

Processus de validation d'une traduction française du « Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk[®] »

PAR
Nicole Denis
et Diane St-Cyr



fin d'alléger le texte, le genre féminin sera utilisé pour désigner les membres de la profession infirmière.

La pratique infirmière est basée sur des résultats probants. Les outils d'évaluation utilisés doivent donc être valides et fiables. Ce souci de rigueur, a amené les investigatrices à évaluer les instruments disponibles en français pour évaluer les risques de développer des plaies de pression. L'Hôpital d'Ottawa, en Ontario (LHO) et le Centre universitaire de santé McGill, au Québec (CUSM), sont deux centres hospitaliers bilingues de soins tertiaires et d'enseignement clinique, dans lesquels les investigatrices travaillent respectivement. Ces deux institutions, affiliées à des programmes d'enseignement de soins infirmiers respectivement à l'Université d'Ottawa et à l'Université McGill, utilisent le même instrument d'évaluation du risque de plaies de pression, soit l'échelle de Braden[®]. Cet instrument a été développé originalement en anglais. Étant donné la vocation bilingue de ces institutions, un grand nombre d'infirmières œuvrant dans ces hôpitaux ont le français comme langue maternelle. L'utilisation d'un instrument d'évaluation dans une langue seconde peut entraîner des écarts de compréhension dus au risque d'interprétations possibles par les utilisatri-

ces. Par conséquent le résultat numérique de l'échelle d'évaluation peut ainsi varier.

Selon plusieurs auteurs, une simple traduction libre ne suffit pas lorsqu'il s'agit de la validité scientifique d'un instrument de mesure. En effet, bien qu'un outil d'évaluation soit valide dans sa langue d'origine, ceci n'en garantit pas sa validité ni sa fiabilité lorsqu'il est traduit dans une autre langue.^{10,12,17,20}

Les investigatrices ont considéré les deux instruments d'évaluations des risques d'ulcères de pression recommandés par le « Agency for Health Care Research and Quality » (AHCRQ autrefois connu sous le nom du Agency for Health Care Policy & Research, 1992), qui sont les échelles de Norton et de Braden. L'échelle de Braden est l'instrument le plus connu en Amérique du Nord et l'Association canadienne du soins des plaies (ACSP)¹⁴ et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO 2005) recommandent son utilisation. De nombreuses traductions françaises de cet instrument ont été faites mais aucune n'a fait l'objet de validation.

La traduction et la validation de l'échelle de Braden décrite dans cet article s'est effectuée en trois phases qui se sont échelonnées sur plusieurs années. La première phase comporte l'étape de traduction de l'échelle origi-

**Nicole Denis, inf.,
stomothérapeute,
M.Sc.inf.**

Infirmière spécialisée,
Stomothérapie / Soins
de la peau et des plaies
L'Hôpital d'Ottawa,
campus général.

**Diane St-Cyr, inf.,
stomothérapeute,
M.Éd.**

Infirmière
consultante en
Stomothérapie, Centre
universitaire de santé
McGill, campus Hôpital
Général de Montréal.

Barbara Braden, co-developer of the Braden Scale, will be part of a panel discussing the "Launch of Pressure Ulcer Awareness" at the CAWC conference, November 16-19, 2006, in Ottawa, Ontario.
For more conference-related information and online registration, visit www.cawc.net.

Barbara Braden, co-développeur de l'échelle de Braden, fera partie du panel sur la discussion du « Lancement de la campagne sur la sensibilisation des ulcères de pression, » qui aura lieu lors du congrès de l'ACSP du 16 au 19 novembre 2006 à Ottawa en Ontario. Pour plus de renseignements à propos du congrès et de l'inscription en ligne, veuillez consulter le www.cawc.net.

nale (de l'anglais au français) et ensuite de la traduction renversée de l'outil d'évaluation français utilisé par les investigatrices, soit le traduire à nouveau dans sa langue originale (du français à l'anglais). La deuxième phase est le recensement des instruments d'évaluation en français et l'analyse comparative de sept versions utilisées couramment au Québec afin de développer la version expérimentale. Finalement, la troisième phase est l'étude de la validité linguistique, de la stabilité temporelle et de l'accord inter-juges de la version expérimentale.

