

La démarche scientifique en sciences infirmières

Séance 4 sur 4 : Lire un article, et fonder sa pratique sur les données probantes

UE E.1 : Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes



Elise VEROT

Professeure des Universités en Sciences Infirmières

Directrice du Pôle paramédical et du Département Sciences Infirmières et Techniques en Santé, Faculté de Santé, Université Jean Monnet, Saint-Étienne

Responsable de la recherche paramédicale, CHU de Saint-Étienne

UR 4129 P2S, UCBL1-UJM · CIC 1408 INSERM, CHU de Saint-Étienne

Institut universitaire PRESAGE, UJM

Cette séance dans le cours complet

LES 4 SÉANCES DU COURS

- Séance 1. Un cas clinique, et ce que les preuves disponibles en disent
- Séance 2. Ce qui fait qu'une démarche est scientifique
- Séance 3. Le processus de recherche, phase par phase
- **Séance 4. Lire un article, et fonder sa pratique sur les données probantes ← vous êtes ici**

Ce que vous saurez faire à l'issue de ce cours

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- **Distinguer** une croyance d'une connaissance, et énoncer sur quoi repose une affirmation entendue en service ou lue dans un **protocole** ;
- **Nommer** les **cinq phases** du processus de recherche et les **quinze étapes** qui les composent, et situer une étude donnée dans ce déroulement ;
- **Identifier** dans un article la **question de recherche**, le devis, la population, l'instrument de mesure et le traitement des questions éthiques ;
- **Expliquer** pourquoi un résultat statistiquement significatif n'est pas nécessairement important pour la personne soignée ;
- **Juger** de la **transférabilité** d'un résultat obtenu ailleurs à ses propres patients, dans son service, avec les moyens dont il dispose ;
- **Vérifier** une **référence** dans une base documentaire avant de la reprendre à son compte.

Objectifs déclinés à partir de la fiche UE E.1 (arrêté du 20 février 2026, annexe III)

04

Lire un article de recherche

L'essentiel du travail critique se joue avant d'arriver aux chiffres



Un article est le récit des cinq phases

LIRE • LA STRUCTURE

- **De nombreux articles de recherche empirique suivent une organisation de type IMRaD : Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion.** Cette structure éditoriale permet de retrouver une partie des grandes étapes du processus de recherche, sans leur être strictement équivalente.
- **L'introduction** correspond à la phase conceptuelle : problème, état des connaissances, cadre théorique, but et question.
- **La méthode** couvre les phases méthodologique et empirique : devis, population, échantillon, instruments, déroulement, plan d'analyse, éthique.
- **Les résultats** correspondent à la première moitié de la phase analytique : ce que disent les données, sans commentaire ni interprétation.
- **La discussion** porte l'interprétation, la confrontation à la littérature, les limites et les implications pour la pratique.
- **Deux règles de lecture** : aucun résultat nouveau ne doit apparaître dans la discussion ; et ne lisez pas dans l'ordre. Après le résumé, allez directement à la méthode.

Les lignes directrices de reporting (CONSORT, STROBE, PRISMA, COREQ) précisent, selon le type d'étude, ce qui doit être rapporté ; elles n'imposent pas une structure rédactionnelle identique.

Sources : EQUATOR Network, s. d. ; Fortin & Gagnon, 2022

Ce que l'on cherche dans l'introduction

LIRE • INTRODUCTION

- **Un problème formulé comme un manque.** « Les escarres sont un enjeu majeur de santé publique » est un préambule. « Aucun essai n'a comparé cet intervalle à d'autres » est un problème de recherche.
- **Un état des connaissances référencé.** Regardez les dates : sur un sujet actif, une introduction sans référence récente doit vous alerter.
- **Regardez aussi qui est cité. Une proportion importante d'autocitations doit conduire à vérifier que l'état des connaissances** représente suffisamment l'ensemble du champ et n'écarte pas des travaux pertinents provenant d'autres équipes. Elle ne constitue pas, à elle seule, une preuve de partialité.
- **Un but et une question écrits explicitement,** généralement dans le dernier paragraphe.
- **Le test des trente secondes :** lisez la dernière phrase de l'introduction, puis la première de la discussion. Si elles ne portent pas sur la même chose, quelque chose a glissé en cours de route.

