

Programme
interprofessionnel de
**prévention et de soins
de la peau et des plaies**

Membres du comité de rédaction

Berthe Beaumont | Pharmacienne

Caroline Côté | Conseillère cadre à la collaboration interprofessionnelle

Julien Côté | Conseiller en soins infirmiers, soins des plaies, stomothérapeute

France Couture | Conseillère cadre en nutrition

Marie-Josée Demers | Conseillère cadre en soins infirmiers

Sylvie Gagnon | Conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections

Catherine Genest | Conseillère cadre en ergothérapie

Véronique Lapointe | Physiothérapeute, programme de soutien à domicile

Stéphane Rioux | Médecin

Hélène Riverin | Conseillère cadre en physiothérapie

En collaboration avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Nos remerciements aux collaborateurs et aux relecteurs

Sandra Racine, inf. M. Sc. | Directrice adjointe des soins infirmiers

Les genres masculin et féminin sont utilisés sans discrimination et dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal : 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-82694-1 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-82695-8 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2018

9 **1 BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME**10 **2 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**11 **3 CONTEXTE LÉGAL ET NORMATIF**

11 3.1 Lois et règlements

12 3.2 Amélioration continue de la qualité et de l'innovation

12 3.3 Déclaration des événements indésirables

12 3.4 Documentation interprofessionnelle

14 **4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

14 4.1 La personne et ses proches

14 4.2 L'équipe interprofessionnelle

21 **5 MESURE DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME**22 **6 TRANSFERT DES CONNAISSANCES**23 **7 RÔLES ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES**25 **8 RAPPEL THÉORIQUE**

25 8.1 Fonctions de la peau

25 8.2 Anatomie et physiologie de la peau

27 8.3 Classification

28 8.4 Cicatrisation

29 8.5 État nutritionnel et hydratation

31 **9 FACTEURS DE RISQUE POUVANT AFFECTER LA PEAU
OU LA GUÉRISON D'UNE PLAIE**

33 9.1 Facteurs intrinsèques

34 9.2 Facteurs extrinsèques

38 **10 DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE**39 **11 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS**

39 11.1 Prévention et contrôle des infections lors des soins de plaies

39 11.2 Pratiques de base (PCI)

43 12 DÉMARCHE DE SOINS ET SERVICES PAR DISCIPLINE

- 43 12.1 Démarche clinique de l'infirmière
- 52 12.2 Démarche clinique de la nutritionniste
- 55 12.3 Démarche clinique de l'ergothérapeute
- 56 12.4 Démarche clinique du physiothérapeute
- 58 12.5 Évaluation de la douleur
- 59 12.6 Indicateurs de référence interprofessionnels
- 61 12.7 Niveau d'expertise en soins de plaies

63 13 SOINS DE LA PEAU

- 63 13.1 Soins d'hygiène et de la peau
- 63 13.2 Dermate d'incontinence
- 66 13.3 Intertrigo

68 14 SOINS DES PLAIES

- 68 14.1 Préparation du lit de la plaie
- 68 14.2 Nettoyage de la plaie
- 69 14.3 Débridement des tissus nécrotiques
- 70 14.4 Produits et pansements

73 15 LÉSION DE PRESSION

79 16 ULCÈRE DU MEMBRE INFÉRIEUR

- 79 16.1 Les ulcères veineux
- 82 16.2 Les ulcères artériels
- 85 16.3 Les ulcères d'origine diabétique ou neuropathique

88 17 PLAIES TRAUMATIQUES

- 88 17.1 Abrasion, contusion, lacération, plaie punctiforme
- 90 17.2 Déchirures cutanées
- 92 17.3 Brûlures

100	1	Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux
104	2	Processus d'amélioration continue
106	3	Surfaces d'appui
108	4	Modalités adjuvantes en physiothérapie et en oxygénothérapie
113	5	Échelle de Braden
115	6	Guide d'utilisation des produits en soins de la peau
117	7	Guide d'utilisation des produits et pansements en soins de plaies et code RAMQ
125	8	Tableaux des compressions élastiques et inélastiques
127	9	Classification de l'Université du Texas et pourcentage de risque d'amputation associé

INTRODUCTION

Reconnu institut universitaire en services de première ligne, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale contribue activement à l'amélioration des équipes de travail des soins et des services de haut niveau à la population et à leur collaboration. Ce document a pour but d'accompagner les intervenants à la recherche du bien-être de la personne dans le respect d'agir de tous et dans la dignité des personnes qui reçoivent des soins et des services.

Vous trouverez, dans les prochaines pages, le Programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies. Il vous permettra de vous approprier le rôle, les responsabilités et les interventions qui reviennent à chaque intervenant œuvrant auprès des personnes atteintes d'un problème de peau ou de plaie. Ce programme assurera une planification de soins et de services efficace, performante et sécuritaire. La Direction des soins infirmiers, en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires, a mis à jour le programme en s'appuyant sur un recensement des écrits scientifiques et des meilleures pratiques. Pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale, la collaboration interprofessionnelle est un facteur central du principe de gestion efficiente.

Ce programme sert de cadre de référence. Il vise l'optimisation des pratiques, permet l'opportunité de créativité des équipes de soins et l'innovation dans le travail. De plus, il présente différents outils cliniques accessibles aux infirmières, aux ergothérapeutes, aux nutritionnistes et aux physiothérapeutes, appelés à jouer un rôle dans les soins de la peau et des plaies. Ces outils sont le résultat de recherches et de nombreuses consultations.

1

BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

But

Ce programme vise à encadrer la pratique liée à la prévention et au traitement des plaies ainsi que de l'altération de la peau. Il permet d'assurer une prestation de soins sécuritaires, de qualité et adaptés à la condition globale de la personne soignée.

Objectifs spécifiques

1. Assurer une pratique de collaboration interprofessionnelle et de continuité des soins.

Le programme permet de :

- Connaître la contribution de chacun des intervenants impliqués dans la prévention, l'évaluation et les interventions appropriées;
- Reconnaître la contribution de la personne (son droit à l'autodétermination, ses préférences et son projet de vie) et celle de ses proches;
- Amorcer au bon moment la consultation auprès des différents professionnels selon les besoins;
- Maintenir une communication efficace afin d'assurer la qualité et la sécurité des interventions.

2. Assurer une pratique préventive et des soins sécuritaires, de qualité.

Le programme permet de :

- Connaître la physiologie de la peau, les facteurs de risque et la physiopathologie des types de plaies et d'altérations de la peau;
- Procéder à une évaluation et intervenir selon les plus récentes évidences scientifiques;
- Reconnaître son niveau de compétence et de contribution requis pour évaluer et intervenir selon les situations spécifiques.

3. Optimiser le raisonnement clinique unidisciplinaire et interdisciplinaire ainsi que la documentation clinique au dossier de la personne.

Le programme permet de :

- Connaître la nature de l'évaluation et tous les éléments qui doivent être considérés;
- Connaître les outils et les formulaires appropriés;
- Reconnaître que l'évaluation doit considérer également les facteurs personnels et environnementaux qui peuvent avoir un impact sur le risque de développer une plaie ou une altération de la peau ou d'en compromettre la guérison;
- Déterminer les objectifs et les interventions à mettre en place selon le type de plaie ou d'altération de la peau en tenant compte des préférences de la personne et du champ de pratique de chaque professionnel impliqué;
- Connaître les interventions possibles selon le type de plaie ou d'altération de la peau;
- Informer la personne et ses proches tout au long du processus;
- Avoir une tenue de dossier qui reflète le raisonnement clinique et les interventions.

Définition

Il s'agit d'un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté¹. La collaboration interprofessionnelle (CIP) s'inscrit « dans un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé, une personne et ses proches dans une approche participative de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux² ». Le mot « inter » n'indique pas seulement une pluralité, mais aussi une juxtaposition. Il évoque un espace commun et un facteur de cohésion entre des savoirs différents.

Application

Les professionnels doivent être animés d'une volonté commune de résoudre des problèmes multifactoriels, particulièrement quant aux soins des plaies complexes. La diversité des disciplines amène dans le groupe : flexibilité, capacité d'adaptation, créativité et innovation afin d'assurer la recherche de cause associée aux objectifs et aux besoins cliniques de chaque personne. En s'appuyant sur le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, les professionnels sont en mesure de mettre en œuvre la pratique de collaboration requise au moment opportun.

Types de pratique de collaboration interprofessionnelle

- Pratique en parallèle : elle vise à informer les intervenants impliqués auprès de la personne et de ses proches.
- Pratique par consultation référence : elle vise à consulter un autre professionnel ou à adresser la personne et ses proches à un autre professionnel.
- Pratique de concertation : elle vise une concertation entre les professionnels.
- Pratique de soins et de services partagés : elle vise à partager des décisions et des actions en lien avec un objectif clinique commun ciblé dans le plan d'intervention interdisciplinaire.

Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux est présenté à l'annexe 1 alors que l'annexe 2 illustre les différents modes de collaboration appliquée à des situations cliniques.

Le référentiel national du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé cible des domaines de compétences qui soutiennent la capacité de collaborer efficacement :

- Soins et services centrés sur la personne, ses proches et la communauté;
- Travail d'équipe optimal;
- Communication interprofessionnelle efficace;
- Conflits interprofessionnels gérés de manière proactive;
- Clarification des rôles de chacun;
- Leadership collaboratif au sein de l'équipe clinique.

.....→
Voir
Annexes
1 et 2

1 RCPI (2014)

2 CIHC (2009), OIIQ, CMQ, OPQ (2015)

3.1 LOIS ET RÈGLEMENTS

Le Code des professions reconnaît la réalité des milieux, il favorise une utilisation optimale des compétences et il a créé les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. Les infirmières, les infirmières auxiliaires, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes ont des activités réservées au regard des soins de plaies. Ces activités étant complexes et à haut risque de préjudice, le législateur a voulu préciser le rôle et les responsabilités des principaux intervenants impliqués.

Les activités réservées à l'infirmière

1. En vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, article 36 :
L'infirmière détermine le plan de traitement lié aux plaies, aux altérations de la peau et des téguments et prodigue les soins et les traitements qui s'y rattachent.
En vertu du règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier³ pris en application de la Loi médicale (chapitre M-9, a. 19b) :
L'infirmière est autorisée à prescrire des analyses de laboratoire ainsi que des produits, des médicaments et des pansements pour le traitement des plaies, des altérations de la peau et des téguments.
2. Les activités prévues au Code des professions, chapitre C-26, article 37.
3. En vertu de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec :
 - Elle utilise des formes d'énergie invasives;
 - Elle prodigue des traitements liés aux plaies.
4. En vertu de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec :
Elle prodigue des traitements liés aux plaies.
5. En vertu de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec :
Elle prodigue des soins et des traitements liés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.

³ Le règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier, D.839-2015, (2015)147 G.O.II, 3872.

3.2 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE L'INNOVATION

Le processus d'amélioration continue fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services, et en fonction d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement⁴.

Deux pratiques en lien avec la prévention, le soin de la peau et des plaies sont évaluées :

- La prévention des plaies de pression

Le risque pour chaque personne de développer une lésion de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

- Les soins de la peau et des plaies

Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des personnes en matière de soins de la peau et des plaies, pour donner des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et qui réduisent les cas de morbidité et de mortalité.

Voir
Annexe
2

3.3 DÉCLARATION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES

Tout employé de l'établissement doit déclarer tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Selon les directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant la déclaration d'incident ou d'accident se produisant dans le cadre de la prestation de soins et de services à une personne, toute nouvelle lésion de pression et de positionnement de stade 2 et plus doit être déclarée au moyen du formulaire prévu (AH-223)⁵.

Pour la clientèle inscrite ou admise dans nos installations, la déclaration doit être effectuée au moment de la constatation de la plaie.

Ces types de lésions sont considérés comme un accident puisque des mesures de prévention auraient pu éviter ces conséquences pour la personne.

3.4 DOCUMENTATION INTERPROFESSIONNELLE

La documentation au dossier

Elle inclut toutes les données pertinentes permettant de suivre l'évolution des plaies et de l'intégrité de la peau chez la personne, de communiquer les décisions prises par le professionnel et les éléments sur lesquels il s'appuie. Elle vise à consigner l'évaluation initiale et celle en cours d'évolution menées par le professionnel, la surveillance requise, les soins, les traitements, les interventions planifiées et réalisées, les réactions de la personne ainsi que les résultats obtenus, dans une perspective de continuité des soins et de collaboration interprofessionnelle.

Les outils de documentation

Les divers outils de documentation en soins de plaies visent une complémentarité entre les professionnels qui suivent la personne. Il s'agit de :

- Formulaires d'évaluation :
 - Évaluation initiale interprofessionnelle d'une plaie;
http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Formulaires%20cliniques/CN00154_eval_initiale_plaie_usager.pdf

4 MSSS (2006). Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux.

5 L.R.Q., c. S-4.2, a. 233.1

- Détermination du traitement / Évaluation en cours de suivi;
http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Formulaires%20cliniques/CN00153_plan_traitement_soins_plaie.pdf
- Application du plan de traitement de plaie.
http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Formulaires%20cliniques/CN00155_pti_suivi_plaie.pdf
- Formulaires d'examens paracliniques :
 - Échelle de dépistage des lésions de pression (Braden);
 - Dépistage des maladies vasculaires périphériques (mesure de l'indice de pression systolique cheville-bras).
http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Formulaires%20cliniques/CN00152_depistage_maladies_artérielles_peripheriques.pdf
- Formulaires de notes d'évolution :
 Ils regroupent les données significatives concernant la condition clinique de la personne, les décisions prises par le professionnel, les interventions réalisées, les réactions de la personne et les résultats obtenus.
- Plans de traitements :
 - Élaborés spécifiquement par l'infirmière, ils incluent les mesures curatives et les mesures préventives;
 - Ils s'appliquent exclusivement aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.

D'autres outils de documentation sont utilisés par les professionnels, notamment le plan de traitement infirmier (PTI), le plan d'intervention (PI), les formulaires de liaison et ceux de référence.

La prise de photographies

La photographie peut être utilisée pour fournir une documentation clinique complémentaire aux éléments d'évaluation de la plaie ou de l'altération de la peau. Les photographies doivent être identifiées par le nom de la personne, son numéro d'assurance maladie ou son numéro de dossier. Elles sont confidentielles et doivent être considérées comme une pièce constituante du dossier de la personne. Le formulaire de consentement n° DT9089 doit être rempli selon les considérations des règles relatives au consentement écrit de la personne avant la prise de photographie.

Les appareils avec lesquels sont prises les photographies doivent appartenir à l'établissement. Il est interdit d'emmagasinier les photographies sur des clés USB, des DVD ou tout autre support amovible, et leur transmission n'est pas autorisée par Facebook et les sites de partage de document (iCloud, Dropbox, etc.) ou par texto.

N. B. Dans des circonstances exceptionnelles, le courriel organisationnel peut être utilisé comme moyen de transmission à un autre intervenant du réseau de la santé et des services sociaux, à la condition d'être chiffré.

Les principes à respecter lors de la prise de photographies

1. S'assurer que le formulaire de consentement est signé.
2. S'assurer que l'éclairage est suffisant.
3. Prendre une première photographie à une distance permettant de situer la plaie anatomiquement.
4. Utiliser une règlette de papier pour référence à une échelle et l'identifier par la date et le numéro de dossier de la personne.
5. Indiquer la présence d'un sinus à l'aide d'une tige montée introduite dans la plaie.
6. Photographier par la suite à une distance d'au moins 15 à 20 cm, directement au-dessus de la plaie et toujours dans la même position.
7. Déposer la photographie dans une zone sécurisée.
8. Effacer la photographie de l'appareil.

4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

La connaissance du rôle et des responsabilités de chacun des intervenants dans un programme vise deux objectifs :

- L'amélioration de la collaboration interprofessionnelle;
- La responsabilité des intervenants en lien avec les pratiques cliniques attendues et définies dans le programme.