Historique

L'échelle de Braden^{5,9} a été élaboré afin de fournir un outil clinique permettant d'identifier les principaux facteurs de risque qui contribuent au développement des plaies de pression afin de les contrer par l'implantation d'interventions préventives de soins infirmiers. Les auteures de l'outil original ont élaboré un schéma conceptuel mettant en relation l'intensité et la durée de la pression, ainsi que la tolérance des tissus qui sont les postulats fondamentaux de cet outil.⁷

L'échelle de Braden est composé de six paramètres d'évaluation, chacun mesurant un facteur de risque lié au

développement des plaies de pression. Les facteurs de risques de l'échelle sont: la perception sensorielle, l'humidité, l'activité, la mobilité, la nutrition, ainsi que la friction et le cisaillement. Ces facteurs de risque sont évalués séparément et un pointage est attribué à chacun. Cinq des six paramètres d'évaluation présentent quatre niveaux de risque et l'un d'eux n'en comporte que trois.

Le score total possible de l'échelle de Braden se situe de 6, condition la plus défavorable à 23, condition optimale. Le score se calcule en additionnant la valeur numérique attribuée à chaque paramètre. Le niveau de risque est donc inversement proportionnel au pointage; plus le résultat est faible plus le risque de développer une plaie de pression est élevé.

L'échelle originale a fait l'objet d'études de fiabilité et de validité dans plusieurs milieux de soins. L'accord inter-juges de l'outil est élevé (99%) lorsqu'il est utilisé par des infirmières.⁵ Dans un milieu de soins aigus, l'outil a démontré une spécificité (*identification du nombre de patients qui ne sont pas à risque et qui ne développent pas d'ulcère de pression*) variant de 61%²² à 100%.¹⁶ La sensibilité de l'outil (*identification du nombre de patients qui sont à risque et qui développent un ulcère de pres-*

Process for the Validation of a French Translation of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk[®]

Abstract

The Braden Scale is one of the most widely used, validated assessment tools to determine the risk of developing pressure ulcers for patients in all types of clinical settings. Numerous English to French translations were done, but none went through the rigorous process of a validation study. In response to this need, the investigators undertook a three-phase validation study, using the methodology recommended by several authors.^{11,12,17,23}

In phase one, the English Braden Scale was translated into French by the investigators in order to obtain a preliminary experimental version. This version was then translated back into English (the tool's original language) to identify and analyze all linguistic discrepancies with the original version.

In phase two, six alternate French translations of the Braden Scale were compared with the preliminary experimental version to determine the most accurate French ter-

minology and to develop the final French experimental version.

The final phase of the study was to verify if the French experimental version of the Braden Scale would provide professionals with an identical score to the one obtained with the original English tool. The linguistic validity, the temporal stability as well as the inter-rater reliability were measured in this study.

The Pearson *r* correlation coefficient reached statistical significance >.90, demonstrating the reliability of the French experimental version of the Braden Scale. The inter-rater reliability was also statistically significant, with a Pearson *r* correlation coefficient \geq .85 for the total sample.

This endeavour provides French-speaking professionals with a reliable, validated Braden Scale to use in their clinical practice.

TABLEAU 1 :

Échelle De Braden[®]