À retenir : Une introduction se juge à une chose : parvient-elle à établir qu'il manque quelque chose que cette étude va combler ?

Sources : Hopewell et al., 2025b (items 6 et 7) ; von Elm et al., 2007 (items 2 et 3)

Ce que l'on cherche dans la méthode

LIRE • MÉTHODE

- **Le devis est-il nommé ?** Essai randomisé multicentrique, étude descriptive transversale, étude qualitative par entretiens. Ne pas trouver le mot est déjà un signal.
- **Qui a été inclus, qui a été exclu et pourquoi, combien au départ et combien à l'arrivée.**
- **Avec quoi a-t-on mesuré ?** Un instrument validé et cité, ou un questionnaire fabriqué pour l'occasion dont on ignore ce qu'il mesure réellement ?
- **Qu'a-t-on fait des questions éthiques ?** Comité, consentement, protection des données.
- **Le point le plus subtil : qu'est-ce qui varie, et qu'est-ce qui reste constant ?** TURN fait varier l'intervalle de repositionnement tout en standardisant le support : le dispositif vise ainsi à isoler autant que possible l'effet de l'intervalle. L'interprétation causale dépend néanmoins de l'ensemble de la qualité méthodologique de l'essai, notamment de la randomisation, de l'adhésion aux interventions et des données manquantes.
- **Le contre-exemple :** un essai qui ferait varier l'intervalle **et** le type de support en même temps ne permettrait plus de savoir lequel des deux explique le résultat. On parle alors de **facteurs confondus**. L'essai de Defloor et al. (2005), qui croise délibérément plusieurs combinaisons de retournement et de support, relève au contraire d'un plan qui organise ce croisement, non d'une confusion de facteurs.

Sources : Bergstrom et al., 2013 ; Defloor et al., 2005

Significatif ne veut pas dire important

Un écart peut être statistiquement significatif et cliniquement négligeable.
L'inverse est vrai aussi : une étude trop petite peut manquer un effet pourtant réel.

Sources : Wasserstein & Lazar, 2016 (principe 5)

La valeur p : ce qu'elle dit, et ce qu'elle ne dit pas

LIRE • RÉSULTATS

- **Définition.** « De façon informelle, une valeur p est la probabilité, sous un modèle statistique spécifié, qu'un résumé statistique des données soit égal ou plus extrême que la valeur observée » (Wasserstein et Lazar, 2016).
- **Traduction.** Sous l'hypothèse nulle et les hypothèses du modèle statistique utilisé, quelle serait la probabilité d'obtenir un résultat au moins aussi extrême que celui observé ?
- **Ce qu'elle n'est donc pas :** ni la probabilité que l'hypothèse soit vraie, ni la probabilité que le résultat soit dû au hasard.
- **Le seuil de 0,05 est une convention, non une loi de la nature.** Dans une procédure de test définie a priori, le seuil α représente le risque maximal fixé pour une erreur de type I, c'est-à-dire rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie.
- **Appliqué au fil rouge :** dans l'essai TURN, p vaut 0,68. Un écart de cette taille entre les trois groupes serait très banal si les trois rythmes se valaient.