4.1 LA PERSONNE ET SES PROCHES

Rôles et responsabilités

- Agir comme partenaires, selon leur potentiel collaboratif, dans l'élaboration et la réalisation d'un plan d'intervention.
- Collaborer et utiliser les services de façon appropriée.
- Collaborer, s'il y a lieu et selon leur potentiel collaboratif, au processus d'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins.
- Énoncer leurs préoccupations et leurs enjeux en matière de prévention et de soins de la peau et des plaies.
- Être à l'écoute de l'information et des recommandations émises par les professionnels.
- Expliquer leurs points de vue et échanger avec les professionnels afin de prendre des décisions éclairées tout au cours du continuum de soins et de services.
- Rôles et responsabilités des professionnels à l'égard de la personne et de ses proches.
- Collaborer et se concerter en interdisciplinarité, et considérer la personne comme un partenaire à part entière de l'équipe.
- Utiliser l'expérience de la personne pour adapter les interventions et ainsi répondre plus judicieusement à ses besoins.
- Travailler en collaboration avec la personne et ses proches afin de favoriser son autodétermination.

4.2 L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

- Infirmière, infirmière auxiliaire
- Préposé aux bénéficiaires, auxiliaire de santé et de services sociaux, aide-soignant
- Nutritionniste
- Technicien en diététique
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique
- Médecin
- Pharmacien
- Travailleur social
- Technicien en orthèse ou en prothèse

INFIRMIÈRE

Champ d'exercice

Évaluer l'état de santé, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de rétablir et de maintenir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, et prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs.

Le rôle et les responsabilités de l'infirmière soignante en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) découlent essentiellement de son exercice professionnel, des devoirs qui lui incombent en vertu de la législation régissant les situations de soins ainsi que de ses devoirs et obligations en vertu du code de déontologie.

Rôles spécifiques

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant un suivi rigoureux et régulier de l'évolution de la plaie ou de l'altération de la peau et des téguments et de la condition de santé de la personne afin d'ajuster, le cas échéant, le plan de traitement et le plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Déterminer le plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent :
 - Lorsque l'infirmière prescrit un médicament topique pour les situations cliniques, elle doit respecter les lignes directrices et les consensus de traitement les plus récents.
- Décider d'entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance, le cas échéant (ex. : demander une culture de plaie, des analyses sanguines pour le bilan nutritionnel).
- Administrer et ajuster des médicaments et des traitements médicaux selon une ordonnance, le cas échéant (ex. : les médicaments pour soulager la douleur, l'antibiothérapie, les pansements, les produits).

Conditions particulières

L'autonomie accordée à l'infirmière est tributaire de ses connaissances, ses habiletés et son expertise ainsi que des règles de soins infirmiers en vigueur dans l'établissement.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Champ d'exercice

Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de rétablir la santé et de la maintenir, prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs.

Rôle spécifique

Prodiguer des soins et des traitements liés aux plaies et à l'altération de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.

Conditions particulières

L'autonomie accordée à l'infirmière auxiliaire est toutefois tributaire du PTI, de ses connaissances, de ses habiletés et de son expertise ainsi que des règles de soins infirmiers en vigueur dans l'établissement.

AIDE-SOIGNANT

Champ d'exercice

Les aides-soignants exercent un rôle d'assistance en soins infirmiers. Ils regroupent les préposés aux bénéficiaires (PAB), les auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) et le personnel œuvrant dans les milieux visés par la règle de soins encadrant les soins infirmiers confiés à des aides-soignants.

Rôles spécifiques

- Collaborer à la collecte de données relatives aux facteurs de risque.
- Exercer une surveillance de l'état de la peau et des téguments, notamment au regard de l'apparition d'une rougeur ou de lésions.
- Contribuer à la continuité des soins par la communication de ses observations au professionnel concerné.
- Appliquer les mesures préventives à l'égard d'un problème de la peau ou d'une plaie.
- Participer au plan d'enseignement, rapporter au personnel concerné le résultat des apprentissages de la personne et de sa famille.
- Exécuter les activités de soins infirmiers confiées selon les directives et les consignes émises par le professionnel responsable.

NUTRITIONNISTE

Champ d'exercice

Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

Rôles spécifiques

- Déterminer les facteurs pouvant mener à la malnutrition et à la déshydratation, ceux qui pourraient contribuer à l'apparition d'une plaie et en influencer l'évolution.
- Identifier les déficiences en macro et micronutriments, déterminer si les besoins nutritionnels peuvent être comblés par l'alimentation seule ou si un soutien nutritionnel est requis.
- Recommander le type de supplément nutritionnel ou de formule nutritive répondant le mieux aux besoins de la personne en tenant compte de ses préférences.
- Déterminer un plan de traitement nutritionnel personnalisé et adapté à la condition de la personne et à ses habitudes alimentaires.
- Assurer la surveillance de l'état nutritionnel et de l'évolution de la plaie ainsi qu'ajuster le plan de traitement nutritionnel en conséquence.

TECHNICIEN EN DIÉTÉTIQUE

Champ d'exercice

Le technicien en diététique met en application, par un menu adapté et approprié, le plan de traitement nutritionnel déterminé par le nutritionniste. Il joue également un rôle contributif à la supervision des activités liées à la production et à la distribution des aliments.

Rôles spécifiques

- Élaborer, ajuster et adapter le menu selon les préférences et les habitudes alimentaires de la personne et en conformité avec le plan de traitement nutritionnel émis.
- Collaborer à la surveillance de l'état nutritionnel de la personne dont le plan de traitement a été déterminé par des bilans alimentaires, à la vérification de la consommation alimentaire et hydrique et en partageant les informations pertinentes avec le nutritionniste.
- Contribuer au renforcement des objectifs du plan de traitement nutritionnel et à l'autonomie de la personne.

ERGOTHÉRAPEUTE

Champ d'exercice

Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement, dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

Rôles spécifiques

- Évaluer les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie de la personne qui ont ou qui pourraient contribuer au développement de la plaie ou qui en influencent l'évolution.
- Évaluer l'impact de la plaie sur les habitudes de vie de la personne et sur son environnement.
- Déterminer les interventions, incluant l'enseignement nécessaire, en lien avec la promotion de déterminants favorables à la santé et à l'autonomie des personnes telles que :
 - La mobilité (ex. : positionnement, technique de réduction de la pression, méthodes de transfert appropriées, etc.);
 - L'adoption de saines habitudes de vie en lien avec l'histoire de la plaie;
 - La réduction ou l'élimination des facteurs de risque de plaie modifiables par l'information, la sensibilisation et l'enseignement à la personne, aux proches et au personnel soignant;
 - La détermination des équipements, notamment les surfaces d'appui, permettant de réduire ou d'éliminer l'impact des facteurs de risque (pression, cisaillement, friction, humidité) au lit ou dans le fauteuil.

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Champ d'exercice

Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique liées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser des interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal.

Rôles spécifiques

- Procéder à l'évaluation des capacités physiques, des fonctions motrices, articulaires, circulatoires et de la marche, afin de déterminer le type d'activité et d'exercice à préconiser pour le maintien de l'autonomie dans le transfert et les déplacements, et favoriser la guérison de la plaie.
- Stimuler la circulation sanguine avec des exercices.
- Assurer un contrôle de l'œdème.
- Procéder à une évaluation complémentaire de la plaie afin de mettre en place des modalités spécifiques de traitement.

Conditions particulières

La capacité d'intervenir en électrothérapie pour le traitement des plaies par le physiothérapeute est déterminée par la formation reconnue par son ordre professionnel. S'il n'a pas cette formation, il doit être jumelé à un physiothérapeute qui l'a suivie.

THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Champ d'exercice

Contribuer à l'évaluation des déficiences et des incapacités de la fonction physique liées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire; déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal selon le règlement 94 m sur les catégories de permis. Il intervient lorsque la condition de la personne a été préalablement évaluée par le physiothérapeute ou le médecin.

Rôles spécifiques

- Contribuer à la collecte de données évaluatives concernant les capacités physiques, les fonctions motrices, articulaires, circulatoires et de la marche afin de déterminer les types d'activités et d'exercices à préconiser pour le maintien de l'autonomie dans les transferts et les déplacements, et favoriser la guérison de la plaie.
- Participer ou effectuer les traitements liés au maintien de l'autonomie et aux interventions liées à la plaie.
- Participer aux traitements de la plaie par électrothérapie.

Conditions particulières

La capacité d'intervenir en électrothérapie pour le traitement des plaies par le thérapeute en réadaptation physique est déterminée par la formation continue qu'il a suivie auprès de son ordre professionnel. S'il n'a pas cette formation, il doit être jumelé à un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique ayant reçu celle-ci.

MÉDECIN

Champ d'exercice

Diagnostiquer et traiter toute déficience de la santé d'un être humain. L'exercice de la médecine comprend notamment la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. Le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé.

Rôles spécifiques

- Évaluer la personne aux prises avec une plaie dans sa globalité, afin de déterminer la cause de celle-ci et de poser le diagnostic approprié.
- Adresser la cause et les comorbidités impliquées et examiner les facteurs pouvant retarder la guérison des plaies (ex. : insuffisance artérielle, ostéite, état immunodéprimé, etc.).
- Collaborer à l'élaboration du plan de traitement et le prescrire, le cas échéant.
- Adresser, si nécessaire, à une équipe spécialisée ou en spécialité (vasculaire ou plastie).

PHARMACIEN

Champ d'exercice

Évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments afin de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques. Le pharmacien doit s'assurer que le dosage est approprié et que l'effet escompté est obtenu. Il doit détecter et gérer les réactions indésirables ou les interactions entre les médicaments, entre les médicaments et les aliments, etc. Afin de mener à bien la surveillance de la thérapie médicamenteuse, le pharmacien travaille en gardant en tête les cinq principes suivants : l'anticipation des problèmes liés à la thérapie médicamenteuse; la consignation des informations et des interventions au dossier de la personne; le partage des informations; la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle.

Rôles spécifiques

- Déterminer les médicaments qui mettent la personne à risque de développer une plaie ou qui peuvent retarder le processus de cicatrisation.
- Proposer un plan de soins pharmaceutiques.

TRAVAILLEUR SOCIAL

Champ d'exercice

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu, dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.

Rôles spécifiques

- Évaluer, réévaluer et effectuer le suivi psychosocial dans le contexte d'inaptitude.
- Évaluer et intervenir dans un contexte de maltraitance.
- Intervenir en situation de crise.
- Intervenir auprès des proches aidants.

TECHNICIEN EN ORTHÈSE OU EN PROTHÈSE

Champ d'exercice

Évaluer les déformations et les malformations des os, des articulations, des muscles, des tendons et des nerfs. Il conçoit, fabrique l'appareil locomoteur ou en surveille la fabrication. Il ajuste, répare et modifie les orthèses ou les prothèses à la suite d'une prescription médicale afin d'améliorer l'indépendance fonctionnelle des personnes.

Rôles spécifiques

- Proposer des appareils et des composantes pour répondre aux besoins de la personne dans le respect de la prescription médicale.
- Recueillir les mesures anthropométriques appropriées.
- Concevoir et préparer le devis de fabrication de l'aide technique, à la suite de l'évaluation clinique.
- Procéder à la fabrication, à l'ajustement, à la réparation et à la modification d'aides techniques.
- Procéder à l'essayage, à l'ajustement ou à la livraison en compagnie de la personne et de l'équipe multidisciplinaire.
- S'assurer du confort de la personne et veiller à ce que l'aide technique compense bien les incapacités de la personne et qu'elle réponde aux normes de qualité du programme (esthétisme, efficacité, solidité, durabilité, confort et sécurité).

5

MESURE DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME

L'évaluation du programme s'effectue selon trois critères :

- L'évaluation de son implantation;
- L'évaluation de la fidélité au programme;
- L'évaluation de son efficacité.

Évaluation de l'implantation du programme

Pour évaluer le degré d'implantation du programme, les indicateurs suivants seront suivis :

1. Le taux de formation du personnel :
 - a) par titre d'emploi;
 - b) par type de formation (durée, moyen de communication, formation spécialisée versus générale).
2. Le degré de satisfaction des utilisateurs par des sondages.

Évaluation de la fidélité au programme

Des indicateurs de processus permettent de savoir si des interventions sont appliquées telles que définies dans le programme :

1. Des échelles de Braden administrées à l'admission;
2. Les audits de dossiers (ils permettent d'évaluer le taux de conformité des pratiques cliniques au regard du programme).

Les éléments suivants sont des exemples de données qui pourront être audités :

- La présence de références au bon professionnel;
- Le délai de prise en charge par un professionnel;
- Les données d'évaluation, l'analyse et le plan d'intervention ou le plan thérapeutique infirmier rattaché.

Évaluation de l'efficacité du programme

Il est possible de déterminer si les pratiques cliniques implantées donnent des résultats, à partir de l'indicateur du nombre de lésions de pression de stade 2 à 4, qui inclut la lésion des tissus profonds (LTP), par les déclarations AH 223.

6

TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Afin de faciliter le transfert des connaissances et leur intégration dans la pratique, l'utilisation de certaines méthodes d'encadrement et de soutien et certains moyens pédagogiques sont privilégiés dans la démarche d'implantation du programme.

Ces méthodes permettent d'assurer une pérennisation dans l'application des éléments d'encadrement de la pratique dans le domaine des soins de la peau et des plaies.

Les méthodes pédagogiques

MÉTHODE	DÉFINITION	EXEMPLE
Formation	Enseignement selon un ensemble d'activités, de situations pédagogiques et de moyens didactiques favorisant l'acquisition ou le développement des savoirs selon des objectifs d'apprentissage. Offert à un groupe par un spécialiste du domaine d'étude.	Contenu théorique en salle de classe ou sous forme d'atelier thématique.
Coaching*	Accompagnement d'un apprenant en action dans son milieu de travail consistant à faire émerger une énergie de réussite à partir de son propre potentiel sans lui fournir de recette.	Présence terrain liée à une tâche ou un soin effectué dans le milieu de travail.

* De la formation au coaching... vers une distinction des métiers du changement ! Morneau (2005).

Les moyens pédagogiques

MOYEN	DÉFINITION
Laboratoire d'apprentissage	Offre un accompagnement personnalisé dans un lieu ayant les équipements permettant la mise en pratique d'interventions ou de soins.
Visioconférence	Offre une conférence visuelle et sonore entre apprenants, à distance, grâce à un système de télécommunication.
Apprentissage en ligne (e-learning)	Permet un mode d'apprentissage basé sur l'utilisation des nouvelles technologies donnant accès à des formations en ligne interactives et parfois personnalisées. L'intermédiaire Internet/intranet permet le développement de compétences, tout en rendant le processus d'apprentissage indépendant de l'heure et de l'endroit (capsule, vidéo).
Lecture	Consiste en une activité de compréhension d'une information écrite.
Évaluation	Pré et posttest, examen.

Direction des soins infirmiers

- Être responsable du comité de rédaction et de révision du Programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies.
- Contribuer à la rédaction, à la révision et à l'implantation du programme.
- Élaborer et soutenir l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du programme.
- S'assurer de l'application du programme pour les soins infirmiers.
- Analyser les indicateurs permettant l'évaluation du programme.

Direction des services multidisciplinaires

- Participer au comité de rédaction et de révision du Programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies.
- Contribuer à la rédaction, à la révision et à l'implantation du programme.
- Contribuer à l'élaboration et au soutien de l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du programme.
- S'assurer de l'application du programme pour les pratiques professionnelles multidisciplinaires.
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du programme.

Direction des services professionnels

- S'assurer des consultations auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).
- S'assurer de la participation active des membres du CMDP quant à l'application du programme dans l'établissement.
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du programme.

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

- Contribuer à la rédaction, à la révision et à l'implantation du programme.
- Contribuer à l'analyse des indicateurs liés au programme.
- Évaluer et donner des recommandations sur tout incident ou tout accident lié à une plaie.