<p>Perception Sensorielle</p> <p>Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression</p>	<p>1. Complètement limitée: Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.</p>	<p>2. Très limitée: Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. OU A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.</p>	<p>3. Légèrement limitée: Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. OU A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.</p>	<p>4. Aucune atteinte: Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.</p>
<p>Humidité</p> <p>Le degré d'humidité auquel la peau est exposée</p>	<p>1. Constamment humide: La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La moiteur est notée à chaque fois que la personne est changée de position.</p>	<p>2. Très humide: La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.</p>	<p>3. Occasionnellement humide: La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.</p>	<p>4. Rarement humide: La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.</p>
<p>Activité</p> <p>Le degré d'activité physique</p>	<p>1. Alité: Confinement au lit.</p>	<p>2. Confinement au fauteuil: La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou au fauteuil roulant.</p>	<p>3. Marche à l'occasion: Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.</p>	<p>4. Marche fréquemment: Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil.</p>
<p>Mobilité</p> <p>Capacité de changer et de contrôler la position de son corps</p>	<p>1. Complètement immobile: Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.</p>	<p>2. Très limitée: Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.</p>	<p>3. Légèrement limitée: Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.</p>	<p>4. Non limitée: Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.</p>
<p>Nutrition</p> <p>Profil de l'alimentation habituelle</p>	<p>1. Très pauvre: Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.</p>	<p>2. Probablement inadéquate: Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.</p>	<p>3. Adéquate: Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. OU Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels</p>	<p>4. Excellente: Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.</p>
<p>Friction et cisaillement</p>	<p>1. Problème: Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.</p>	<p>2. Problème potentiel: Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les tentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.</p>	<p>3. Aucun problème apparent : Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil.</p>	

Copyright Barbara Braden et Nancy Bergstrom, 1988[®] Version française approuvée par les auteurs. Traduction et validation faite par Diane St-Cyr et Nicole Denis, 2004[®]

TABLEAU 2 :

Description de l'échantillon

Caractéristiques	Nombre = (N)	(%)
Sexe		
Homme	11	(55)
Femme	9	(45)
Service		
Médecine ¹	8	(40)
Chirurgie ²	12	(60)
	Moyenne	(Écart-type)
Âge	63.5	(16.3)

1 – Service de médecine = Médecine 4; Soins intensifs coronariens 1; Néphrologie 1; Neurologie 1; Soins de longue durée 1

2 – Service de chirurgie = Chirurgie générale 6; Plastie 3; Orthopédie 2; Cardio/Vasculaire/Thoracique 1

sion) avait pour sa part des résultats variant de 35%¹⁶ à 100%.⁵

Phase 1 : Le processus de traduction

En 1994, suite à l'approbation écrite du Dre. Braden, le groupe de travail des soins de plaies de l'Hôpital général d'Ottawa, a effectué une traduction française du Braden Scale. La traduction initiale a été faite par une infirmière qui avait une connaissance approfondie de l'outil et de son utilisation. En collaboration avec des expertes cliniques du Québec, cette traduction a été révisée. Cette consultation a donné une deuxième version de la traduction. Selon la méthodologie d'usage pour la traduction d'un outil d'évaluation^{11,13,17,23} la traduction de l'instrument doit faire l'objet d'une traduction renversée afin de la comparer à la version originale. Il est aussi important dans la méthodologie proposée par les auteurs précités, que la personne qui procède à la traduction renversée ne connaisse pas l'outil dans sa langue originale afin de ne pas être biaisée par le rappel de certains termes. Les investigatrices se sont assurées de respecter cette recommandation. Les différences obtenues entre la version originale et la traduction renversée ont été analysées simultanément par le groupe de travail de chaque investigatrice.

Phase 2 : Analyse des multiples traductions de l'échelle de Braden

Six traductions françaises non validées, ont été sélectionnées dans les écrits afin de les comparer à la version développée par les investigatrices en 1994. Les similarités et les différences ont été identifiées et la terminologie jugée la meilleure a été retenue afin d'assurer l'équivalence linguistique de l'instrument. Les investigatrices ont

consulté une traductrice professionnelle afin de clarifier certains mots ou des phrases ambiguës. Par la suite, les investigatrices ont consulté le Dre. Barbara Braden, (auteure de l'outil original) par téléconférence. Cette entrevue a confirmé que la version expérimentale respectait le sens de la version originale et rencontrait les exigences d'équivalence sémantique. Suite à cette consultation, certains ajustements mineurs ont été apportés à la version expérimentale préliminaire.