**À retenir : La valeur p ne répond pas à la question qui vous intéresse.
Elle ne dit pas si l'effet existe, ni s'il est assez grand pour compter pour un patient.**

Sources : Wasserstein & Lazar, 2016 (traduction non officielle)

Les six principes de l'American Statistical Association

LIRE • RÉSULTATS

- Une valeur p peut indiquer à quel point les données sont **incompatibles avec un modèle statistique** spécifié.
- Elle ne mesure ni la probabilité que l'hypothèse étudiée soit vraie, ni la probabilité que les données aient été produites par le **seul hasard**.
- Les conclusions scientifiques et les décisions ne devraient pas reposer uniquement sur le **franchissement d'un seuil** par une valeur p .
- Une inférence correcte exige une **communication complète** des résultats et de la transparence sur les analyses conduites.
- Une valeur p , ou la significativité statistique, ne mesure ni la **taille d'un effet** ni l'**importance** d'un résultat.
- À elle seule, une valeur p ne fournit pas une bonne mesure du **niveau de preuve** concernant un modèle ou une hypothèse.

Sources : Wasserstein & Lazar, 2016 (intitulés des six principes, traduction non officielle)

Regarder plutôt : effet, intervalle, puissance

LIRE • RÉSULTATS

- **La taille d'effet quantifie l'ampleur d'une différence ou d'une association.** Pour le d de Cohen, Cohen a proposé à titre de repères conventionnels environ 0,20 pour un petit effet, 0,50 pour un effet moyen et 0,80 pour un effet important. Ces seuils ne s'appliquent pas à toutes les mesures d'effet et ne remplacent jamais l'interprétation clinique.
- L'intervalle de confiance indique la précision de l'estimation et l'ensemble des valeurs compatibles avec les données selon le modèle utilisé. Un intervalle étroit traduit une estimation plus précise ; un intervalle large traduit davantage d'incertitude.
- **Comment le lire :** un intervalle large signale une estimation imprécise ; un intervalle qui contient la valeur « aucun effet » ne permet pas de conclure à un effet.
- **La puissance** est « la probabilité, à long terme, de rejeter l'hypothèse nulle, étant donné la taille d'effet dans la population, le seuil retenu et l'effectif » (Cohen, 1992).
- **Conséquence pratique :** une différence de deux millimètres sur une échelle de douleur de cent peut être statistiquement significative sur un grand échantillon sans qu'aucun patient ne la ressente.

À retenir : Trois questions valent mieux qu'une valeur p : quelle est l'ampleur de l'effet, avec quelle précision, et l'étude avait-elle les moyens de le détecter ?

Sources : Cohen, 1992 ; Schünemann et al., 2024

Ce que l'on guette dans la discussion

LIRE • DISCUSSION

- **Une conclusion qui dépasse les données.** Une étude corrélationnelle observe que deux choses varient ensemble ; elle ne peut pas affirmer que l'une cause l'autre.
- **Guettez les verbes de causalité** (améliore, entraîne, permet de réduire) et remontez systématiquement au devis pour vérifier qu'il autorise cette affirmation.
- **Des limites décoratives plutôt qu'engageantes.** « Notre échantillon était limité à un seul centre », posé en une ligne puis annulé par le « néanmoins » qui suit.
- **Une limite qui engage** énonce au contraire quelles conclusions ne peuvent pas être tirées. C'est le signe d'auteurs qui travaillent honnêtement.
- **Qui a financé, et qui déclare quels liens d'intérêts.** Une étude sur un support de prévention financée par le fabricant de ce support n'est pas fausse : elle demande une lecture plus attentive.
- **La question la plus utile est inverse** : quelles limites l'article ne mentionne-t-il pas, alors que vous les avez repérées en lisant la méthode ?

Sources : Hopewell et al., 2025b (items 30 et 5a) ; von Elm et al., 2007 (items 19 et 22)

Des lignes directrices pour rapporter, des outils pour évaluer

LIRE · LES OUTILS

- **Lignes directrices de reporting**
- **CONSORT 2025** : essais randomisés. STROBE : études observationnelles. PRISMA 2020 : revues systématiques. COREQ : recherches qualitatives par entretiens ou groupes focalisés. SQUIRE 2.0 : travaux d'amélioration de la qualité.
- **Outils d'évaluation critique**
- Une ligne directrice de reporting ne mesure pas, à elle seule, la qualité méthodologique d'une étude. Pour évaluer la qualité méthodologique ou le risque de biais, on utilise un outil adapté au devis : les outils JBI de lecture critique, RoB 2 pour les essais randomisés, ou d'autres outils selon la question et le type d'étude.
- Le réflexe à acquérir : identifier d'abord le devis, puis choisir l'outil adapté à ce que l'on veut évaluer. Ces grilles sont travaillées dans le cours E1-N2-04 Lire et critiquer un article scientifique.

