions lors de l'emploi de dérivés du latex
- P** Prévention des escarres de décubitus
- Prévention des troubles circulatoires
- Protection contre les infections
- **Soins à un patient en traction ou immobilisé**
- Soins consécutifs à une amputation
- Soins de la peau: traitements topiques
- Entretien d'un cathéter ombilical
- Soins des pieds
- Soins d'une incision
- Soins d'une stomie
- **Surveillance**
- **Surveillance de l'état de la peau**
- Thérapie par l'exercice: équilibre
- Thérapie par l'exercice: maîtrise musculaire
- Thérapie par l'exercice: marche
- Thérapie par l'exercice: souplesse articulaire

P rioritaire



Lien avec la qualité des soins et le financement des soins de santé

L'exemple de la Belgique

Lien avec le financement – expériences belges

- Le **DI-RHM*** (mesure de l'activité infirmière dans les hôpitaux, via un MDS) *peut* influencer indirectement la qualité des soins
 - Utilisation d'échelles de screening ou de diagnostic pour l'évaluation fonctionnelle, mentale ou psychosociale;
 - Enregistrement de procédures, de plans de soins de référence, de plans d'éducation, basés sur des données probantes
- **Les indicateurs de la qualité nationaux et internationaux**

L'incidence de certains outcomes a été repris dans certains sets de mesures de la qualité internationales. En Belgique, l'incidence et la prévalence des escarres fait et fera partie des *Belgian Health system Performance Report 2012 et 2019*.

 - Monitoring des **outcomes**;
 - Monitoring des **processus**; basés sur les guidelines et recommandations, fondées sur des revues systématiques.
 - Ceci devrait être aligné aux efforts actuels, notamment ceux entrepris par le Conseil Fédéral de la Qualité de l'Activité infirmière.

Lien avec le financement – expériences belges

La réforme du financement des hôpitaux (P4Q devient une priorité)

- Début du programme P4Q: 1 juillet 2018
- Le montant de financement des contrats pour 102 hôpitaux:
 - P4Q (€ 6.060.935)
- Groupe de travail P4Q: avis sur l'ensemble des indicateurs et sur la méthode de calcul de la récompense financière
 - Seuls indicateurs potentiellement sensibles à l'activité infirmière :
 - la satisfaction globale du patient;
 - Le % de notification d'incidents codés de manière conforme



Quelques barrières à l'utilisation des échelles

Quelques barrières à l'utilisation des échelles

À propos des escarres (Beeckman, 2012)

- **Les connaissances** des infirmières dans les hôpitaux belges à propos de la prévention des escarres n'est pas adéquate. Leurs **attitudes** envers les escarres sont corrélées de manière significative avec la mise en œuvre adéquate des mesures de prévention.

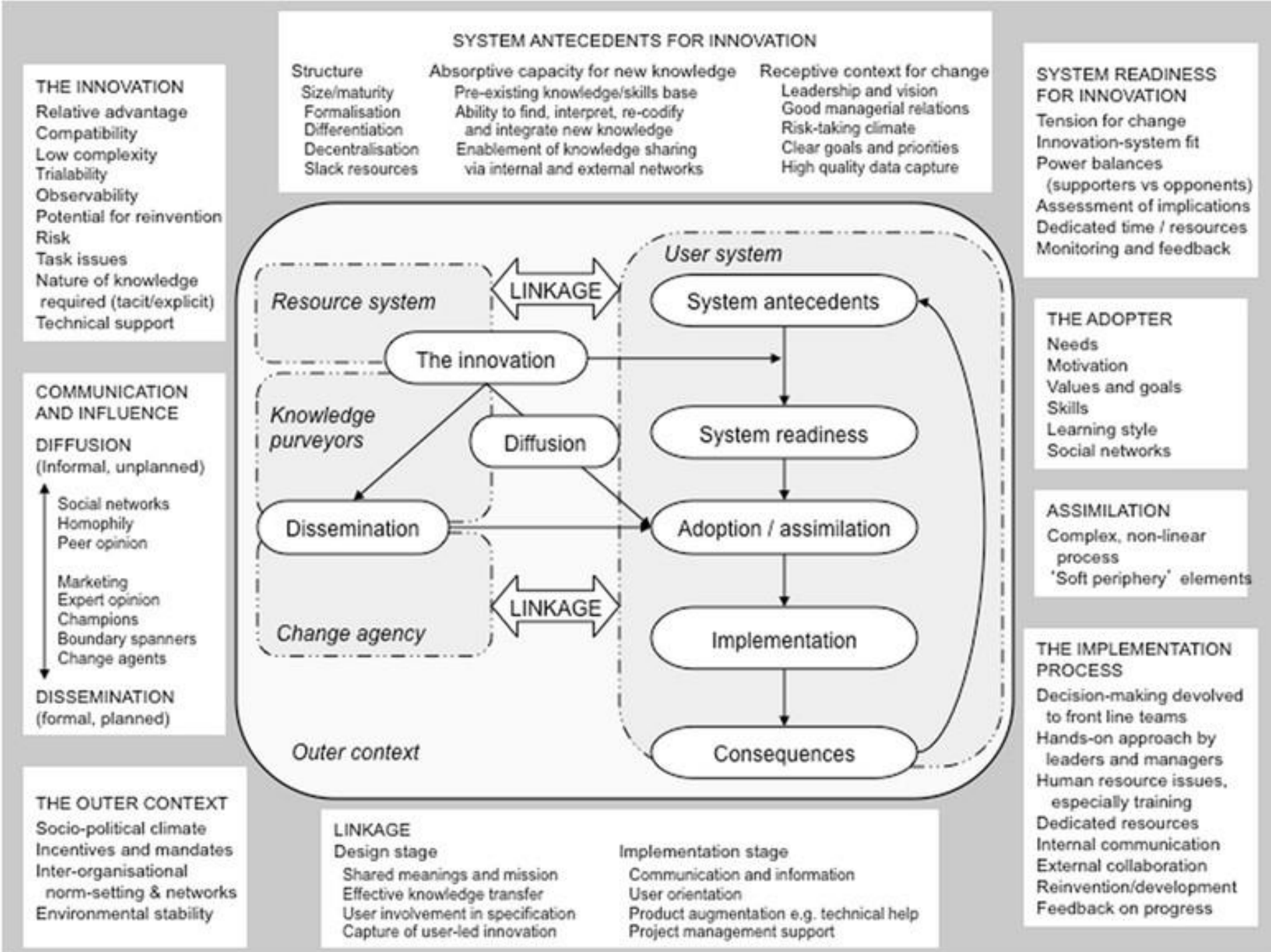
À propos de la dénutrition (Green, 2015)