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

- S'assurer que les établissements d'enseignement connaissent et respectent le programme (étudiants, moniteurs et superviseurs externes).

Directions des programmes clientèles

- Contribuer à la révision, à l'implantation et à l'évaluation du programme.
- Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action pour l'implantation du programme.
- S'assurer de l'application du programme.
- S'assurer de l'application du programme de formation à l'ensemble de leur personnel.
- S'assurer du suivi des recommandations.
- S'assurer de la compilation des indicateurs, lorsque cela est requis.

8

RAPPEL THÉORIQUE

8.1 FONCTIONS DE LA PEAU

La peau recouvre le corps et constitue une barrière physique qui protège les tissus sous-jacents de nombreuses agressions de l'environnement extérieur, qu'elles soient chimiques, mécaniques ou biologiques (ex. : l'abrasion, les invasions bactériennes, la déshydratation et les rayons ultraviolets).

8.2 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA PEAU

La peau normale est constituée de trois couches principales dont les cellules interagissent afin d'assurer les différentes fonctions de la peau. La partie la plus superficielle, l'épiderme, est mince et composée d'un épithélium pavimenteux stratifié et kératinisé. Elle est attachée à une couche interne plus épaisse, formée de tissu conjonctif, le derme. La dernière couche, l'hypoderme, est sous-cutanée, composée de tissus conjonctifs aréolaires et adipeux. Les fibres du derme s'y rattachent et fixent ainsi la peau puisque l'hypoderme est lui-même fermement attaché aux tissus et organes sous-jacents.

Principales fonctions de la peau

Équilibre hydrique	Équilibre homéostatique.
Protection	Protection contre les agressions extérieures, qu'elles soient chimiques, mécaniques ou biologiques.
Thermorégulation	Contrôle de la température, transpiration, frissons.
Excrétion et absorption	Sueur qui élimine les déchets et absorption des substances extérieures.
Métabolique / sécrétrice	Synthèse de la vitamine D qui joue un rôle majeur dans la minéralisation osseuse.
Sensorielle	Terminaisons nerveuses, toucher, douleur, chaud, froid.
Communication / image corporelle	Couleur de la peau, âge, état de santé (ictère, cyanose), émotions.
Fonction immunitaire	Défense contre les microorganismes, absorption systémique.

Sources : (Geras 1990) Cloutier, L. et Doyon, O. (coll.) (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Montréal : ERPI

COUCHE	ANATOMIE	PHYSIOLOGIE / FONCTION
Épiderme	Cinq couches cellulaires : 1. Cornée : formée de cellules mortes. 2. Claire : présente uniquement où la peau est plus épaisse (mains et pieds). 3. Granuleuse : délimite les couches profondes et les couches superficielles. 4. Épineuse : phase initiale de la kératinisation. 5. Basale : couche de cellules cylindriques.	• Principale structure protectrice du corps. • Un film externe, composé d'un pH acide, retarde la croissance bactérienne. • La kératine et les lipides conservent le niveau d'humidité. • À l'origine du renouvellement de l'épiderme. • Responsable de la couleur de la peau.
Membrane basale, jonction épidermodermique	Formée d'un réseau de crêtes et de sillons enchevêtrés.	Permet l'ancrage de l'épiderme et du derme.
Derme	• Constitué de tissu conjonctif, il contient des fibroblastes, des macrophages, des mastocytes et des lymphocytes. • Les fibroblastes synthétisent et sécrètent deux protéines : le collagène et l'élastine. • Structures majeures : - Vaisseaux sanguins et lymphatiques; - Glandes sudoripares et sébacées; - Terminaisons nerveuses; - Follicules pileux.	• Procure à la peau la résistance (collagène) et l'élasticité (élastine et réticuline). • Le collagène et l'élastine sont les cellules impliquées dans le processus de guérison d'une plaie. • Le sébum prévient la sécheresse de la peau.
Hypoderme (tissu sous-cutané)	• Formé de tissu conjonctif lâche et de tissu adipeux. • Isole; il est la réserve d'énergie. • Relie la peau aux tissus et organes sous-jacents.	• Assure une isolation thermique. • Protège les tissus sous-jacents et absorbe les chocs. • Abrite les nerfs, les vaisseaux lymphatiques et sanguins.

8.3 CLASSIFICATION

Au départ, toute plaie est aiguë. C'est lorsqu'elle stagne à l'une des phases du processus de cicatrisation ou qu'elle se détériore et régresse à une phase précédente du processus qu'elle devient une plaie chronique. Par conséquent, les plaies chroniques ne guérissent pas dans les délais habituels de cicatrisation. Plusieurs études cliniques ont démontré qu'une diminution de la surface de la plaie de 20 % à 40 % de sa taille initiale, dans les deux à quatre premières semaines, est un signe prédictif d'une guérison probable de la plaie.

PLAIE AIGÜE

Plaie qui se produit soudainement et qui est souvent due à un traumatisme ou à la chirurgie. Cela déclenche la coagulation du sang et un processus de réparation de la plaie jusqu'à sa fermeture dans les 2 à 4 semaines^{6, 7}.

Les plaies non chirurgicales aiguës

- Plaies traumatiques
- Déchirures cutanées
- Brûlures

PLAIE CHRONIQUE

Plaie qui ne progresse pas à travers un processus de réparation rapide et ordonnée, qui prend plus de 4 semaines pour guérir des blessures (vasculaires, entre autres) et les lésions de pression^{6, 7}.

Les plaies non chirurgicales chroniques

- Lésion de pression
- Ulcère artériel
- Ulcère du pied diabétique
- Ulcères veineux

PLAIE CHIRURGICALE (peut aussi être considérée comme une plaie aiguë)

Plaie qui guérit d'une manière ordonnée et attendue par la fermeture primaire ou secondaire. La fermeture primaire permet la guérison la plus rapide, mais elle peut être laissée ouverte pour retarder la fermeture primaire en présence d'une plaie infectée⁸.

6 Doughty & Sparks-DeFrise, 2012

7 Gray & Doughty, 2001

8 Whitney, 2012

8.4 CICATRISATION

La cicatrisation est le résultat d'un processus dynamique, composé de plusieurs événements physiologiques ordonnés qui se chevauchent dans le temps et l'espace, menant à la guérison d'une plaie. Elle évolue à partir des tissus profonds vers le haut et par la contraction de la plaie pour permettre le rapprochement de ses berges.

PHASES DU PROCESSUS DE CICATRISATION

Hémostase (dure quelques minutes)

S'amorce par la vasoconstriction des capillaires et la production de la fibrine par les plaquettes dans le but d'arrêter les pertes sanguines.

Phase inflammatoire (dure jusqu'à 4 jours après la lésion)

Entraîne un érythème qui provoque de l'œdème, de la chaleur et un exsudat ayant pour but de nettoyer la plaie, de retirer les débris, les tissus dévitalisés ou les microorganismes pathogènes (ex. : érythème, œdème, chaleur, douleur, exsudat plus ou moins abondant).

Phase de prolifération (du 8^e jour au 21^e jour après la lésion)

Active les cellules endothéliales qui ont pour but de combler la cavité créée par la lésion en restaurant les vaisseaux vasculaires et en formant de nouveaux tissus de granulation, de restauration de l'intégrité vasculaire (angiogenèse).

Phase de remodelage

S'échelonne sur un à deux ans afin d'atteindre une structure qui soit le plus près possible des cellules normales de la peau, recouvrement de la plaie par un nouvel épithélium.

Types de cicatrisation

CICATRISATION	TYPE DE PLAIE	GUÉRISON
Par première intention	Peu ou pas de perte tissulaire : Les bords de la plaie peuvent être réunis (suture, diachylon).	• Habituellement rapide • Cicatrice minime
Par seconde intention	Perte tissulaire importante : Les bords de la plaie ne peuvent être réunis.	Processus de guérison plus long : • Plaies chroniques; • Cicatrice large.
Par troisième intention	Œdème important ou infection qui empêche la fermeture de la plaie : Les bords de la plaie sont réunis lorsqu'il n'y a plus d'œdème ou d'infection.	Fermeture retardée avec suture

8.5 ÉTAT NUTRITIONNEL ET HYDRATATION

L'état nutritionnel et d'hydratation influence l'intégrité de la peau, les structures de soutien et le fonctionnement du système immunitaire. En effet, des apports alimentaires sous optimaux ainsi qu'une augmentation des pertes en nutriments causés par le suintement des plaies et la présence de facteurs de risque entraînent des pertes tissulaires. Ces pertes compromettent l'efficacité du système immunitaire et augmentent les risques d'infection. Le maintien d'un état nutritionnel optimal et d'une bonne hydratation contribue à prévenir l'apparition d'une plaie et à en favoriser la guérison.

La déshydratation

La déshydratation se définit comme étant un désordre hydroélectrolytique caractérisé par une diminution du volume d'eau corporel. La déshydratation peut survenir à la suite des pertes excessives d'eau dues aux brûlures, aux plaies très exsudatives, à la sudation excessive, aux troubles du système digestif et des fonctions rénales, à des apports insuffisants et aux changements physiologiques et fonctionnels associés au vieillissement. En général, les besoins hydriques quotidiens d'une personne se situent entre 1,5 l et 3,0 l. Il est recommandé d'assurer chaque jour un apport hydrique adéquat pour les personnes à risque ou ayant une plaie, soit un minimum de 1 ml / kilocalorie ingérée. Chez la personne âgée, il est conseillé de consommer au moins 1500 ml de liquide par jour. Ces recommandations doivent être ajustées en prenant en considération l'état de santé de la personne et la présence de restrictions liquidiennes prescrites, d'insuffisance cardiaque et rénale ou de traitements de dialyse. Des besoins additionnels pourraient s'avérer nécessaires pour compenser les pertes hydriques importantes (diarrhées, vomissements, fièvre, fistules, exsudats abondants) et si l'apport en protéines est élevé.

La malnutrition

La malnutrition désigne « une condition dans laquelle une carence nutritionnelle ou un excès ou un déséquilibre de l'énergie, des protéines et d'autres nutriments provoque des effets indésirables mesurables sur les tissus, la structure corporelle, les fonctions du corps et les résultats cliniques⁹ ». La malnutrition peut affecter toute personne, incluant les personnes obèses. Comme la malnutrition représente un risque accru de mortalité et de morbidité, il est recommandé de procéder au repérage des facteurs de risque associés à la malnutrition ou à un dépistage nutritionnel à l'aide d'un outil de dépistage validé et fiable.

Voici les principaux facteurs de risque de la malnutrition :

- Perte de poids involontaire de 5 % et plus en 1 mois ou de 10 % et plus en 6 mois;
- Anorexie, perte d'appétit;
- Obésité ou maigreur;
- Troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, constipation, malabsorption et autres;
- Difficulté de mastication et de déglutition;
- Altération du goût;
- Mauvaise santé dentaire et buccale;
- Effets secondaires de la médication;
- Troubles de santé mentale et cognitifs;
- Perte d'autonomie pouvant causer une difficulté ou une incapacité à s'alimenter;
- Accessibilité réduite à des aliments;
- État inflammatoire (maladie aiguë, traumatisme, sepsie, chirurgie, etc.);
- Maladies chroniques;
- Présence de plaies aiguës ou chroniques qui augmentent les besoins nutritionnels.

9 NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014.

De plus, des apports alimentaires diminués et insuffisants combinés à des besoins métaboliques accrus générés par la plaie et d'autres conditions associées peuvent entraîner des carences en nutriments considérés comme essentiels au processus de guérison, notamment les protéines, le zinc, le fer, les vitamines A, C et complexe B. Ces nutriments sont impliqués dans les 4 phases de la cicatrisation et jouent un rôle important pour renforcer le système immunitaire et diminuer les risques d'infection.

Tests diagnostiques et données biochimiques

Les tests diagnostiques et les données biochimiques s'inscrivent dans le cadre d'une évaluation complète de l'état de santé d'une personne et des comorbidités. Ces tests permettent de guider les interventions cliniques, de dépister et de surveiller des conditions qui peuvent retarder la guérison des plaies, notamment la malnutrition, le diabète, la déshydratation, l'anémie, l'hypothyroïdie et les carences nutritionnelles. L'interprétation des résultats est complexe en raison de plusieurs facteurs dont l'état inflammatoire engendré par la présence d'une plaie, la déshydratation, par d'autres pathologies rénales ou cardiaques qui peuvent modifier les résultats sans toutefois être en présence d'un état nutritionnel altéré. C'est le cas pour l'albumine qui ne peut être considérée comme un indicateur fiable de l'état nutritionnel et, en conséquence, ne fait plus partie des critères diagnostiques de la malnutrition. L'albumine est plutôt utilisée comme facteur pronostique de l'inflammation, de morbidité et de mortalité.

Il est suggéré que les tests diagnostiques suivants soient considérés dans l'évaluation de l'état de santé :

- Hémogramme complet (hémoglobine, hématocrite, numération des globules blancs, nombre de lymphocytes, distribution des globules rouges);
- Profil du fer (ferritine, fer sérique, saturation de la transferrine, capacité totale de fixation du fer);
- Marqueurs d'inflammation (protéine C-réactive, taux de sédimentation des érythrocytes);
- Facteurs endocriniens (glycémie à jeun et aléatoire, hémoglobine A1C, TSH);
- Albumine.

9

FACTEURS DE RISQUE POUVANT AFFECTER LA PEAU OU LA GUÉRISON D'UNE PLAIE

Plusieurs facteurs peuvent affecter l'intégrité de la peau ou la guérison d'une plaie. Ces facteurs doivent être pris en compte lors de l'évaluation de la personne.

FACTEURS DE RISQUE

Âge	Avec le vieillissement, la peau : • Devient plus mince, plus sèche, plus fragile et se renouvelle plus lentement; • Se défend et se protège moins bien contre les traumatismes, les infections, l'incontinence et les rayons ultraviolets; • Perd de sa résistance, de sa souplesse et de son élasticité; • Devient moins sensible aux stimuli et assume moins bien sa fonction de thermorégulation.
Malnutrition	Entraîne une altération des fonctions immunitaires des pertes tissulaires, retarde la guérison des plaies et augmente les risques septiques.
Déshydratation	Affecte l'élasticité et l'intégrité de la peau.
Stress, problèmes psychosociaux et dépression	• La tension psychologique, la douleur et le bruit peuvent induire un retard à la cicatrisation. • La peau a également une fonction esthétique et des lésions cutanées peuvent être source d'inconfort et de souffrance psychologique pour la personne.
Maladie concomitante	La probabilité d'altération du processus de cicatrisation est plus élevée lorsqu'une maladie chronique est associée.
Insuffisance veineuse	• L'hypertension veineuse provient de l'insuffisance valvulaire des veines perforantes qui favorise l'accumulation du sang dans les membres inférieurs. • L'insuffisance veineuse et l'œdème diminue l'apport d'oxygène et de nutriments, ce qui contribue à la formation d'ulcère.
Insuffisance artérielle	Le débit artériel est diminué à la suite d'une modification athérosclérose ou d'une obstruction. L'obstruction cause une ischémie grave entraînant la mort tissulaire.
Stress mécanique et traumatismes répétés	• La pression, la friction et le cisaillement affectent l'intégrité de la peau et peuvent retarder ou nuire à la cicatrisation en déformant les vaisseaux sanguins. • Les stress mécaniques et les traumatismes répétés peuvent être causés par un dispositif médical.
Traitements médicaux et pharmacologiques	La radiothérapie, la chimiothérapie et les corticostéroïdes peuvent diminuer la réponse inflammatoire qui est nécessaire au bon nettoyage de la plaie.