**À retenir : Reporting et qualité méthodologique sont deux choses différentes.
Une checklist de reporting indique ce qui doit être rapporté.
Elle ne permet pas, à elle seule, de conclure qu'une étude est méthodologiquement bonne.**

Sources : EQUATOR Network, s. d. ; Hopewell et al., 2025b ; von Elm et al., 2007 ; Page et al., 2021 ; Tong et al., 2007 ; Ogrinc et al., 2016 ; Sterne et al., 2019 ; Aromataris et al., 2024

Lire la mention « certitude des preuves »

LIRE · LE POIDS DES PREUVES

Ce que signifie « certitude des preuves »

- La revue Cochrane 2026 et le guide international 2025 emploient le vocabulaire de la méthode GRADE (Guyatt et al., 2008).
- La certitude des preuves va d'élevée à très faible : elle dit à quel point on peut se fier à l'estimation de l'effet.
- La force de la recommandation, forte ou conditionnelle, est un jugement distinct : la recommandation R7 est conditionnelle et repose sur une certitude très faible.

Ce que vous verrez plus tard

- La gradation des preuves (niveaux de preuve, méthode GRADE et ses critères) est traitée dans le cours E1-N2-03 Les niveaux de preuve.
- **Retenez seulement ici** : « certitude faible » ne veut pas dire « résultat faux », mais « estimation dont on peut douter ».

**À retenir : Certitude des preuves et force de la recommandation sont deux jugements distincts.
Une recommandation forte peut reposer sur des preuves de faible certitude.**

Sources : Guyatt et al., 2008 ; Latimer et al., 2026 ; National Pressure Injury Advisory Panel et al., 2025

Trois précautions qui valent plus que la hiérarchie

LIRE • LE POIDS DES PREUVES

Ce que la hiérarchie établit

- Qu'un essai randomisé bien conduit expose moins au biais qu'une série de cas.
- Une revue systématique avec méta-analyse d'études pertinentes et méthodologiquement solides peut fournir une estimation plus précise et une synthèse plus robuste qu'un essai isolé. Sa valeur dépend néanmoins de la qualité, du risque de biais, de l'hétérogénéité et de la pertinence des études incluses.
- Qu'un avis d'expert, si autorisé soit-il, se situe au bas de l'échelle.

Ce qu'elle n'établit pas

- Elle a été bâtie pour des questions d'**efficacité**. Sur une question de vécu, un essai randomisé est hors sujet.
- Un essai randomisé mal conduit reste mal conduit : le devis ne dispense jamais de lire la méthode.
- Un résultat solide là où il a été obtenu n'est pas pour autant valable chez vos patients. Ce jugement de **transférabilité** vous revient.

**À retenir : La place d'une étude dans la hiérarchie des preuves ne remplace pas sa lecture.
Elle indique où porter l'attention, pas quoi conclure.**

Sources : Lincoln & Guba, 1985 ; Guyatt et al., 2008

Chercher la littérature : où, et comment

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Où chercher

- PubMed, base gratuite qui comprend notamment les références indexées dans MEDLINE ainsi que d'autres notices bibliographiques. Cochrane Library, quand vous cherchez une synthèse plutôt qu'une étude isolée.
- CINAHL, base spécialisée en soins infirmiers, sur abonnement. Également Embase, Web of Science, Scopus.
- En français : LiSSa, Cairn, Érudit, Persée, HAL, theses.fr, Sudoc.
- La méthode complète est l'objet du cours E1-N1-05 La recherche documentaire en santé.