Les investigatrices ont ensuite procédé à un pré-test de la version expérimentale afin de s'assurer de sa clarté linguistique. Dans chacun des deux centres de l'étude, quinze infirmières, dont la langue maternelle est le français (N=30) ont lu la version expérimentale pour identifier les mots ou les phrases considérés ambigus ou incompris. Les données ont été analysées par les investigatrices et discutées à nouveau avec le Dre. Braden afin de finaliser la version expérimentale de l'Échelle de Braden (voir tableau 1).

Les investigatrices ont fait appel à des experts-conseils en méthodologie et en analyse statistique afin de déterminer la meilleure méthode pour valider la version expérimentale de l'Échelle de Braden. Le protocole de recherche a été révisé par les comités de recherche de soins infirmiers et il a reçu l'approbation des comités d'éthiques de recherche de LHO et du CUSM.

Phase 3 : Processus de validation

Le but de cette dernière phase du projet est de vérifier si l'utilisation de la version expérimentale de l'Échelle de Braden fournit un score identique à celui qui serait obtenu par l'utilisation de la version originale. Les objectifs sont d'évaluer la validité linguistique, la stabilité temporelle et l'accord inter-juges de la version expérimentale lorsqu'elle est utilisée par des infirmières. Cette troisième phase est divisée en deux étapes. Premièrement, les investigatrices ont complété la validité linguistique et ont vérifié la stabilité temporelle de la version expérimentale (étape 1). Par la suite, les investigatrices ont été jumelées à des infirmières dont le français est la langue maternelle afin d'établir l'accord inter-juges (étape 2).

Les données ont été vérifiées, saisies et analysées par le programme statistique SPSS-PC, version 11.0. Des statistiques descriptives (fréquence, moyenne et médiane) ont été utilisées pour présenter les caractéristiques de l'échantillon de l'étape 1 et 2. Un test comparatif de deux échantillons appariés (score-t) a été sélectionné pour analyser la validité linguistique. Pour vérifier l'accord

inter-juges et la stabilité temporelle, un coefficient de corrélation de *r* de Pearson a été choisi pour analyser les données.

Méthodologie : Étape 1

Chaque investigatrice a évalué 10 patients (N=20) choisis par un échantillon de commodité à partir des patients soignés dans leur service. La version originale en anglais de l'échelle de Braden et la version expérimentale française de l'Échelle de Braden ont été utilisées en alternance afin d'évaluer le même patient à deux reprises. À la première évaluation (T1), la langue de l'instrument a été déterminée de façon aléatoire par tirage au sort. Chaque patient a été réévalué après 72 heures (T2) avec l'instrument de l'autre langue. Les investigatrices ont vérifié qu'entre les deux évaluations, l'état clinique du patient n'avait pas changé de façon notable, afin de ne pas introduire un biais dans l'étude.

Résultats

L'échantillon se composait de onze hommes (55%) et neuf femmes (45%) et la majorité des sujets étaient hospitalisés en chirurgie (60%). L'âge moyen et médian des patients était identique, soit de 63.5 ans et l'écart type était 16.3 (voir tableau 2). L'intervalle variait pour sa part de 22 à 90 ans.

Afin de déterminer si les résultats étaient similaires en utilisant les deux versions de l'Échelle de Braden (originale et expérimentale), les moyennes obtenues ont été comparées. Les moyennes du score total et celles de chaque paramètre obtenues lors de la première évaluation (T1) ont été comparées à celles de la deuxième évaluation (T2). La version originale a été utilisée lors de la première évaluation (T1) pour onze patients (55%) et la version expérimentale pour les neuf autres (45%) et vice versa pour la deuxième évaluation (T2).

Le tableau 3 présente les résultats de la comparaison des sept moyennes appariées (le score total et les six paramètres individuels), qui ont été calculés en utilisant un score-*t* et le coefficient de corrélation de *r* de Pearson avec un niveau de signification de 0.05. Le score-*t* n'a pu être calculé pour deux paramètres (paire #2 perception sensorielle et paire #5 mobilité) car l'erreur type de la moyenne était 0. Pour les cinq autres paires (paire #1 score total, paire # 3 humidité, paire # 4 activité, paire # 6 nutrition, paire # 7 friction et cisaillement), les scores-*t* variaient de 1.453 à -2.179. Les coefficients de corrélation de *r* de Pearson se situaient de .925 à 1.0.