FACTEURS DE RISQUE (suite)

Humidité	• L'hypersudation, l'incontinence et l'humidité excessive au site de la plaie contribuent à la macération de la peau et diminuent sa résistance aux blessures. • L'humidité augmente le coefficient de friction, la perméabilité de la peau et la colonisation bactérienne. • L'incontinence multiplie par 5 le risque de développer une lésion.
Mobilité réduite	• La perte de mobilité peut avoir un impact sur de nombreux facteurs de risque de plaie, notamment les stress mécaniques associés aux stations assises ou couchées prolongées et aux difficultés de transferts. • La perte de mobilité peut aussi exacerber les troubles circulatoires.
État de conscience et perception sensorielle ou sensitive diminuées	Influence la réponse à un stimulus douloureux et la capacité de réagir pour obtenir un soulagement.
Altération du tonus musculaire	• La perturbation du tonus telle que la spasticité ou la paratonie peuvent amener l'apparition de contractures. • Les limitations articulaires et les tensions musculaires qui en résultent peuvent causer des plaies.
Mode de vie	• Les caractéristiques économiques, sociales ou culturelles peuvent avoir un impact sur les problèmes de peau ou de plaie. • La motivation, la compréhension et l'importance que la personne accorde à sa condition peuvent avoir un impact sur l'adhésion au plan de traitement. • La participation active de la personne à son plan d'intervention est primordiale.

9.1 FACTEURS INTRINSÈQUES

Plusieurs interventions simples et applicables par la personne sont susceptibles de prévenir l'apparition de plaies ou d'en favoriser la guérison. Chaque intervenant peut agir en tout temps de manière préventive ou dans un processus de cicatrisation.

FACTEUR DE RISQUE	STRATÉGIE D'INTERVENTION PARTAGÉE
Malnutrition	• Assurer un suivi de la variation du poids. • Vérifier et s'assurer que la personne s'alimente suffisamment. • Encourager la personne à consommer des aliments riches en énergie et en protéines aux repas et en collation (sauf s'il y a restriction alimentaire prescrite). • Repérer les situations à risque de malnutrition (dépression, problèmes de dysphagie, problèmes gastro-intestinaux, isolement, insécurité alimentaire, difficulté à s'alimenter et à préparer ses aliments, etc.).
Hydratation	• Encourager la personne à boire régulièrement (sauf s'il y a restriction liquidienne prescrite). • Assurer l'accès à de l'eau en tout temps (bouteilles d'eau, pichets d'eau au chevet et autres). • Repérer les signes et les symptômes de déshydratation (soif, lèvres sèches et bouche sèche, fatigue, irritabilité, mal de tête, étourdissement, évanouissement, urine foncée et avec forte odeur, etc.).
Habitudes de vie	Offrir de l'information et du soutien concernant les bonnes habitudes de vie, les moyens pour réduire le stress et, s'il y a lieu, l'arrêt tabagique.
Changement de position, mobilité et activité physique	Personne alitée ou confinée au fauteuil • Qui peut se tourner seule : - Recommander ou aider la personne à se tourner régulièrement (à toutes les heures); - Encourager la mobilité active des bras et des jambes pour favoriser la circulation. • Qui ne peut se mobiliser seule : Veiller à ce que la personne ait un changement de position minimalement toutes les 2 heures. • Qui peut changer de position seule : Recommander des transferts de poids toutes les 15 minutes en soulevant les fesses de son siège. • Qui peut déplacer ses membres (inférieurs ou supérieurs) : Encourager la mobilité active des bras et des jambes pour favoriser la circulation. Personne capable de marcher • En tout temps : Favoriser et stimuler la marche avec accessoire, orthèse ou souliers adaptés, au besoin. • En présence de claudication intermittente : Stimuler la mobilité en assurant des périodes de repos selon les besoins.

9.2 FACTEURS EXTRINSÈQUES

Définitions

Le positionnement et le choix des surfaces d'appui sont des interventions qui favorisent la prévention ou la cicatrisation. La pression, la perception sensorielle, l'humidité, la friction et le cisaillement peuvent contribuer à l'apparition ou à la guérison d'une lésion. Afin de mieux comprendre la nature du positionnement et des surfaces à préconiser, voici la définition de ces éléments.

FACTEURS DE RISQUE EXTRINSÈQUES

Pression	• La force appliquée de façon perpendiculaire aux couches cutanées. • La fermeture capillaire peut créer une cascade de conséquences : l'ischémie locale, la nutrition cellulaire compromise, l'accumulation de déchets métaboliques, la mort cellulaire, des lésions. Intensité de pression • La pression capillaire requise pour maintenir le flot sanguin dans les artérioles cutanées est d'environ 32 mm Hg. • Si la pression est supérieure à cette valeur, il y a un risque de plaie de pression. • Plus la pression est élevée, plus la plaie de pression apparaît rapidement. • Deux composantes sont à considérer : - une pression forte de courte durée; - une pression plus faible, mais de longue durée. Gradient de pression • La pression externe exercée sur les structures profondes est plus élevée que celle exercée à la surface de la peau. • La destruction des tissus profonds est beaucoup plus large que celle des tissus superficiels (pointe de l'iceberg).
Cisaillement	• La force mécanique qui agit parallèlement sur les couches de la peau et déforme les vaisseaux sanguins. • La gravité pousse le corps de la personne qui est dans une position semi-assise supérieure à 30 degrés vers le pied du lit. • La peau colle aux draps, le fascia superficiel attaché au derme résiste, alors que le squelette et les fascias profonds liés aux muscles se déplacent vers le bas dans la direction opposée.
Friction	• La force mécanique qui se manifeste lorsque deux surfaces bougent l'une sur l'autre parallèlement et créent une lésion (abrasion ou brûlure superficielle). • La friction s'ajoute au cisaillement lorsqu'on glisse au lieu de soulever.
Humidité	Le contact prolongé avec un milieu humide (incontinence urinaire, exsudat de la plaie, transpiration, etc.).
Perception sensorielle	La capacité de la personne à ressentir l'inconfort permet de réviser sa posture pour mieux répartir la pression ou reconnaître la douleur associée à la présence d'une plaie de pression.

POSITIONNEMENT

Un positionnement et une fréquence de changement de position adaptés à la condition de la personne peuvent prévenir l'apparition de plaies de pression.

Le positionnement optimal permet de :

- Répartir la pression et dégager les zones vulnérables;
- Réduire ou éliminer la friction et le cisaillement;
- Assurer un bon alignement corporel;
- Assurer le confort;
- Normaliser le tonus musculaire;
- Réduire la douleur.

Le tableau suivant regroupe les éléments clés pour orienter les interventions en lien avec le positionnement au lit et dans le fauteuil.

POSITIONNEMENT AU LIT

Facteurs à considérer	• La surface de contact, la distribution du poids, l'alignement postural. • La condition de la peau et la tolérance des tissus de la personne (ex. : greffe récente). • La condition de santé et les objectifs de traitement généraux (ex. : contre-indication à certaines positions en lien avec des troubles respiratoires). • Le confort (tolérance et fatigue liée à la position et à la pression, qualité du sommeil). • Le niveau d'activité et de mobilité de la personne. • Les habitudes de vie, particulièrement le temps passé et les activités réalisées au lit (ex. : soins et prise des repas au lit).
Changement de position (fréquence, méthode, etc.)	• Les changements de position doivent amener une réelle réduction ou redistribution de la pression et permettre une période de récupération suffisante (ex. : éviter d'augmenter la pression sur de petites surfaces telles que les talons). • De manière générale, un changement de position toutes les 2 heures est recommandé. • Lorsque les changements toutes les 2 heures sont insuffisants : - La fréquence devrait être personnalisée et établie selon la condition de la peau de la personne après l'observation des points de contact (validation du temps de récupération requis); - Une progression vers une surface d'appui mieux adaptée devrait être envisagée.
Positions à privilégier	• En décubitus dorsal ou en décubitus latéral : - En décubitus latéral, privilégier un angle de 30 degrés si la pression aux trochanters doit être évitée; - En décubitus dorsal, la tête et le pied de lit devraient être relevés à 30 degrés ou moins.



POSITIONNEMENT AU LIT (suite)

Points de vigilance

- Une inclinaison de plus de 30 degrés à la tête augmente le risque de cisaillement et de friction au lit. Il est préférable de relever le pied de lit en même temps ou avant la tête du lit pour éviter le glissement.
- Le cas échéant, s'assurer que la surface d'appui (matelas) est bien installée et en bonne condition (ex. : quantité d'air, qualité de la mousse, sens du matelas, etc.).
- Éviter d'induire de la friction ou du cisaillement de la peau lors des transferts et des changements de position (méthode de transfert, utilisation d'aide technique, toile de glissement, lève-personne et toile triangulaire, etc.).
- La présence de déformations ou de contractures peut affecter la répartition de la pression.

POSITIONNEMENT DANS LE FAUTEUIL

Facteurs à considérer

- La surface de contact, la distribution du poids, l'alignement postural.
- La condition de la peau et la tolérance des tissus de la personne (ex. : greffe récente).
- La condition de santé et les objectifs de traitement généraux (ex. : contre-indication à certaines positions en lien avec des troubles respiratoires).
- Le confort (tolérance et fatigue liée à la position et à la pression).
- Le niveau d'activité et de mobilité de la personne.

Positions à privilégier

- Pour une meilleure distribution du poids et de la pression :
 - Favoriser une grande surface de contact ou sous toute la longueur des cuisses;
 - Ajuster les appuie-pieds pour permettre un bon support aux cuisses et faciliter le repositionnement (éviter que les genoux soient plus hauts que le bassin).
- Pour éviter les points de pression et le glissement vers l'avant (ex. : bassin en bascule postérieure) :
 - Utiliser des éléments de positionnement pour maintenir le bassin droit et stable : favoriser la position neutre du bassin en tout temps;
 - Valider régulièrement la position du bassin par palpation;
 - S'assurer d'un support adéquat de la courbure lombaire.
- En cas de spasticité ou de contracture : favoriser un positionnement qui inhibe la spasticité, lorsque cela est possible et fonctionnel.
- Offrir un support adéquat au tronc pour assurer la stabilité lors des mouvements.

Points de vigilance

- Valider la pression et l'efficacité des relâchements de pression par palpation ou par système de capteurs de pression.
- S'assurer que l'assise n'est pas trop étroite pour éviter la pression aux grands trochanters.
- Le cas échéant, s'assurer que le coussin est bien installé et en bonne condition (ex. : quantité d'air, qualité de la mousse, sens du coussin, etc.).
- Le cas échéant, s'assurer que la toile de lève-personne ne cause pas ou le moins possible de cisaillement sur la plaie.
- Éviter les fauteuils inclinables (ex. : *La-Z-Boy*, autosouleveur), car ils augmentent la friction et le cisaillement et ils sont à éviter dans un contexte de plaies.

SURFACES D'APPUI

Le choix d'une surface thérapeutique est un processus de décision complexe dans lequel le jugement clinique du professionnel et l'analyse des différents facteurs en cause sont essentiels.

La surface choisie doit :

- Dégager les zones vulnérables;
- Permettre une immersion sans résistance;
- S'adapter aux proéminences osseuses;
- Éviter de s'enfoncer complètement *bottom out*;
- S'adapter au poids de la personne;
- Augmenter le confort;
- Favoriser un bon alignement corporel;
- Diminuer le cisaillement causé par les mouvements de la personne;
- Limiter l'humidité;
- Corriger les déformations et s'adapter aux contractures.

Afin que la surface thérapeutique en place soit la plus efficace possible, il faut :

- Limiter le nombre de couches entre la personne et la surface;
- Limiter l'épaisseur des piqués et alèses;
- Idéalement, retirer la toile de transfert après les transferts. Si cela est impossible, s'assurer que la toile ne plisse pas et que les coutures ne créent pas une pression vis-à-vis les proéminences osseuses.

Le tableau suivant présente différentes propriétés des matériaux liées aux surfaces d'appui. La compréhension de ceux-ci favorise la sélection d'une surface appropriée à la situation de la personne.

Propriétés des matériaux

PROPRIÉTÉ	DÉFINITION	INDICATEUR CLINIQUE
Densité	• Poids d'un cube de mousse. • Se mesure en kg/m³ ou lb/pi³.	Plus la densité de la mousse est élevée, meilleurs sont la qualité, la durabilité et le support.
Fermeté	• Réfère à la compression, soit le poids requis pour affaisser une mousse de 25 % de sa hauteur. • Se mesure par l'indice de compression en livres (lb).	Plus l'indice de compression est élevé, plus la mousse est ferme.
Enveloppement	Capacité d'une surface à épouser les formes du corps.	• L'enveloppement et l'immersion favorisent une redistribution optimale de la pression. • Toutefois, une immersion trop importante peut nuire à la mobilité.
Immersion	Profondeur de pénétration dans la surface d'appui.	

Les effets de la surface choisie sur la mobilité et les transferts doivent aussi être pris en considération, notamment :

- La technique de transfert utilisée;
- La hauteur de la surface;
- La stabilité de la surface;
- Le risque de chutes et de piégeage au lit.

Voir
Annexe
3

10 DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE

La présence d'une plaie ou son absence d'évolution font partie des indices de maltraitance d'une personne vulnérable. Tous les intervenants doivent s'assurer de connaître les indices de maltraitance, les déceler et mettre en commun les observations pour l'analyse des éléments cliniques. Selon leur champ de pratique, ils doivent vérifier et documenter les aspects suivants :

- Une lésion dont il est difficile d'expliquer l'apparition par la condition de santé de la personne;
- Les explications données sur les causes sont évasives ou formulées sur un mode défensif;
- Le même genre de lésion revient régulièrement;
- La lésion semble s'expliquer par un manque de soins de base, voire de la négligence;
- Des stratégies favorables à la guérison ne sont pas mises en place ou sont remises en question par l'aidant;
- La relation de la personne âgée avec le proche aidant : leurs interactions, leurs échanges verbaux;
- Le comportement et les attitudes des proches : leur compréhension de la condition physique de la personne âgée, de la maladie, etc.;
- Le respect des consignes médicales par les proches.

Il existe deux formes de maltraitance :

- **Violence** : malmener une personne vulnérable ou la faire agir contre sa volonté, par l'usage de la force et de l'intimidation;
- **Négligence** : ne pas se soucier de la personne vulnérable, notamment par une absence d'action appropriée.

En ce qui concerne la négligence, il faut faire une distinction entre deux types de négligence :

- Négligence intentionnelle : la personne maltraitante veut causer du tort à la personne;
- Négligence non intentionnelle : la personne maltraitante ne veut pas causer du tort ou ne comprend pas le tort qu'elle cause.

Pour distinguer s'il s'agit de maltraitance intentionnelle ou non, nous devons chercher à comprendre l'intention de l'agresseur potentiel :

- Est-ce qu'il est en mesure de comprendre les recommandations faites (atteintes cognitives, intelligence limitée, barrière de la langue, etc.) ?
- Est-il en mesure de nous expliquer dans ses mots la nature du problème rencontré ?
- Est-ce qu'il collabore ou remet en question les recommandations ?
- Est-ce qu'il semble lui-même avoir besoin de soins ?

Il s'agit de dossiers souvent complexes, le temps d'analyse est important pour une intervention efficace. L'intervenant doit en discuter avec les membres de l'équipe impliqués dans le dossier et un travailleur social ou un technicien en travail social afin de déterminer le niveau de dangerosité, les stratégies et les évaluations à mettre en place.

11 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

11.1 Prévention et contrôle des infections lors des soins de plaies

La prévention et le contrôle des infections (PCI) nosocomiales visent à éviter la transmission de microorganismes liée à la prestation des soins offerts par les établissements de santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés. De manière plus précise, les bonnes pratiques en PCI lors des soins de plaies permettent de prévenir les complications et améliorent la qualité de vie des personnes. Elles s'actualisent, d'une part, par l'application des pratiques de base, d'autre part, par l'application d'une technique adéquate en fonction du type de plaie.

Les professionnels et les travailleurs exerçant dans le domaine de la santé ont la responsabilité de prendre tous les moyens requis pour prévenir les infections évitables liées à la prestation de soins et d'assurer des soins sécuritaires aux personnes.

11.2 Pratiques de base (PCI)

Les pratiques de base reposent sur le principe selon lequel toutes les personnes sont potentiellement infectieuses, même si elles sont asymptomatiques.