Comment chercher

- Pour une recherche documentaire reproductible, on construit une stratégie structurée combinant termes libres et, lorsque la base en dispose, vocabulaire contrôlé.
- On croise des **termes libres**, cherchés dans le titre et le résumé, avec des **descripteurs** du thésaurus de la base, les MeSH pour PubMed.
- Dans PubMed, les **opérateurs booléens** sont **AND**, **OR** et **NOT**. Les règles de troncature, de recherche d'expressions et de syntaxe varient selon les bases : elles doivent être vérifiées pour chaque interface.
- HeTOP, portail du CHU de Rouen, donne les correspondances français-anglais des descripteurs.
- Notez vos équations (base, termes, date) : elles vous seront demandées pour la synthèse structurée qui évalue l'UE E.1.

**À retenir : Une équation de recherche se consigne : base interrogée, termes, opérateurs, date.
Sans cela, votre recherche documentaire n'est pas reproductible.**

Sources : Haute Autorité de santé, 2024 ; CHU de Rouen, s. d.

Six pièges documentaires à connaître

RECHERCHE DOCUMENTAIRE · VIGILANCE

- **La revue prédatrice ou trompeuse** : elle imite les pratiques d'une revue scientifique sans respecter réellement les standards éditoriaux annoncés, notamment en matière d'évaluation par les pairs, de transparence du comité éditorial, d'éthique ou de frais. **Le paiement de frais de publication n'est pas, à lui seul, un signe de prédation.**
- **Le préprint** : manuscrit déposé avant évaluation par les pairs. Utile pour la circulation rapide, trompeur si on le prend pour un article validé.
- **La référence fabriquée par une intelligence artificielle** : auteurs plausibles, revue existante, pagination crédible, et rien de tout cela n'existe. Toute référence se vérifie dans une base, sans exception.
- **Le site commercial déguisé en source scientifique** : une page très bien faite sur un dispositif, éditée par celui qui le vend.
- **La base fermée qui remonte encore dans les moteurs** : la Banque de données en santé publique (BDSP) a fermé le 1er juillet 2019 ; ses notices ne sont plus mises à jour.

**À retenir : Un même réflexe désamorce les six pièges :
Retrouver le document d'origine et vérifier qui l'a produit, quand, et sous quel contrôle éditorial.**

Sources : Think. Check. Submit., s. d. ; Directory of Open Access Journals, s. d. ; Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, 2018

Exercice guidé : retrouver et lire la notice de l'essai TURN

EXERCICE • VÉRIFIER UNE RÉFÉRENCE, LIRE UN RÉSUMÉ, JUGER DE LA TRANSFÉRABILITÉ

- **Consigne.** Seul ou à deux, selon l'organisation retenue, retrouvez la notice de l'essai TURN dans PubMed, puis répondez aux trois questions à partir de son résumé. **Le corrigé figure sur la diapositive suivante.**
- **1. Vérifier la référence.** Dans PubMed (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov), saisissez « Turning for Ulcer Reduction » ou le nom du premier auteur et l'année (Bergstrom 2013). Comparez la notice affichée avec la référence donnée en bibliographie : auteurs, revue, année, volume, pages et DOI concordent-ils ?
- **2. Lire le résumé.** Relevez le devis, la population et ses critères d'inclusion, l'intervention et le comparateur, le critère de jugement principal, le résultat principal et la conclusion des auteurs.
- **3. Juger de la transférabilité.** Quatre questions : la population étudiée ressemble-t-elle à vos patients ? Le contexte (établissements d'hébergement nord-américains) ressemble-t-il à votre service ? Le support utilisé (matelas en mousse haute densité) est-il disponible chez vous ? Les soins habituels sont-ils comparables ?

Sources : Bergstrom et al., 2013 ; National Library of Medicine, s. d.