TABLEAU 3 :

Comparaison des moyennes

Païres	Moyenne	Valeur <i>t</i>	<i>P</i>	Valeur <i>r</i>	<i>P</i>
#1 Score total					
T1	17.0500	-1.453	.163	.988	.000
T2	17.2500				
#2 Perception sensorielle					
T1	3.5000 *			1.000	.000
T2	3.5000 *				
#3 Humidité					
T1	3.3500	1.453	.163	.958	.000
T2	3.2500				
#4 Activité					
T1	2.4000	-.567	.577	.941	.000
T2	2.4500				
#5 Mobilité					
T1	3.3000 *			1.000	.000
T2	3.3000 *				
#6 Nutrition					
T1	2.4500	-2.179	.042	.925	.000
T2	2.6500				
#7 Friction et cisaillement					
T1	2.0500	-1.000	.330	.959	.000
T2	2.1000				

* Le score-*t* n'a pu être calculé car l'erreur type de la moyenne était 0.

Le tableau 4 résume la différence des résultats entre la version originale et expérimentale. Une différence de deux points était présente pour le score total lors de l'évaluation d'un patient et de un point pour quatre autres patients. Pour l'ensemble des évaluations (N=20) au T1 et T2, les scores étaient identiques pour les paramètres de la perception sensorielle et de la mobilité. Pour trois paramètres (humidité, activité et friction/cisaillement), le score de la version originale était plus élevé que celui de la version expérimentale. Finalement, pour le paramètre de la nutrition le score était plus élevé avec la version expérimentale.

Méthodologie : Étape 2

Dans chaque centre participant à l'étude, des infirmières dont le français est la langue maternelle et provenant de cultures différentes ont évalué 20 patients (N=40) en utilisant la version expérimentale de l'Échelle de Braden. Les investigatrices ont évalué les mêmes patients durant le même quart de travail en utilisant la même version.

Résultats

L'échantillon se composait de quinze hommes (38%) et vingt-cinq femmes (62%) et la majorité des sujets étaient hospitalisés en chirurgie (90%). L'âge moyen et médian des patients était de 62.4 ans et de 66 ans respective-

ment et l'écart type était 16.2 (voir tableau 5). L'intervalle variait pour sa part de 28 à 86 ans. Les caractéristiques des patients de l'échantillon étaient similaires dans les deux institutions à l'exception de la moyenne d'âge qui était inférieure à LHO, soit de 60.9 ans comparativement à 63.9 ans au CUSM.

Le tableau 6 présente les résultats comparatifs des évaluations inter-juges (infirmières et investigatrices) avec la version expérimentale. Les pointages obtenus pour le score total et ceux attribués à chaque paramètre par les infirmières et les investigatrices, ont été comparés. Un coefficient de corrélation de *r* de Pearson avec un niveau de signification de 0.05 a été utilisé pour évaluer l'accord inter-juges. Pour l'échantillon total, les coefficients de corrélation se situaient entre .85 et .97 et lorsque les données furent traitées séparément pour les deux centres de l'étude, les coefficients pour LHO et le CUSM se situaient entre .84 et 1 et .77 et .95 respectivement.

Discussion

Étape 1 : Les score-*t* ne démontrent aucune différence statistique significative pour le score total et pour cinq des six paramètres à l'exception de celui de la nutrition. Ceci démontre que la version originale et la version expérimentale de l'Échelle de Braden donnent des résultats comparables.

La nutrition est l'aspect qui est le plus difficile à évaluer pour les infirmières qui utilisent l'Échelle de Braden. Ce paramètre estime le profil de l'alimentation habituelle du patient. Selon les Dres. Braden et Bergstrom (1989) un changement dans le profil alimentaire d'un patient doit être constant durant une semaine afin qu'il soit considéré comme habituel. Il est donc nécessaire de questionner le

patient et les membres de l'équipe soignante (au besoin) pour attribuer un score numérique. Le résultat est donc fondé sur la mémoire de l'apport alimentaire ou sur la documentation de la semaine précédente. Malgré cette constatation des auteures, une recherche plus approfondie serait nécessaire pour expliquer pourquoi une différence significative est présente et préciser les causes qui génèrent des résultats plus élevés lorsque la version originale est utilisée.