Les pratiques de base dans les soins de plaies doivent être appliquées en tout temps. Elles comprennent, entre autres, l'hygiène des mains, le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) et la protection de l'environnement.

Guide de standards de bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections (PCI) :

http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Proc%C3%A9dures%20et%20recommandations%20cliniques/Standards%20des%20bonnes%20pratiques%20en%20PCI_2018-01-31.pdf

HYGIÈNE DES MAINS

L'hygiène des mains est le moyen le plus simple et le plus efficace pour prévenir la transmission des infections. Elle a pour objectif de réduire le nombre de microorganismes sur les mains et le risque de transmission d'une infection.

Le choix des produits

L'hygiène des mains à l'aide d'une solution hydroalcoolique (SHA) est efficace et doit être privilégiée sauf dans les situations suivantes :

- Lorsque les mains sont visiblement souillées;
- Lorsqu'une contamination d'une personne ou d'un environnement par des pathogènes générant des spores est suspectée (ex. : *Clostridium difficile*).

Lors de ces deux situations, il est essentiel de pratiquer l'hygiène des mains à l'eau et au savon. L'action mécanique de la friction et du rinçage aide à déloger les souillures et les spores.

Avant un soin de plaie aseptique, l'hygiène des mains doit être pratiquée avec l'eau et le savon antiseptique.

Les 4 moments pour l'hygiène des mains :

1. Avant tout contact avec une personne ou son environnement.
2. Avant une procédure aseptique.
3. Après un risque de contact avec des liquides biologiques ou lors du retrait des gants.
4. Après tout contact avec une personne ou son environnement.

Tout le personnel est concerné par l'hygiène des mains afin de briser la chaîne de transmission des infections.

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (ÉPI)

L'ÉPI sert de barrière pour prévenir une exposition à des microorganismes. Il s'agit des gants, de la blouse à manches longues, du masque et de la protection oculaire. Il est important de respecter la technique de mise et de retrait de l'ÉPI afin de prévenir la contamination.

GANTS

Indications

- Lors d'un risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions, des excréctions, des muqueuses ou de la peau non intacte;
- Lors de toute manipulation d'objets piquants ou tranchants.

Recommandations

- Mettre les gants le plus près possible du soin de plaie;
- Pratiquer l'hygiène des mains après le retrait des gants;
- Changer de gants après avoir retiré un pansement souillé;
- Changer de gants entre chaque soin lorsque les plaies sont recouvertes par des pansements distincts;
- Retirer les gants avant de reprendre du matériel propre;
- Retirer les gants avant de quitter la « zone client ».

BLOUSE (imperméable)

Indication

Lors d'un risque de contact avec du sang, des liquides biologiques ou lorsque le risque d'éclaboussures est anticipé.

Recommandations

- Retirer la blouse et en disposer avant de quitter la « zone client »;
- Le port du sarrau n'équivaut pas au port de la blouse.

MASQUE

Indications

- Lors d'un risque d'éclaboussures de sang, de liquides biologiques, de sécrétions ou d'excréments;
- Lorsqu'un intervenant ou toute autre personne présente des symptômes d'infection des voies respiratoires.

Recommandations

- Positionner le masque afin qu'il couvre entièrement le nez et la bouche;
- Éviter de repositionner ou de toucher le masque;
- Jeter le masque à l'endroit où s'effectuent les soins de plaies.

PROTECTION OCULAIRE

Indication

Lors d'un risque d'éclaboussures de sang, de liquides biologiques, de sécrétions ou d'excréments.

Recommandations

- Jeter la protection oculaire à usage unique après l'utilisation, nettoyer ou désinfecter après chaque utilisation selon la procédure de l'établissement;
- Les lunettes personnelles ne sont pas considérées comme une protection.

En cas d'exposition aux sangs ou à des liquides biologiques vous devez vous référer au *Protocole pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés au sang ou à des liquides biologiques* pour l'évaluation de l'exposition.

http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Proc%C3%A9dures,%20protocoles%20et%20recommandations%20cliniques/CIUSSSCN-DRHC-GIPT-PRO-001_prise_charge_travailleur_expose.pdf

PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

Le risque d'infection d'une plaie dépend également de l'environnement de la personne. La protection de l'environnement comprend, entre autres, le nettoyage et la désinfection de l'équipement et des instruments requis pour les soins de plaies.

Nettoyage et désinfection de l'équipement utilisé pour les soins de plaies

L'équipement de soins inclut tout article, appareil ou instrument pouvant être utilisé pour l'administration des soins aux personnes tel que les ciseaux, les pinces, les stylets, les surfaces et les appareils. Ces derniers peuvent être à usage unique ou réutilisables. Les équipements de soins constituent l'une des principales sources d'infections nosocomiales.

Le matériel à usage unique est conçu pour être utilisé une seule fois. Il doit donc être jeté après usage, selon la procédure en vigueur dans l'établissement.

Le matériel réutilisable, qui est utilisé lors des soins de plaies, se divise en deux catégories : non critique et critique.

Le matériel non critique entre en contact avec l'environnement de la personne ou touche la peau intacte de la personne, mais non les muqueuses. Il s'agit par exemple des ciseaux à pansement, des surfaces et des électrodes. La réutilisation du matériel non critique nécessite un nettoyage ou une désinfection entre chaque personne, selon la procédure en vigueur dans l'établissement.

Le matériel critique entre en contact avec le sang ou des tissus habituellement stériles. La réutilisation du matériel critique nécessite un processus de stérilisation. Il s'agit par exemple des pinces, des stylets et des ciseaux. Il faut assurer le prénettoyage de tout matériel souillé ou contaminé le plus rapidement possible, qu'il y ait présence ou non de matière organique visible. Il doit être acheminé à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) selon la procédure de l'établissement.

Recommandations spécifiques lors des soins de plaies à domicile

Afin de réduire le risque de transmission de microorganismes pathogènes, certaines particularités doivent être appliquées lors des soins de plaies à domicile. De manière plus précise, dans un contexte de soins à domicile, il faut :

- Laisser les effets personnels à l'entrée du domicile;
- Apporter seulement le matériel requis pour les soins;
- Éviter l'accumulation de matériel au domicile de la personne;
- Privilégier le matériel à usage unique et les contenants unidoses;
- Ne rapporter aucun matériel non utilisé du domicile de la personne;
- Rapporter tout équipement ou matériel souillé réutilisable à l'utilité souillée de l'établissement, dans un contenant ou dans un sac de plastique hermétiquement fermé.

12 DÉMARCHE DE SOINS ET SERVICES PAR DISCIPLINE

Les données recueillies permettent aux cliniciens de communiquer clairement, d'établir des buts, de formuler le plan de soins, d'assurer un meilleur suivi et de prodiguer des soins plus efficaces.

La section 8 *Rappel théorique* présente plus largement les concepts cliniques qui sous-tendent la démarche de soins par discipline.

Démarche systématique interprofessionnelle

1. Collecte de données : recueillir les données subjectives et objectives.
2. Analyse de données : analyser les données obtenues et en faire une synthèse. Établir des constats ou des hypothèses cliniques.
3. Planification : déterminer le plan de traitement et établir les priorités en collaboration avec la personne et ses proches dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.
4. Intervention : procéder aux interventions (l'ensemble des soins et des traitements) dans un délai approprié.
5. Évaluation : procéder de façon continue à l'évaluation des résultats obtenus et mesurer l'atteinte des objectifs.

OBJECTIFS D'INTERVENTIONS AUPRÈS DE L'USAGER ET DE SES PROCHES

Objectif 1	Traiter les causes sous-jacentes selon le type de plaie : • Préciser les facteurs extrinsèques en cause et intervenir; • Préciser les facteurs intrinsèques en cause et intervenir.
Objectif 2	Maintenir et améliorer l'état nutritionnel et l'hydratation.
Objectif 3	Traiter la plaie et prévenir les complications.
Objectif 4	Maintenir l'intégrité de la peau.
Objectif 5	Soulager la douleur.
Objectif 6	Favoriser la mobilité.
Objectif 7	Accompagner l'usager et ses proches, dans le processus de guérison : Procéder à l'enseignement.

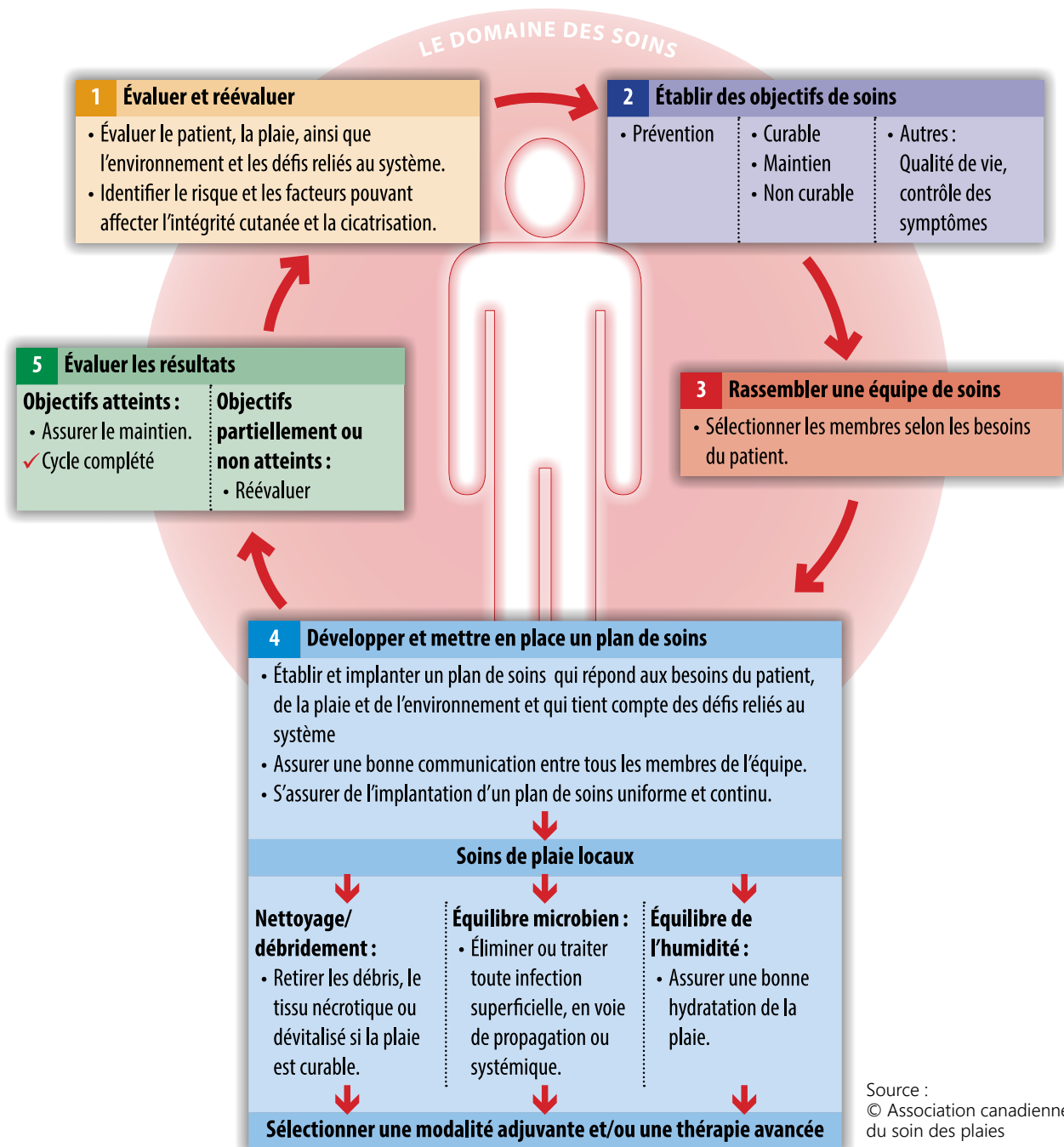
12.1 DÉMARCHE CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

L'infirmière procède d'abord à l'**anamnèse** en recueillant toute l'information requise à l'évaluation de la personne dans sa globalité afin de déterminer notamment le type de plaie, son étiologie et son potentiel de guérison. Il est primordial de connaître le ou les diagnostics principaux notés au dossier en lien avec la plaie. Par la suite, elle procède à l'**examen physique** selon l'analyse effectuée et elle procède à l'évaluation de la plaie. Les **constats et directives** au PTI qui en découlent permettent la mise en place d'**interventions et une surveillance clinique** de la personne. Cette évaluation permet d'élaborer le **plan de traitement de la plaie**, soit palliatif, curatif ou préventif.

Chaque plaie exige une évaluation exhaustive des divers facteurs relatifs à la personne, à son environnement et aux facteurs associés au type de plaie. De plus, il est essentiel de tenir compte des préoccupations de la personne dans le but d'améliorer l'adhésion au plan de traitement.

Cycle de gestion des soins de plaie

Évaluer et réévaluer ▶ Établir des objectifs de soins ▶ Rassembler une équipe de soins
▶ Développer et mettre en place un plan de soins ▶ Évaluer les résultats



À toutes les étapes de l'évaluation,
la référence de la personne soignée vers un autre professionnel peut être effectuée.

Évaluation de la plaie

DONNÉES À RECUEILLIR DANS L'ÉVALUATION DE LA PLAIE

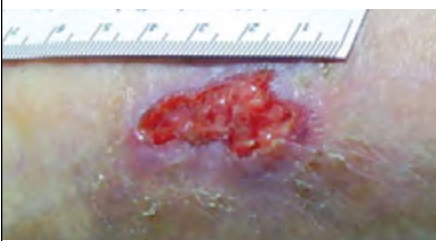
Classification	Identifier le type de plaie ainsi que le stade pour les lésions de pression.
Site	Identifier le site anatomique.
Dimension	Mesurer la plaie (en cm) au moins une fois par semaine et chaque fois qu'il y a détérioration : • Longueur : mesure la plus longue de la plaie; • Largeur : mesure perpendiculaire à la longueur de la plaie; • Profondeur : distance du fond à la surface de la plaie; • Sillon : distance et indication de la direction par rapport à l'aiguille d'une montre.
Sinus	Espace en forme de tunnel étroit situé dans la plaie et présentant de l'exsudat.
Espace sous-jacent	Zone large de destruction tissulaire sous les bords d'une plaie.
Lit de la plaie (voir p. 46)	Attribuer un pourcentage total de 100 % et le distribuer le plus justement possible par type de tissu dans la plaie. Identifier le type de tissu dans le lit de la plaie et préciser l'apparence : • Tissus épithéliaux; • Tissus sains; • Tissus de granulation; • Nécrose sèche; • Nécrose humide; • Tissus fibrineux; • Hypergranulation; • Muscle; • Tendon; • Os; • Hyperkératose; • Callosité.
Pourtour cutané	Évalué jusqu'à 4 cm au pourtour de la plaie. I : Intact M : Macéré R : Rosé B : Bleuté IN : Induré
Bords de la plaie (voir p. 48)	Indiquent la progression de la lésion ou de la cicatrisation et donnent un indice des forces mécaniques qui agissent sur l'évolution de la cicatrisation : • Diffus • Attachés • Non attachés • Roulés • Fibrosés
Exsudat	• Sanguin : liquide clair de couleur rouge; • Sérosanguin : liquide clair, variant du rose au rouge pâle; • Séreux : liquide clair; • Purulent : liquide clair ou épais, variant du beige au jaune parfois verdâtre.
Quantité	• Nul, faible, modéré, abondant; • Identifier le pourcentage de saturation du pansement selon chacun des pansements primaire et secondaire (de 0 % à 100 %).
Odeur	Doit être évaluée après le nettoyage : A : absence d'odeur dans la plaie; M : odeur modérée à forte dans la pièce; L : légère odeur près du pansement; F : odeur forte perceptible à l'extérieur de la pièce.
Signes d'infection (voir p. 48)	• Température; • Rougeur; • Chaleur; • Œdème; • Douleur; • Exsudat purulent.
Culture	Effectuer la culture en présence de signes cliniques locaux d'infection après le nettoyage de la plaie.
Douleur	Utiliser l'échelle de douleur adaptée à la personne.