Exercice guidé : corrigé

EXERCICE • CORRIGÉ

- **1. La notice PubMed de Bergstrom et al. (2013) donne :** Journal of the American Geriatrics Society, volume 61, numéro 10, pages 1705-1713, DOI 10.1111/jgs.12440. **Si un élément diffère de la référence que vous tenez, c'est la notice de la base qui fait foi.**
- **2. Devis : essai contrôlé randomisé multicentrique à trois bras.** Population : 942 résidents de 65 ans et plus, à risque modéré ou élevé selon l'échelle de Braden, sans escarre à l'entrée, dans 27 établissements. Intervention : repositionnement toutes les 3 ou 4 heures ; comparateur : toutes les 2 heures. Critère principal : survenue d'une escarre à trois semaines. Résultat : 19 escarres, aucune différence détectée ($p = 0,68$).
- **3. Il n'y a pas de bonne réponse unique : la transférabilité se juge.** Un service de médecine accueillant des patients plus jeunes, plus instables ou sans matelas en mousse haute densité ne peut pas transposer directement le résultat ; l'individualisation recommandée par le guide international s'impose alors d'autant plus.

Sources : Bergstrom et al., 2013 ; National Pressure Injury Advisory Panel et al., 2025

05

Ce que cela change

Dans votre pratique professionnelle et dans votre cursus de licence



La pratique fondée sur les données probantes

EN PRATIQUE

- **Définition terminologique proposée par l'Office québécois de la langue française** : « Pratique mettant en œuvre l'utilisation judicieuse des données scientifiques disponibles et de l'expertise professionnelle, dans un processus de prise de décision » (OQLF, 2023).
- **La formulation d'origine ajoute un élément décisif** : « integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research » (Sackett et al., 1996).
- **Trois composantes, donc** : les meilleures données disponibles, votre expertise clinique, et les préférences de la personne soignée.
- **Un contresens à écarter** : il ne s'agit pas d'appliquer mécaniquement ce que dit la littérature. L'éditorial de 1996 a précisément été écrit pour répondre à cette accusation.
- **Formule de synthèse** : une pratique sans données n'est qu'une routine, et une pratique qui écarte la personne soignée n'est plus du soin.

**À retenir : Les données probantes ne remplacent pas le jugement clinique : elles l'informent.
La décision reste construite avec la personne soignée.**

Sources : Office québécois de la langue française, 2023 ; Sackett et al., 1996

Ce que le référentiel attend de vous, année par année

VOTRE CURSUS

- **Domaine E, 21 crédits : démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie. L'UE E.1 pèse 12 crédits.**
- **Première année :** rechercher et sélectionner des publications scientifiques et professionnelles dans les ressources documentaires nationales et internationales.
- **Deuxième année :** rechercher et traiter les données contenues dans ces publications, autrement dit la lecture critique.
- **Troisième année :** analyser, synthétiser et utiliser les données probantes nécessaires à sa pratique.
- **Évaluation de l'UE E.1 :** « réalisation d'une synthèse structurée écrite et orale d'une analyse critique de la littérature à partir d'une question clinique ou professionnelle » ; 4 ECTS « comprenant un travail personnel et un encadrement par un référent formé à la recherche » ; travail individuel ou en groupe de trois étudiants au plus.
- **Trois compétences du référentiel encadrent ce parcours :** elles sont citées mot pour mot sur la diapositive suivante.

À retenir • La progression est conçue comme cumulative :

Rechercher et sélectionner les ressources, développer la lecture critique, puis analyser, synthétiser et mobiliser les données probantes dans la pratique.

Sources : Arrêté du 20 février 2026

Les trois compétences du référentiel, mot pour mot

VOTRE CURSUS · ANNEXE III DE L'ARRÊTÉ

- **Compétence 11**
 - « Mettre en œuvre le processus d'amélioration continue des soins et de sa pratique professionnelle dans le cadre de ses activités »
- **Compétence 12**
 - « Analyser des données scientifiques et professionnelles afin d'optimiser sa pratique et son expertise professionnelle, la qualité et la sécurité des activités réalisées »
 - **Intégrant la compétence générique** : « Analyser des données scientifiques et professionnelles afin d'inscrire sa pratique professionnelle dans une démarche scientifique »
- **Compétence 13**
 - « Formaliser des documents professionnels dans le cadre d'une démarche scientifique d'amélioration continue des pratiques professionnelles »