Les coefficients de corrélation de *r* de Pearson élevés >.90 entre les moyennes des scores de la première (T1) et la deuxième évaluation (T2) sont statistiquement significatifs et démontrent la fiabilité des deux échelles.

Étape 2 : Les coefficients de corrélation démontrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les pointages du score total et ceux des paramètres individuels obtenus par les infirmières et les investigatrices de chaque centre ou ceux cumulés par les deux centres. Les coefficients de corrélation élevés à $\geq .85$ pour l'échantillon total démontrent la fiabilité de la version expérimentale et indiquent un accord inter-juges acceptable.

Limites

Étant donné que la collecte de données de l'étape 1 a été effectuée par les investigatrices, qui sont aussi les auteures de la version expérimentale, ceci a pu introduire un biais dans les résultats. De plus, vu que les investigatrices sont toutes deux, des expertes cliniques dans les soins des plaies, elles possèdent une très grande familiarité avec l'échelle de Braden® dans sa version originale et la version expérimentale. Il est possible que les scores choisis par les investigatrices aient été influencés par le rappel des définitions opérationnelles de l'échelle.

TABEAU 4 :

Différence des résultats entre la version originale et la version expérimentale

Paramètres	Fréquence des différences des résultats	Écart numérique des scores des deux versions	Fréquence ou les scores de la version originale étaient plus élevés	Fréquence ou les scores de la version expérimentale étaient plus élevés
Score total	5	2 points (pour 1 paire) 1 point (pour 4 paires)	3	2
Humidité	2	1	2	
Activité	3	1	2	1
Nutrition	4	1	1	3
Friction et cisaillement	1	1	1	

TABLEAU 5 :

Description de l'échantillon de l'étape 2

Caractéristiques	Nombre = (N)	(%)
Sexe		
Homme	15	(38)
Femme	25	(62)
Service		
Médecine	4	(10)
Chirurgie ¹	36	(90)
	Moyenne	(Écart-type)
Âge	62.4	(16.2)

1 – Service de chirurgie = Chirurgie générale 20; Cardio/Vasculaire/Thoracique 6; Orthopédie 5; Urologie 2; Plastie 1; Gynécologie 1; Traumatologie 1

Les échantillons des patients étaient choisis par commodité pour les deux étapes ce qui peut affecter l'objectivité et la polyvalence des résultats. De plus, la petite taille des deux échantillons utilisés peut limiter le degré de précision des résultats. Une autre étude plus approfondie serait souhaitable afin de corriger les biais potentiels identifiés et de corroborer ou de réfuter les présents résultats.

Conclusion

Les investigatrices, persuadées de l'importance d'utiliser des outils cliniques fiables et valides, afin d'assurer l'excellence des soins infirmiers basés sur des résultats probants, ont procédé à la traduction systématique et à la validation scientifique de l'Échelle de Braden. Une simple traduction libre d'un outil d'évaluation ne garantit pas la même validité que l'instrument dans sa version originale.

Il est important pour les infirmières d'utiliser des instruments d'évaluation dans leur langue maternelle, car lorsqu'elles utilisent des outils dans une langue seconde, ceci peut être la cause d'une évaluation erronée, qui peut avoir des répercussions sur le plan thérapeutique infirmier. Les investigatrices souhaitent ainsi promouvoir le bien-être des patients à risque de plaies pression.

Remerciements

Ce projet a reçu le support financier de ConvaTec Canada et du Fonds de dotation de la recherche en soins infirmiers, Département de la pratique professionnelle en soins infirmiers de L'Hôpital d'Ottawa.