Évaluation du lit de la plaie

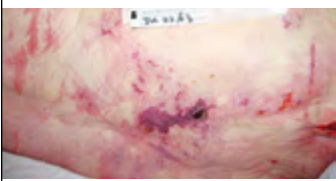
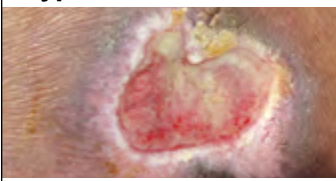
CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION	SIGNIFICATION CLINIQUE
Tissus nécrotiques secs 	Croûte noire ou brunâtre de texture cuirassée qui recouvre la plaie.	Indique une perte tissulaire qui touche les 3 couches cutanées (profondeur totale).
Tissus nécrotiques humides 	Débris jaunes ou grisâtres, humides, de texture filamenteuse, attachés lâchement dans le lit de la plaie.	Indique que le tissu nécrotique se détache des bords et de la base de la plaie par l'autolyse ou par l'action de substances ou de pansements qui favorisent le débridement.
Tissus fibrineux 	Dépôt de nécrose humide de coloration jaunâtre adhérent au lit de la plaie.	Signale un manque d'humidité à la base de la plaie, ce qui favorise l'accumulation de ce tissu.
Structures profondes exposées 	Tendon : tissu blanc grisâtre, nacré, filamenteux, très résistant, qui relie un muscle à un os.	Signifie une atteinte des structures profondes et un risque de dessèchement et de nécrose du tendon.
	Muscle : tissu composé de fibres rouge vif, recouvert du fascia.	Peut indiquer une congestion ou une ischémie lorsque la coloration est plus prononcée.
	Os : tissu blanc jaunâtre, très dur au toucher.	Constitue un risque important d'ostéomyélite lorsque le tissu osseux est exposé dans le lit de la plaie.



Évaluation du lit de la plaie (suite)

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION	SIGNIFICATION CLINIQUE
Tissus sains 	Tissu de couleur rouge vif et luisant.	Indique la présence de tissu rosé ou rouge, humide; il n'y a pas de tissu de granulation, de nécrose humide ou d'escarre.
Tissus de granulation 	Tissu de couleur rouge vif, luisant et d'apparence granuleuse.	Indique la présence de tissu de granulation sain en plus d'être un signe d'angiogenèse active.
Hypergranulation 	Tissu rouge framboisé surélevé par rapport au niveau de la plaie.	Phénomène qui arrête la cicatrisation en empêchant la fermeture de la plaie; la couche épithéliale n'arrive pas à atteindre la couche supérieure du tissu de granulation et à migrer à sa surface.
Tissus épithéliaux 	Tissu de teinte rosée ou lavande, sec, luisant et d'apparence nacréée, très fragile. Îlots de cellules épithéliales au centre de la plaie.	Indique que la migration des cellules épithéliales progresse ou que le processus de cicatrisation est achevé et la plaie fermée. Signale la présence de cellules épithéliales vivantes le long des follicules pileux et des autres annexes de la peau.

Évaluation des bords de la plaie

CARACTÉRISTIQUE	DESCRIPTION	SIGNIFICATION CLINIQUE
Diffus 	Bords de plaie dont la forme irrégulière rend difficile la délimitation précise de la lésion.	Révèlent que le dommage tissulaire se définit graduellement : les tissus viables et non viables ne peuvent être discernés clairement au début de la lésion.
Attachés 	Contour de la plaie plat et régulier avec une bordure de tissus épithéliaux.	Démontre que le contact direct du tissu de granulation avec la peau environnante favorise la migration plus rapide du tissu épithélial. Ce type de bord de plaie est souhaité.
Non attachés 	Espace entre la marge du tissu de granulation, au fond du lit de la plaie, et la bordure épithéliale.	Indique la présence d'espaces sous-jacents. Sont fréquents dans les plaies chirurgicales, plaies de pression profondes et dans les plaies où les forces de cisaillement ont contribué à leur développement.
Roulés 	Tissu épithélial en périphérie de la plaie qui s'enroule sur le bord jusqu'à la base et se fixe en profondeur.	Signifie que le niveau d'humidité en surface est insuffisant et que les cellules épithéliales migrent des bords vers le lit de la plaie. Phénomène qui retarde la cicatrisation, car il n'existe plus de signaux pour poursuivre l'épithélialisation : la plaie demeure ouverte jusqu'à ce que cette zone soit excisée pour redémarrer la cicatrisation. Généralement observés dans les plaies chroniques.
Hyperkératose 	Peau blanche, épaisse, irrégulière et crevassée.	Indique la présence constante d'un surplus d'humidité. Est un signe d'hydratation exagérée de la kératine.
Callosités 	Anneau calleux d'épaisseur et de dureté variables au pourtour de la plaie et souvent détaché de la marge du tissu de granulation.	Confirme la présence de points de pression accrus liés à la morphologie du pied ou aux difformités en raison de diverses pathologies. Se trouve typiquement au pourtour des ulcères plantaires neuropathiques.
Fibrosés 	Bords indurés à cause de la présence d'un tissu rigide et peu élastique.	Indiquent une hyperplasie du tissu conjonctif avec prolifération de fibroblastes. Tissu cicatriciel fragile qui peut s'endommager au moindre traumatisme mécanique (pression, friction ou cisaillement).

Signes et symptômes d'infection

SIGNES ET SYMPTÔMES ASSOCIÉS AUX STADES DU CONTINUUM D'UNE INFECTION DE PLAIE

Contamination	Toutes les plaies peuvent acquérir des microorganismes. En l'absence de conditions nutritives et physiques adéquates pour chaque espèce microbienne, elles ne se multiplieront pas ou ne persisteront pas. Leur présence est transitoire et la cicatrisation n'est pas retardée.		Vigilance requise	Pas d'indication pour l'usage de produits antimicrobiens
Colonisation	Les espèces microbiennes : • Réussissent à croître et à se diviser; • Ne causent pas de dommage à l'hôte; • Ne déclenchent pas d'infection.			
Infection locale	Signes subtils d'infection locale : • Hypergranulation; • Granulation qui saigne ou friable; • Pont épithélial et pochette dans le tissu de granulation; • Augmentation de la taille de la plaie; • Retard dans la cicatrisation; • Douleur nouvelle ou augmentée; • Odeur augmentée. Signes classiques d'infection locale : • Érythème; • Chaleur locale; • Œdème; • Écoulement purulent; • Retard dans la cicatrisation; • Douleur nouvelle ou augmentée; • Odeur augmentée.	Biofilm* voir note à la page suivante	Intervention requise	Antimicrobien topique
Infection en progression	• Durée prolongée avec plus ou moins d'érythème; • Lymphangite; • Crépitation; • Détérioration de la plaie; • Déhiscence avec ou sans lésions satellites; • Malaise, léthargie ou détérioration générale non spécifique; • Perte d'appétit; • Inflammation, enflure des ganglions lymphatiques.	Biofilm* voir note à la page suivante	Intervention requise	Antimicrobien systémique et topique
Infection systémique	• Sepsie grave; • Choc septique; • Défaillance des organes; • Mort.			

Source : St-Cyr. Diane, Martineau. *Luce, L'ulcère du pied diabétique. Partie 2, Le soigner de manière optimale*, mars-avril 2017, vol. 14, n° 2, p. 38-46 INTERNATIONAL CONSENSUS UPDATE 2016 | WOUND INFECTION IN CLINICAL PRACTICE

* Le biofilm est une communauté multicellulaire de microorganismes (bactéries, champignons, algues ou protozoaires), qui adhèrent entre eux et à une surface. Le biofilm protège les bactéries et leur permet de survivre dans des conditions environnementales hostiles. Les bactéries du biofilm peuvent résister à la réponse immunitaire de l'hôte et sont beaucoup plus résistantes aux antibiotiques et aux désinfectants. Les biofilms sont difficiles à traiter et à éradiquer. Des auteurs proposent que le biofilm puisse être présent dans toutes les plaies chroniques.

Situations cliniques nécessitant une évaluation systématique de la plaie pour toute personne admise ou inscrite :

- Après un débridement de la plaie;
- Lorsque la plaie présente des signes de détérioration;
- Lorsque l'exsudat devient plus abondant, malodorant ou purulent;
- Après un changement de traitement.

L'infirmière doit minimalement évaluer la plaie une fois par semaine et consigner ses observations dans le dossier.

OBJECTIFS DE SOINS DE PLAIES LOCAUX

☐ Prévenir et traiter l'infection ☐ Débrider la plaie ☐ Maintenir un milieu humide contrôlé au lit de la plaie ☐ Prévenir un traumatisme de la plaie ou de la peau environnante	☐ Maintenir une température constante ☐ Contrôler l'exsudat ☐ Comblir l'espace mort ☐ Favoriser la granulation ☐ Favoriser la réépithélialisation	☐ Diminuer la fréquence des changements de pansements ☐ Éliminer ou réduire la douleur ☐ Contrôler l'odeur ☐ Réduire l'œdème ☐ Autre
--	--	---

Collaboration de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire

	INFIRMIÈRE	INFIRMIÈRE AUXILIAIRE
	Évaluer une lésion cutanée et déterminer le plan de traitement de la plaie.	Contribuer à l'évaluation d'une lésion cutanée et appliquer le plan de traitement de la plaie.
RESPONSABILITÉ	L'infirmière évalue : • Le risque de lésion de pression avec l'échelle de Braden; • La plaie lors de son apparition; • La condition physique et mentale de la personne.	L'infirmière auxiliaire observe : • Les changements tégumentaires de la personne; • Les caractéristiques de la plaie : - Les dimensions; - La peau environnante; - L'écoulement.
	L'infirmière détermine : • Le plan de traitement de la plaie à effectuer : - Le type de pansement; - Le type de produit nettoyant; - Le fréquence des changements de pansement; - Le fréquence d'évaluation de la plaie.	L'infirmière auxiliaire applique : • Le plan de traitement de la plaie : - Effectue le changement de pansement; - Utilise le type de produit nettoyant au PTI; - Applique le type de pansement au PTI.
	L'infirmière surveille : • L'évolution de la plaie (à la suite de ses observations et de celles de l'infirmière auxiliaire); • L'efficacité du plan de traitement de la plaie; • Les changements dans la condition de santé de la personne.	L'infirmière auxiliaire communique : • Ses observations à l'infirmière; • Ses suggestions en lien avec le PTI et la plaie; • Ses impressions par rapport à l'évolution de la plaie.
	L'infirmière documente l'évaluation initiale : • Les observations effectuées; • L'efficacité du plan de traitement de la plaie; • Les changements effectués au plan de traitement de plaie; • Les constats d'évaluation et les directives infirmières au PTI.	L'infirmière auxiliaire enregistre le changement de pansement : • Les observations effectuées concernant les caractéristiques de la plaie; • Les observations rapportées à l'infirmière.

12.2 DÉMARCHE CLINIQUE DE LA NUTRITIONNISTE

À partir des données de l'évaluation de l'infirmière, la nutritionniste complète sa collecte de données pour effectuer l'analyse de l'état nutritionnel et déterminer le plan de traitement.

Évaluation	• Mesurer et évaluer les paramètres anthropométriques et biochimiques pertinents. • Déterminer l'état nutritionnel de la personne, le risque et la présence de dénutrition, les signes physiques et les symptômes de carence en nutriments. • Considérer le type de plaie, le stade, la phase de guérison, la présence ou non d'exsudat. • Évaluer l'état d'hydratation et les apports hydriques. • Évaluer les apports alimentaires et les besoins en nutriments. • Identifier les facteurs de risque susceptibles d'influencer les apports nutritionnels et hydriques. • Identifier les médicaments pouvant entrer en interaction avec certains nutriments. • Considérer les éléments psychosociaux et environnementaux et les habitudes de vie de la personne. • Déterminer la voie d'alimentation, les risques et les bénéfices associés. • Déterminer le diagnostic nutritionnel en fonction du processus de soins en nutrition.
Objectif	• Intervenir sur les facteurs de risque et les causes nutritionnelles nuisant à la guérison des plaies. • Ajuster les apports protéino-énergétiques. • Assurer des apports hydriques adéquats. • Comblar les carences en micronutriments. • Optimiser le contrôle de la glycémie, si nécessaire.
Plan d'intervention	• Adapter l'enseignement et les stratégies d'intervention en fonction des besoins de la personne, de ses capacités et limites cognitives, sociales, physiques, environnementales et financières. • Déterminer des moyens qui faciliteront la capacité à s'alimenter de la personne (préparer les repas, se procurer les aliments, utiliser les ressources communautaires disponibles dans le milieu, etc.). • Réaliser un enseignement approprié et adapté à la personne et à ses proches, ainsi qu'aux professionnels impliqués, tout en favorisant l'adhésion au plan de traitement par l'ensemble des personnes touchées. • Lorsque cela est requis, orienter la personne dans la sélection d'une supplémentation en tenant compte de ses préférences et des ressources disponibles. • Surveiller l'état nutritionnel et l'évolution de la plaie et réajuster le plan.

ÉVALUATION DES BESOINS NUTRITIONNELS ET RECOMMANDATIONS

Le *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) a émis des recommandations sur l'approche et l'évaluation des besoins nutritionnels en prévention du développement d'une lésion de pression et pour favoriser la guérison d'une plaie. L'application de ces recommandations peut être ajustée et individualisée selon les objectifs du plan de traitement nutritionnel, les comorbidités, la tolérance et l'acceptation de l'intervention nutritionnelle. Les besoins nutritionnels devraient être réévalués périodiquement et plus particulièrement lorsqu'il y a un changement dans l'état de santé de la personne.

ÉVALUATION DES BESOINS EN ÉNERGIE

Recommandation quotidienne

- Fournir de 30 à 35 kcal par kg de poids corporel pour un adulte :
 - À risque de développer une plaie de pression et à risque de malnutrition;
 - Avec une plaie et à risque de malnutrition.
- Fournir de 35 à 40 kcal par kg de poids corporel pour un adulte :
 - En situation catabolique;
 - En dénutrition confirmée;
 - En perte de poids significative et involontaire.

Considération clinique

- Individualiser les apports en énergie en tenant compte de la condition médicale et du niveau d'activité.
- Ajuster les besoins en énergie en présence de maigreur, d'obésité, de perte de poids significative et non intentionnelle, de maladie inflammatoire en phase aiguë, de dénutrition, de blessure médullaire.
- Un apport adéquat en énergie sous forme de glucides et de lipides est essentiel pour assurer l'utilisation optimale des protéines pour la cicatrisation, et non comme source d'énergie.
- L'hyperalimentation et la surcharge pourraient conduire à des hyperglycémies, l'immunosuppression ou l'hyperventilation, ce qui pourrait nuire à la guérison des plaies.
- Une libéralisation de la diète devrait être considérée, si les restrictions alimentaires entraînent une baisse de la prise alimentaire et liquidienne;
- Offrir des aliments enrichis ou un supplément oral riche en calories et protéines entre les repas, si les besoins ne peuvent être comblés par les apports alimentaires.

ÉVALUATION DES BESOINS EN PROTÉINES

Recommandation quotidienne

- Fournir de 1,25 à 1,5 g de protéines par kg de poids corporel pour un adulte :
 - À risque de développer une plaie de pression et à risque de malnutrition;
 - Avec une plaie et à risque de malnutrition.
- Fournir de 1,5 à 2 g de protéines par kg de poids corporel pour un adulte :
 - Avec lésion de pression et catabolisme sévère;
 - Avec plusieurs lésions de pression;
 - Avec lésions de pression de stade 3 et 4.