Sources : Arrêté du 20 février 2026

Reprendre le fil rouge, avec les outils acquis

SYNTHÈSE

- **J'ai commencé par définir l'objet** : deux définitions de l'escarre coexistent, et elles ne comptent pas les mêmes lésions.
- **J'ai cherché la source primaire** de l'intervalle de deux heures, et je ne l'ai pas trouvée. Je l'ai dit, plutôt que de recopier une référence non consultée.
- **J'ai lu l'essai avant son résultat** : devis, population, ce qui varie, ce qui reste constant. Puis la synthèse Cochrane actualisée en 2026, qui rassemble 11 études portant sur 4 462 adultes.
- **J'ai distingué ce qui est établi de ce qui ne l'est pas** : le repositionnement est recommandé, l'intervalle optimal n'est pas démontré.
- **J'ai lu la recommandation actuelle telle qu'elle est écrite** : elle suggère un repositionnement toutes les 2 ou 3 heures chez la plupart des personnes à risque bénéficiant d'un support adapté, mais cette recommandation est conditionnelle et repose sur une certitude des preuves très faible.

À retenir · Ce que vous avez appris n'est pas une réponse, c'est une méthode : éfinir, chercher, lire, distinguer, décider.
Elle vaut pour n'importe quelle autre règle de soin.

Sources : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2001 ; National Pressure Injury Advisory Panel et al., 2025 ; Bergstrom et al., 2013 ; Latimer et al., 2026

CONCLUSION

Alors, faut-il repositionner toutes les deux heures ?

La réponse rigoureuse est : pas comme règle universelle.

Le guide international actuel suggère un intervalle de 2 ou 3 heures pour la plupart des personnes à risque lorsqu'elles bénéficient d'un support adapté, mais la certitude des preuves est très faible. **La fréquence doit donc être individualisée selon l'évaluation clinique, le support utilisé, la tolérance de la personne et ses préférences.**

Sources : National Pressure Injury Advisory Panel et al., 2025 ; Latimer et al., 2026

Auto-évaluation de la séance 4

AUTO-ÉVALUATION · UNE QUESTION, UNE RÉPONSE JUSTIFIÉE

- Un article conclut qu'une intervention « améliore significativement » la douleur : 2 mm de moins sur une échelle de 100 mm ($p < 0,001$), dans un essai de 3 000 patients. Que retenir-vous ?
- A. L'effet est important, puisque la valeur p est très petite.
- B. La significativité statistique ne dit rien de l'importance clinique : 2 mm sur 100 est probablement imperceptible pour le patient.
- C. L'essai est trop grand pour être fiable.
- D. La valeur p prouve que l'hypothèse des auteurs est vraie.

Réponse : B. Principe 5 de l'American Statistical Association : une valeur p ne mesure ni la taille d'un effet ni l'importance d'un résultat. Regardez la taille d'effet, son intervalle de confiance, et demandez-vous ce que la différence change pour la personne soignée.

Sources : Wasserstein & Lazar, 2016

Références bibliographiques (1 sur 5)

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2001). *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé* [Conférence de consensus, 15-16 novembre 2001]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271996

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (dir.). (2024). *JB1 manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État d'infirmier, NOR ESR2601184A. (2026). *Journal officiel de la République française*, n° 0048, 25 février 2026. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053568913>

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. (2018, 17 décembre). *Fermeture du portail BDSP*. <https://www.anfh.fr/actualites/fermeture-du-portail-bdsp>

Bergstrom, N., Horn, S. D., Rapp, M. P., Stern, A., Barrett, R., & Watkiss, M. (2013). Turning for Ulcer Reduction : A multisite randomized clinical trial in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1705-1713. <https://doi.org/10.1111/jgs.12440>