- Cinq thèmes émergent: la **culture organisationnelle**, les **priorités** pouvant entrer en **compétition**, la valeur du **jugement clinique**, **l'enseignement et la formation** et le **manque de cohérence** entre les attitudes et la **pratique**.

À propos de la culture de screening en général

- Loscalzo, 2011) La rareté des **ressources**; **l'engagement** actif de professionnels-ressource et le management n'aura lieu que si les parties prenantes perçoivent clairement les **bénéfices pour eux**. La mise en œuvre d'un programme de screening entraîne un **changement de culture** et ce changement de culture prend du **temps**, requiert une implication active des parties prenantes et de la constance.

QUELQUES BARRIÈRES À L'UTILISATION DES ÉCHELLES



Greenhalgh et al's diffusion of innovation model 23 . Figure taken from article by TG in Milbank Quarterly 2004; 82:595.



Messages à retenir



À retenir



- La plus-value des échelles pour la qualité des soins
 - **continuité informationnelle** et **mesure** de la qualité
- Lien avec les classifications
 - **langage standardisé et partagé**
- Lien avec la qualité des soins et financement
 - l'uniformité **conceptuelle** permet la mesure et, par là, le **financement** de la qualité
- Il existe parfois une **confusion**
 - entre les injonctions de systématisation des pratiques >< l'individualisation des soins
- Il est nécessaire de s'assurer (mesurer?) des **compétences** des infirmiers
 - à évaluer un risque, à poser un diagnostic infirmier (avec ou sans échelle!)
- **Cycle d'amélioration de la qualité**
 - mettre en œuvre des interventions pour adresser les barrières et appuyer sur les leviers pour le changement des pratiques

BELGIAN SCREENING TOOLS



Pour aller plus loin

Références bibliographiques

- Bavaresco, T. and Lucena, A.D.F., 2012. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(6), pp.1109-1116.
- Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, Heyman H, Thyse C, Toppets A, Stordeur S, Van den Heede K. Recommandations nationales pour la prévention des escarres de décubitus. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 193B. D/2013/10.273/96x.
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L. and Vanderwee, K., 2011. Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), pp.166-176.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res*. 1987;36(4):205-10.
- Edwards M. The levels of reliability and validity of the Waterlow pressure sore risk calculator. *J Wound Care*. 1995;4(8):373-8.
- Green, S.M. and James, E.P., 2013. Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(3), pp.211-221. Loscalzo, M., Clark, K. L., & Holland, J. (2011). Successful strategies for implementing biopsychosocial screening. *Psycho-Oncology*, 20(5), 455-462
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. and Kyriakidou, O., 2004. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), pp.581-629.
- Loscalzo, M., Clark, K. L., & Holland, J. (2011). Successful strategies for implementing biopsychosocial screening. *Psycho-Oncology*, 20(5), 455-462
- Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: National Corporation for the Care of Old People, 1962.
- RNAO, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2016) Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire, troisième édition. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2017, Manuel de codage des données infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DI-RHM), version officielle 2.0
- Voyer P. et al.(2014) Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique dans la profession infirmière. *Perspective infirmière* 11(4):27-32
- Waterlow J. A risk assessment card. *Nursing Times*. 1985;81(48):51-55.