Les auteures désirent remercier tous ceux et celles qui ont participé directement ou indirectement à l'élaboration de la traduction ou au projet de recherche. ☺

Références

- Agency for Health Care Policy and Research Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. *Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention, Clinical Practice Guideline*. Rockville: AHCPR. 1992.
- . *Pressure Ulcer Treatment, Clinical Practice Guideline*. Rockville: AHCPR. 1994.
- Barnes D. Payton RG. Clinical application of the Braden Scale in the acute-care setting. *Dermatology Nursing*. 1993;5(5):386-388.
- Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: A multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nursing Research*. 1998;7(5):261-269.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*. 1987;36(4):205-210.
- Bergstrom N, Demuth PJ, Braden B. A clinical trial of the Braden

suite des références à la page 54

TABLEAU 6 :

Résultats comparatifs des évaluations inter-juges

Comparaisons	Échantillon total		LHO		CUSM	
	Valeur <i>r</i>	<i>P</i> =	Valeur <i>r</i>	<i>P</i> =	Valeur <i>r</i>	<i>P</i> =
Paire # 1 Score total	.95	.00	.96	.00	.94	.00
Paire # 2 Perception sensorielle	.97	.00	1.00	.00	.95	.00
Paire # 3 Humidité	.92	.00	.96	.00	.85	.00
Paire # 4 Activité	.88	.00	.86	.00	.92	.00
Paire # 5 Mobilité	.86	.00	.93	.00	.81	.00
Paire # 6 Nutrition	.90	.00	.84	.00	.95	.00
Paire # 7 Friction et cisaillement	.85	.00	.95	.00	.77	.00

Processus de validation d'une traduction française ... suite de la page 28

- Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Clinics of North America*. 1987;22(2):417-428.
7. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*. 1987;12(1):8-12.
 8. —. Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*. 1989;2(3):44-46, 50-51.
 9. Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Research in Nursing & Health*. 1994;17:459-470.
 10. Chang AM, Chau JPC, Holroyd E. Translation of questionnaires and issues of equivalence. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(2):316-322.
 11. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. French validation of the critical care family needs inventory. *Heart & Lung*. 1990;19(2):192-196.
 12. Delgreco L, Walop W, Eastridge L. Questionnaire development: 2. Validity and reliability. *CMAJ*. 1987;136:699-700.
 13. —. Questionnaire development: 3. Translation. *CMAJ*. 1987;136:817-818.
 14. Keast D, Parslow N, Houghton PE, Norton L, Fraser C. Best practice recommendations for the prevention and treatment of pressure ulcers: Update 2006. *Wound Care Canada*. 2006;4(1):31-43.
 15. Langemo DK, Olson B, Hunter S, Hanson D, Burd C, Cathcart-Silberberg T. Incidence and prediction of pressure ulcers in five patient care settings. *Decubitus*. 1991;4(3):25-6, 28, 30, 32, 36.
 16. Lyder Ch, Yu C, Stevenson D, Mangat R, Empleo-Frazier O, Emerling J, Mckay J. Validating the Braden Scale for the prediction of pressure ulcer risk in blacks and latino/hispanic elders: A pilot study. *Ostomy/Wound Management*. 1998;44(3A Suppl):42S-50S.
 17. Nelson McDermott MA, Palchanes K. A literature review of the critical elements of translation theory. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(2):113-117.
 18. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers*. Toronto: RNAO. 2005.
 19. —. *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Management of Pain*. Toronto: RNAO. 2002.
 20. Robichaud-Ekstrand S, Haccoun RR, Millette D. Une méthode pour faire valider la traduction d'un questionnaire. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1994;26(3):77-87.
 21. Salvadalena GD, Snyder MI, Brogdon KE. Clinical trial of the Braden Scale on an acute care medical unit. *Journal of ET Nursing*. 1992;19(5):160-165.
 22. Tourtual DM, Riesenber LA, Korutz CJ, Semo AH, Asef A, Talati K, Gill RDF. Predictors of hospital acquired heel pressure ulcers. *Ostomy/Wound Management*. 1997;43(9):24-40.
 23. Varricchio CG. *Instruments for Clinical Health-Care Research*, Third Edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. 2004.