CHU de Rouen. (s. d.). *HeTOP : Health Terminology/Ontology Portal*. <https://www.hetop.eu/>

Références bibliographiques (2 sur 5)

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Defloor, T., De Bacquer, D., & Grypdonck, M. H. F. (2005). The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.05.013>

Directory of Open Access Journals. (s. d.). *DOAJ*. <https://doaj.org/>

EQUATOR Network. (s. d.). *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*. <https://www.equator-network.org>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière Éducation.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE : An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924-926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>



Références bibliographiques (3 sur 5)

Haute Autorité de santé. (2024). *Guide méthodologique : recherche documentaire*. HAS.

Hopewell, S., Chan, A.-W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., Tunn, R., Aggarwal, R., Berkwits, M., Berlin, J. A., Bhandari, N., Butcher, N. J., Campbell, M. K., Chidebe, R. C. W., Elbourne, D., Farmer, A., Fergusson, D. A., Golub, R. M., Goodman, S. N., ... Boutron, I. (2025b). CONSORT 2025 statement : Updated guideline for reporting randomised trials. *BMJ*, 389, e081123. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081123>

Latimer, S. L., Chaboyer, W. P., Probst, S., Thalib, L., Palipana, D., Lapkin, S., McInnes, E., Downes, M. J., & Gillespie, B. M. (2026). Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2026(6), CD009958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009958.pub4>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

National Library of Medicine. (s. d.). *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries : Clinical practice guideline. The international guideline* (4e éd. ; E. Haesler, dir.). <https://internationalguideline.com>

Références bibliographiques (4 sur 5)

Office québécois de la langue française. (2023). Pratique fondée sur des données probantes. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/>

Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence) : Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986-992. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Schünemann, H. J., Vist, G. E., Higgins, J. P. T., Santesso, N., Deeks, J. J., Glasziou, P., Akl, E. A., & Guyatt, G. H. (2024). Chapitre 15 : Interpreting results and drawing conclusions. Dans J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page & V. A. Welch (dir.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (version 6.5). Cochrane. <https://www.training.cochrane.org/handbook>

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2 : A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>

Références bibliographiques (5 sur 5)

Think. Check. Submit. (s. d.). *Think. Check. Submit.* <https://thinkchecksubmit.org/>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement : Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453-1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)

Wasserstein, R. L., & Lazar, N. A. (2016). The ASA statement on p-values : Context, process, and purpose. *The American Statistician*, 70(2), 129-133. <https://doi.org/10.1080/00031305.2016.1154108>



Mentions légales

CC BY-NC-ND 4.0

Attribution · Pas d'Utilisation Commerciale · Pas de Modification 4.0 International

© Elise Verot, 2026.

Ce cours est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).

Ce document peut être copié et partagé dans sa forme originale, sous réserve de l'attribution de l'auteur et en dehors de tout usage commercial. Toute version adaptée, transformée ou modifiée ne peut pas être diffusée dans le cadre de la licence CC BY-NC-ND 4.0. Toute réutilisation ou diffusion autorisée doit obligatoirement mentionner explicitement le nom de l'auteur original.

Texte intégral de la licence : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Transparence sur l'usage de l'intelligence artificielle. Les supports pédagogiques de l'UE E.1 ont été conçus, rédigés et sourcés par l'auteure. Une intelligence artificielle générative conversationnelle a été utilisée sous son contrôle pour l'harmonisation de la charte graphique et de la mise en page de l'ensemble des cours, la mise aux normes APA 7 des références et la vérification de leurs DOI, ainsi que le contrôle de cohérence et de conformité entre les documents. Toute correction a été validée par l'auteure, qui assume la responsabilité du contenu.

Merci de votre attention

Elise VEROT

Professeure des Universités en Sciences Infirmières
Faculté de Santé, Université Jean Monnet, Saint-Étienne
CHU de Saint-Étienne · UR 4129 P2S · CIC 1408 INSERM

elise.verot@univ-st-etienne.fr

Les questions sont les bienvenues.