Considération clinique

- Vérifier les fonctions rénales et hépatiques afin de bien évaluer si des apports élevés sont appropriés.
- Assurer une hydratation optimale, car un apport élevé en protéines peut contribuer à la déshydratation particulièrement chez la personne âgée.
- Les pertes en azote résultant de l'exsudat des plaies peuvent augmenter les besoins en protéines.
- Considérer l'utilisation d'un supplément riche en calories et en protéines en plus de l'alimentation normale chez les personnes à risque de malnutrition et de développer une lésion de pression, lorsque les besoins nutritionnels ne peuvent être comblés par l'alimentation.
- Les études cliniques n'ont pas démontré clairement que l'utilisation d'un supplément oral enrichi d'arginine ou de glutamine aurait un effet bénéfique sur la guérison des plaies. Davantage d'études sont nécessaires pour établir une recommandation.

ÉVALUATION DES BESOINS HYDRIQUES

Recommandation | Fournir de 30 à 35 ml de liquide/kg de poids corporel ou fournir un minimum de 1 ml de liquide/kcal consommées.

Considération clinique |

- Pour les personnes âgées, assurer un apport minimal de 1500 ml de liquide/jour.
- Les apports doivent être ajustés pour respecter les restrictions liquidiennes prescrites en cas d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale ou de traitement de dialyse.
- Les besoins doivent être ajustés pour compenser les pertes hydriques importantes (diarrhée, vomissement, fièvre, fistules, exsudats abondants) et si l'apport en protéines est élevé.

ÉVALUATION DES BESOINS EN VITAMINES ET MINÉRAUX

- Il n'y a pas de consensus voulant qu'une supplémentation en vitamines et minéraux au-delà des apports nutritionnels de référence (ANREF) ait un effet bénéfique sur la prévention des lésions de pression et la guérison d'une plaie¹⁰.
- La supplémentation est toutefois recommandée lorsque les apports sont insuffisants pour combler les besoins ou qu'une carence est suspectée ou confirmée.
- Le zinc, le fer, les vitamines A et C sont les principaux micronutriments impliqués dans le processus de cicatrisation et pour lesquels des recommandations ont été émises.

NUTRIMENT	RECOMMANDATION QUOTIDIENNE
Zinc	La supplémentation ne doit pas excéder 40 mg de zinc élémentaire par jour.
Fer	• Dose recommandée de 8 mg pour les hommes de 19 ans et plus et les femmes de 51 ans et plus. • Dose recommandée de 18 mg pour les femmes de 19 à 50 ans.
Vitamine C	La dose recommandée est de 500 à 1000 mg/jour.
Vitamine A	• La dose recommandée est de 10,000 à 15,000 UI/jour pour 7 à 10 jours. • Attention à la toxicité.

¹⁰ Le tableau complet des ANREF est disponible sur le site de Santé Canada au www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation.

12.3 DÉMARCHE CLINIQUE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

À partir des données de l'évaluation des soins infirmiers, l'ergothérapeute complète sa cueillette de données pour effectuer l'analyse de l'autonomie fonctionnelle en considérant la présence d'une plaie.

	À ÉVALUER OU À APPRÉCIER	À CONSIDÉRER
PERSONNE	• Les capacités : - Sensorielles; - Motrices; - Cognitives : Ex. : capacité à comprendre, à appliquer et à respecter les recommandations, état de conscience, niveau d'éveil, etc.; - Affectives : Attitude et comportement, motivation ou disposition au changement.	• Les préférences et les habitudes de positionnement. • L'aspect de la peau ou de la plaie, les antécédents de plaies. • La morphologie, les déformations, la douleur, la masse corporelle, l'atrophie musculaire, les contractures, la posture. • La condition de santé (insuffisance artérielle, diabète, etc.), l'âge, les comorbidités, les restrictions et les contre-indications. • L'état nutritionnel et l'hydratation. • La réduction et le contrôle de la douleur dans le choix des recommandations.
ENVIRONNEMENT	• Les surfaces en contact avec la personne, incluant les lésions de pression causées par un dispositif médical. • La disponibilité et les capacités de l'entourage à mobiliser la personne (dépister les indices de maltraitance).	• Les aides techniques en place pouvant influencer positivement ou négativement l'intégrité de la peau. • Le contexte socio-économique. • L'humidité et la chaleur, notamment dans le choix approprié des équipements recommandés.
OCCUPATION	• Les occupations significatives et les habitudes de vie, incluant le niveau d'autonomie et l'impact de la plaie dans la réalisation de celles-ci. • Les méthodes de transfert, de déplacement et de changement de position. • La capacité à maintenir une position (au lit et dans le fauteuil). • La capacité et les habitudes de relâchement de pression.	• La durée des séances en position assise ou couchée. • L'alignement postural. • Les habitudes de vie et le maintien de l'autonomie, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation.
	OBJECTIF	
	Réduire les facteurs de risque modifiables et agir sur les causes identifiées lors de l'évaluation pour favoriser la prévention et la guérison des plaies.	

PLAN D'INTERVENTION

- Favoriser la participation aux occupations significatives, aux habitudes de vie :
 - Afin de préserver l'autonomie pour s'alimenter et s'hydrater pour une nutrition optimale;
 - Afin d'optimiser la sécurité des transferts et de la mobilité (considérer la friction et le cisaillement).
- Informer la personne et les proches aidants sur les facteurs de risque à modifier et les équipements et stratégies suggérés.
- Déterminer les interventions à mettre en place pour le positionnement couché et assis :
 - Établir un horaire de positionnement pour un cycle de 24 heures en tentant d'éliminer ou de réduire la pression sur les sites de plaie actuels et antérieurs;
 - Envisager des surfaces thérapeutiques.

12.4 DÉMARCHE CLINIQUE DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

À partir des données de l'évaluation des soins infirmiers, le physiothérapeute complète sa cueillette de données pour effectuer l'analyse de la situation, déterminer les exercices à préconiser ou les modalités antalgiques pour favoriser la guérison, et formuler les recommandations pour les transferts et les déplacements. Son évaluation complémentaire comprend notamment :

Évaluation complémentaire	• La douleur • La nature de la plaie • La capacité cardiorespiratoire et la tolérance à l'effort • La présence et la mesure de l'œdème • Les amplitudes de mouvement et la force musculaire • Les transferts et les déplacements • Dans le cas où une modalité adjuvante est envisagée, se référer à l'annexe 4
Objectif	• Favoriser la guérison de la plaie en améliorant la mobilité. • Contribuer au soulagement de la douleur. • Exécuter les transferts, favoriser les déplacements et l'utilisation des escaliers (si besoin) de façon sécuritaire. • Diminuer l'œdème (ulcère veineux). • Favoriser la guérison de la plaie par électrothérapie lorsque le processus de guérison est incomplet (éléments de chronicité).
Plan d'intervention	• Procéder à un entraînement relatif aux transferts, aux déplacements, à l'utilisation des escaliers, de façon sécuritaire. • Établir un programme d'exercices en tenant compte du type de plaie et sa localisation : - Plaie de pression : mobilité fonctionnelle (marche); - Ulcère diabétique : marche et renforcement; - Ulcère artériel : marche selon la tolérance; - Ulcère veineux : pompage veineux, renforcement, marche. • Utilisation des modalités adjuvantes, se référer à l'annexe 4.



Voir
Annexe
4

Il est également possible d'utiliser des modalités adjuvantes en physiothérapie pour le traitement de plaies. Les agents physiques comme l'oxygénothérapie et l'électrothérapie sont des modalités non invasives utilisées en physiothérapie qui peuvent favoriser la guérison d'une plaie. Ces modalités s'avèrent particulièrement efficaces : dans le cas de plaies dont le processus de guérison est perturbé et qui persistent malgré un traitement optimal, ou si la guérison dépasse le délai escompté. Le tableau suivant présente les modalités retenues au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Un tableau plus complet comprenant la fonction et les indications, les contre-indications et les précautions se trouve à l'annexe 4.

Voir
Annexe
4

ÉLECTROTHÉRAPIE

Le corps humain produit naturellement des signaux électrochimiques. En présence d'une plaie, le système bioélectrique naturel des cellules est modifié afin de favoriser la prolifération cellulaire vers la lésion. L'électrothérapie augmente ce processus de prolifération tout en diminuant la croissance bactérienne.

Stimulation électrique ou *high voltage* *pulsed current* (HVPC)

- Favorise la prolifération des cellules et la synthèse protéique.
- Favorise la croissance du collagène ou sa résistance.
- Augmente la circulation sanguine et l'oxygénation.
- Diminue la croissance bactérienne.

Ultrason pulsé

- Stimule l'angiogenèse.
- Accélère la régénération cellulaire.
- Diminue la douleur et l'œdème.
- Efficace contre la douleur, pour le débridement.

Champ électromagnétique pulsé (CEMP)

- Agit comme la stimulation électrique.

OXYGÉNOTHÉRAPIE

Lorsque le corps subit une lésion, celle-ci a besoin d'oxygène pour guérir. L'oxygène hyperbare topique expose la partie du corps qui présente une plaie à 100 % de O₂ à une pression plus élevée que la pression normale. Cette technique vise à accélérer le processus de guérison.

Oxygène hyperbare topique simplifié ou *topic hyperbaric* *oxygen* (THBO)

- Accroît la prolifération capillaire.
- Favorise la croissance du collagène ou sa résistance.
- Diminue la croissance bactérienne.

12.5 ÉVALUATION DE LA DOULEUR

La douleur est une sensation désagréable et émotive associée au dommage réel ou potentiel des tissus anatomiques atteints. La douleur est ce que la personne qui souffre rapporte et survient quand elle la ressent. La prémisse est qu'il faut croire et écouter la personne si l'on veut être efficace dans nos interventions. La genèse de la douleur n'est pas seulement liée à la plaie elle-même, mais elle est plutôt multifactorielle. Elle comprend en plus des facteurs liés à la personne (comorbidités, croyances, valeurs, etc.). Le retrait du pansement et le nettoyage de la plaie seraient les étapes les plus douloureuses des soins de plaies.

Évaluation de la douleur

Chaque professionnel qui intervient auprès de la personne doit considérer la douleur dans son évaluation.

La douleur peut être évaluée en questionnant la personne sur la localisation, la qualité, l'intensité, la fréquence, la durée et les facteurs qui augmentent ou soulagent la douleur.

Les outils suivants peuvent être utilisés. Ils permettent d'objectiver et de mesurer la douleur dans le temps :

- Échelle visuelle analogue;
- Échelle numérique (de 0 à 10);
- Évaluation de la douleur pour les personnes non communicantes (PACSLAC).

Les interventions pour diminuer la douleur

Chaque intervenant doit tenir compte de la douleur de la personne afin de ne pas induire ou augmenter celle-ci. Il est important de connaître :

- Les facteurs qui augmentent ou soulagent la douleur;
- La manière de mobiliser la personne lorsque cela est requis;
- La manière de procéder au changement de pansement.

Parmi les interventions plus spécifiques, il faut considérer les modalités pharmacologiques avec le médecin et le pharmacien ainsi que les modalités non pharmacologiques avec l'équipe de réadaptation.

12.6 INDICATEURS DE RÉFÉRENCE INTERPROFESSIONNELS

Ce tableau présente les indicateurs d'orientation aux intervenants de chaque discipline appelés à collaborer au traitement des plaies ainsi que le rôle de chacun. Il est primordial pour l'infirmière de connaître ces indicateurs puisqu'elle est souvent la première à intervenir et qu'elle porte la responsabilité du suivi, dont l'orientation vers d'autres professionnels.

PROFESSIONNEL	CRITÈRE DE RÉFÉRENCE
Nutritionniste	Personne ayant une plaie ou dépistée à risque de développer une lésion de pression (score à l'échelle de Braden ≤ 14) ET : • Dépistée à risque de malnutrition à l'aide de l'outil de dépistage recommandé¹¹; • Présentant des signes et des symptômes de malnutrition, de déshydratation ou de carences en vitamines et minéraux; • Perte de poids involontaire ($\geq 2\%$ en 1 semaine, $\geq 5\%$ en 1 mois, $\geq 7,5\%$ en 3 mois, $\geq 10\%$ en 6 mois par rapport au poids habituel); • IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ou IMC $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ pour la personne âgée; • Obésité (IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$); • Contrôle glycémique sous-optimal; • Apports alimentaires diminués ou insuffisants; • Anémie; • Plaie présentant un exsudat abondant; • Plaie dont la guérison ne s'améliore pas ou se dégrade.
Ergothérapeute	Toute lésion de pression persistante ou récurrente malgré la mise en place des mesures préventives de base, particulièrement pour les personnes présentant : • Une incapacité partielle ou totale de changer de position au fauteuil ou au lit, associée ou non à de longues heures alitées; • Une incapacité de mise en charge sur les membres inférieurs pour les transferts. • Tout type de plaie ayant un impact sur la réalisation des habitudes de vie ou pour laquelle une habitude de vie pourrait être en cause (transferts, déplacements, AVQ, etc.)
Physiothérapeute	En présence de : • Difficulté ou d'incapacité de transfert et de déplacement; • Difficulté de mise en charge ou besoin d'équipement en situation d'incapacité totale; • Prescription d'exercices pour stimuler la mobilité, l'oxygénation et la circulation; • Douleur liée à la plaie. En lien avec le traitement direct de la plaie par modalités adjuvantes : • Avant d'adresser la personne pour de l'électrothérapie, il faut avoir effectué des interventions en soins infirmiers, en ergothérapie et en nutrition.



¹¹ L'utilisation d'un outil de dépistage de la malnutrition est variable selon les secteurs et les programmes clientèles. Vous référer au processus en vigueur dans votre secteur.

PROFESSIONNEL	CRITÈRE DE RÉFÉRENCE
Thérapeute en réadaptation physique	En présence de : • Difficulté ou incapacité de transfert et de déplacement; • Difficulté de mise en charge ou besoin d'équipement en situation d'incapacité.
Travailleur social ou technicien en travail social	En présence de : • Difficulté dans l'aptitude à prendre des décisions ayant un impact sur la plaie; • Situation de marginalité ou d'insalubrité; • Négligence active (sait ce qu'il faut effectuer, mais néglige de l'effectuer); • Maltraitance suspectée ou avérée; • Isolement social; • Réseau de soutien absent ou dépassé par la situation; • Conditions socio-économiques défavorables pour se procurer le matériel.
Pharmacien	En présence de : • Besoin d'information concernant la médication de la personne aux prises avec une plaie; • Identification de médicaments pouvant retarder le processus de cicatrisation; • Choix pouvant aider à la médication et de sa forme pharmacologique, entre autres, que ce soit a/n analgésie, antibiothérapie, etc.
Médecin	En présence de plaie complexe : • Lésion de pression de stade 3 et plus; • Diagnostic de maladie vasculaire périphérique; • Tissus nécrotiques profonds et structures anatomiques exposées; • Causes sous-jacentes; • Signes et symptômes d'infection; • Brûlure de 2^e degré profond et de 3^e degré; • Thérapie par pression négative. Lors du besoin : • D'analgésique; • De suture; • D'antibiothérapie; • De modification de prescription d'un suivi médical; • De consultation d'un médecin spécialiste; • De consultation de professionnels selon les secteurs d'activité (ergothérapie, physiothérapie, nutrition, orthésiste).
Orthésiste	En présence de : Besoin de création, d'ajustement, de réparation ou de modification d'orthèses, de prothèses et de chaussures orthopédiques.

12.7 NIVEAU D'EXPERTISE EN SOINS DE PLAIES

La hiérarchisation des soins permet de structurer les demandes de soutien ou de consultation en provenance des membres de l'équipe soignante, des infirmières ressources en soins de plaies et des gestionnaires.

1^{ER} NIVEAU D'EXPERTISE : infirmière ou infirmière auxiliaire responsable de la personne

Exigences

- Infirmière : formation de base en soins de plaies.
- Infirmière auxiliaire : formation de base en soins de plaies Multiaccès.

Rôles et responsabilités

- Infirmière et infirmière auxiliaire : assurent le suivi de la plaie.
- Infirmière : assure la référence et la coordination entre les différents professionnels.

2^E NIVEAU D'EXPERTISE : infirmière ressource en soins de plaies

Exigence

Formation avancée en soins de plaies.

Rôles et responsabilités

- Expert clinique pour soutien de proximité.
- Collabore avec l'infirmière soignante et la conseillère en soins infirmiers (volet soins de plaies).
- Contribue à la mise en place des meilleures pratiques.
- Favorise la collaboration interprofessionnelle.
- Contribue à l'utilisation optimale des ressources.
- Collabore à la diffusion et à l'implantation des nouvelles pratiques.
- Collabore aux essais cliniques.

3^E NIVEAU D'EXPERTISE : infirmière experte en soins de plaies

Exigence

Conseillère en soins infirmiers (volet soins de plaies).

Rôles et responsabilités

- Expert clinique en soins de plaies pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Est à l'affût de nouvelles données scientifiques.
- Encadre la pratique par l'élaboration et à la mise à jour de documents d'encadrement clinique.
- Assure les activités de formation au personnel soignant.
- Collabore à la diffusion et à l'implantation des nouvelles pratiques.



- Collabore avec l’infirmière ressource en soins de plaies.
- Favorise la collaboration interprofessionnelle.
- Collabore avec les partenaires du réseau et représente son établissement auprès de ceux-ci.
- Adresse aux différents partenaires externes du réseau local de services de santé et de services sociaux selon les ententes de partenariat existantes.
- Collabore à l’évaluation de produits, aux essais cliniques et à la mise en service.

Modalités de consultation

Les consultations électroniques et téléphoniques permettent à l’infirmière ressource en soins de plaies d’avoir accès à l’infirmière experte en soins de plaies.

La téléassistance en soins de plaies (TASP) permet à l’infirmière ressource en soins de plaies d’avoir accès à des plages de consultation auprès de l’infirmière experte en soins de plaies selon l’accessibilité.

ÉQUIPE D’EXPERTS

Composition de l’équipe

L’équipe spécialisée en soins de plaies est composée d’infirmières ressources en soins de plaies, d’infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, de médecins ainsi que de représentants professionnels de l’équipe interdisciplinaire (nutritionniste, pharmacien, ergothérapeute, physiothérapeute et intervenant social).

Objectifs

- Améliorer, de façon continue, la qualité et l’expertise en prévention et en soins de la peau et des plaies.
- Conseiller les intervenants sur le plan de traitement en lien avec des situations réelles en facilitant le transfert et l’intégration des connaissances.
- Intervenir en concertation selon la composition de l’équipe.
- Assurer un suivi de l’évolution des problématiques de soins de peau ou de plaies complexes auprès de l’équipe soignante.

13 SOINS DE LA PEAU

L'infirmière doit évaluer la peau de la personne pour apprécier son état. L'utilisation répétée des savons contribue à l'assèchement de la peau. Les produits nettoyants sans rinçage constituent la solution idéale, car ils permettent de limiter le nombre d'étapes de la procédure, et donc le risque de cisaillement et de friction pendant les soins cutanés.

Le vieillissement provoque l'altération de la peau, amène l'apparition de la xérose cutanée (sécheresse de la peau) et le prurit qui est un facteur de risque d'altération de la peau.

13.1 SOINS D'HYGIÈNE ET DE LA PEAU

Nettoyer la peau

- Nettoyant avec rinçage pour le corps et les cheveux.
- Nettoyant sans rinçage pour le corps, les cheveux et les soins d'incontinence.

Maintenir l'hydratation de la peau

- Lotion hydratante quotidienne.
- Crème hydratante pour la peau sèche, squameuse ou qui démange.
- Crème ultra-hydratante pour la peau extrêmement sèche et craquelée.

Prévenir et traiter la dermatite d'incontinence (DI)

- Barrière protectrice :
 - Crème nettoyante sans rinçage, hydratante et protectrice pour prévenir la dermatite d'incontinence;
 - Onguent protecteur pour traiter l'irritation mineure causée par l'incontinence;
 - Pâte protectrice pour traiter l'irritation causée par l'incontinence.

.....→
Voir
Annexe
6

13.2 DERMATITE D'INCONTINENCE

Définition

La dermatite liée à l'incontinence (DI) peut être définie comme une inflammation cutanée apparaissant dans la région périnéale ou génitale en raison d'un contact prolongé avec des liquides biologiques. La DI est une inflammation de l'épiderme accompagnée de rougeurs et d'œdèmes voire d'une exsudation claire et bulleuse. Dans des cas aigus, on peut également observer une érosion ou une dénudation de la peau. La DI se développe à partir d'une simple macération résultant de l'exposition plus ou moins prolongée.

Lorsque les selles sont liquides, l'activité des enzymes fécales augmente, le pH grimpe et les pathogènes se multiplient, ce qui entraîne une destruction importante de la défense cellulaire de la peau. La diarrhée est une source d'irritation de la peau, car elle nécessite de fréquents nettoyages, cause de la macération et de l'humidité, augmente la croissance des bactéries, affecte les taux d'urée et d'ammoniaque et produit un bris et une perte de l'épiderme. Tous ces processus affaiblissent la barrière cutanée, accentuent la rougeur et l'inflammation et conduisent à une irritation périnéale douloureuse et inconfortable.

Il est possible qu'une même personne puisse présenter une plaie de pression ainsi qu'une dermatite liée à l'incontinence.

Comparaison entre les lésions de pression et les dermatites d'incontinence

FACTEUR	LÉSION DE PRESSION	DERMATITE LIÉE À L'INCONTINENCE
Cause	• Pression directe • Friction • Cisaillement	• Incontinence • Irritation de contact
Profondeur de la lésion	Superficielle à profonde	Superficielle
Sens de la lésion	Généralement de bas en haut	Généralement de haut en bas
Site	• Généralement au niveau d'une proéminence osseuse • Démarcations nettes	• Souvent au niveau des plis cutanés • Rarement au niveau des régions osseuses • Démarcations imprécises
Nécrose	Présence possible	Présence rare

Source : Association canadienne du soin des plaies (CAWC)

ÉVALUATION – Outil d'évaluation périnéale

DEGRÉ DE RISQUE	NOTE		
	3	2	1
Type et intensité de l'irritant	Selles liquides avec ou sans urine	Selles molles avec ou sans urine	Selles moulées ou urine
Durée d'exposition de la peau à l'irritant	Changement du produit d'incontinence au moins toutes les 2 heures	Changement du produit d'incontinence au moins toutes les 4 heures	Changement du produit d'incontinence au moins toutes les 8 heures
Intégrité de la peau	Peau dénudée/érodée avec ou sans dermatite	Avec ou sans érythème ou dermatite	Peau claire et intacte
Facteurs contributifs : • Hypoalbuminémie • Prise d'antibiotiques • Alimentation par sonde • <i>Clostridium difficile</i>	Trois facteurs contributifs ou plus	Deux facteurs contributifs	Aucun ou un facteur contributif
Additionner le degré de risque.	Si le résultat est de 4 à 6, le risque est faible. Si le résultat est de 7 à 12, le risque est élevé.		

Source : Association canadienne du soin des plaies (CAWC)

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

- Identifier et traiter la cause de l'incontinence, si possible (fécale ou urinaire).
- Évaluer le risque de DI à l'aide de l'outil d'évaluation périnéale.
- Inspecter attentivement la peau de la personne afin de vérifier son intégrité.
- Nettoyer délicatement la peau à l'aide d'un produit sans rinçage.
- Bien assécher la peau en tapotant. Ne pas frotter la peau.
- Utiliser une barrière protectrice.
- Prévenir, contrôler et traiter l'infection.
- Envisager le recours à des dispositifs auxiliaires, sonde urinaire permanente et condom urinaire.
- Proscrire l'utilisation de serviettes et de champs imperméables jetables à l'intérieur des protections d'incontinence.

INTERVENTION	JUSTIFICATION CLINIQUE
Utiliser de l'eau tiède.	L'eau chaude risque d'assécher la peau.
Nettoyer la peau régulièrement et dès qu'elle est souillée.	Les souillures liées à l'incontinence prédisposent la peau aux irritations. L'hygiène courante élimine le surplus de bactéries qui ne font pas partie de la flore cutanée normale.
Utiliser des produits nettoyants à pH neutre.	L'incontinence répétée provoque l'instabilité du pH cutané, ce qui accroît le risque d'infection fongique.
Réduire les forces de friction lors des soins d'hygiène : • Éviter de frotter la peau vigoureusement pour l'assécher. Il est préférable de la tapoter délicatement; • Éviter de masser les proéminences osseuses.	Ces pratiques risquent de traumatiser les tissus érythémateux ou qui ont souffert d'hypoxie cellulaire.
Utiliser les nettoyants sans rinçage lorsqu'un soin d'hygiène au lit est requis.	Cette procédure : • Réduit le nombre d'étapes; • Réduit le risque de friction et de cisaillement; • Permet de retirer les souillures en surface de la peau; • Permet de laisser un dépôt de résidu d'émollients sur la peau comme un film protecteur; • Calme les symptômes d'irritation; • Hydrate la peau.
Adapter la fréquence des soins d'hygiène aux besoins de chaque personne.	La fréquence doit tenir compte des différents facteurs : • L'âge; • La texture de la peau (sèche, ridée, plissée); • L'incontinence; • La présence d'une plaie.
• Prévenir la dermatite. • Traiter la dermatite.	• L'utilisation d'une barrière protectrice permet de prévenir les dommages causés par les liquides biologiques irritant la peau, et prévient la dermatite d'incontinence. • L'utilisation d'une barrière protectrice à base d'oxyde de zinc et de diméthicone permet de traiter l'irritation causée par l'incontinence. Appliquer la barrière cutanée lorsqu'il y a des indicateurs persistants de dermatite d'incontinence, ne pas frotter pour retirer l'excédent de zinc. Procéder à des applications plus fréquentes chez les personnes présentant fréquemment des selles trop liquides.

Voir
Annexe
6

MODE DE CONSERVATION

Produits pour les soins de la peau

Usager admis/hébergé :

Les produits de soins de la peau doivent être réservés à l'usage exclusif d'un seul usager, gardés dans la chambre et identifiés à son nom.

* L'utilisation du plus petit format est recommandée.

* Lors de la levée de précautions additionnelles, il pourrait être requis de nettoyer/désinfecter ou jeter les produits.

Les salles de bain ou les salles d'hydrothérapie communes sont les seuls endroits où des contenants au commun peuvent se retrouver. Seuls les distributeurs à pression doivent être utilisés. Les bouteilles ne doivent pas être ouvertes afin de récupérer le liquide résiduel ou de les remplir à nouveau.

13.3 INTERTRIGO

Définition

Processus inflammatoire superficiel touchant les plis du corps qui peut s'accompagner d'une infection bactérienne ou fongique.

Tableau comparatif entre l'irritation cutanée et l'infection fongique

	IRRITATION CUTANÉE	INFECTION FONGIQUE
MANIFESTATION	• Inflammation progressive • Brûlure chimique • Érythème intense • Œdème prononcé • Suintement de la peau • Développement de vésicules • Destruction ou perte de l'épiderme • Douleur au niveau périnéal • Sensation de brûlure • Démangeaison • Expansion (fesse, anus, coccyx)	• Présence de <i>Candida albicans</i> • Réponse inflammatoire • Erythème (plus marqué dans le centre et diffus sur les bords) • Lésions satellites visibles • Minuscules vésicules ou/et macules (causées par la friction des vêtements ou draps) • Humidité • Localisée au périnée mais qui peut s'étendre aux aines et aux cuisses • Hyperpigmentation de la surface (foncée, rougeâtre, violacée) • Urticaire

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

- Nettoyer délicatement les plis cutanés, puis les assécher doucement, mais complètement, plus précisément lors de l'utilisation des produits sans rinçage (éponger, ne pas frotter).
- Enseigner à la personne les soins d'hygiène pour les plis cutanés.
- Conseiller à la personne de porter des :
 - Chaussures à bout ouvert;
 - Vêtements amples composés de fibres naturelles;
 - Vêtements de sport qui évacuent l'humidité;
 - Vêtements de soutien.

ÉVALUATION

Le tableau suivant explique les caractéristiques cliniques selon les zones corporelles.

Zones corporelles et spécificités de l'intertrigo

ZONE	CARACTÉRISTIQUE CLINIQUE
Sous les seins	• Seins tombant ou volumineux, tablier graisseux • Démangeaisons • Présence de papules ou de pustules en satellite = évaluer si infection
Aine et zone périanale	• Humidité et friction pour tous • Clientèle âgée ou obèse • Présence de papules ou de pustules en satellite = évaluer si infection
Espaces interdigitaux	• 4^e espace interdigital du pied – les autres espaces par la suite • Rougeur et desquamation • Macération • Clientèle travaillant régulièrement avec les mains dans l'eau

Clientèle à risque, interventions, traitements

CLIENTÈLE À RISQUE	INTERVENTION	TRAITEMENT
• Personne à faible mobilité • Personne obèse • Personne diabétique • Personne avec un excès de peau après une perte de poids • Personne incontinente urinaire	• Diminuer le contact et la friction dans les plis cutanés. • Éviter et protéger la peau des irritants cutanés. • Éloigner l'humidité de la peau à risque ou lésée. • Contrôler ou rediriger la source d'humidité. • Contrôler l'hyperhidrose. • Prévenir les infections secondaires.	• Textile d'ions d'argent (<i>InterDry</i>) : Garde la peau sèche en évacuant l'humidité de la peau, réduit la friction peau contre peau et procure une action antimicrobienne. • Poudre pharmaceutique à base de silice : Absorbe l'humidité et aide à prévenir la récurrence de l'intertrigo.

COMPLICATIONS

- Infection secondaire
- Candidose
- Dermatophytose (plaques qui desquament)
- Infection à streptocoque
- Érythrasma (plaques rouges qui desquament, touchent la cuisse, l'aisselle, la zone périanale)
- Infection profonde

14 SOINS DES PLAIES

L'infirmière intervient d'une façon plus spécifique dans l'évaluation de la plaie, dans le but de déterminer le plan de traitement. Afin de favoriser la guérison, soulager les symptômes et prévenir toute détérioration ou toute récurrence, elle doit :

- Préparer le lit de la plaie;
- Procéder au nettoyage de la plaie;
- Déterminer la méthode de débridement;
- Déterminer les produits et les pansements;
- S'adresser aux autres professionnels selon les indicateurs de référence.

14.1 PRÉPARATION DU LIT DE LA PLAIE

Les soins de plaies doivent être réalisés en respectant la technique aseptique/stérile ou la technique sans contact. Le choix de la technique doit s'effectuer en fonction des facteurs de risque d'infection de la personne et de la plaie. La technique aseptique/stérile requiert le port de gants stériles, des instruments et des produits de soins stériles pour le contact direct avec la plaie. Lors de l'application de la technique sans contact, le port de gants non stériles est indiqué et seuls des instruments stériles doivent être en contact avec la plaie.

14.2 NETTOYAGE DE LA PLAIE

Le nettoyage de la plaie vise à enlever les contaminants non adhérents au lit de la plaie. Les forces mécaniques par l'irrigation et le volume permettent d'enlever les contaminants (bactéries de surface et leurs toxines), la présence de corps étrangers, les tissus nécrotiques, les débris, les résidus de produits et l'excédent d'exsudat.

La solution saline physiologique (NaCl .09 %) est privilégiée pour toutes les plaies puisqu'elle est de faible toxicité. Elle doit être utilisée à une température ambiante.

Le personnel infirmier doit en tout temps :

- Irriguer la plaie en utilisant une bouteille compressible à usage unique en dirigeant le jet à 45 degrés et à une distance de 12 à 16 cm de la plaie, et ce, jusqu'au retour d'un liquide clair;
- Utiliser une pression de 4 à 15 lb/po².

Si la plaie est stable et chronique, la douche peut être permise pour l'irrigation de la plaie. Par contre, elle est non recommandée dans certaines situations, notamment pour une personne immunosupprimée ou lorsqu'une plaie présente des structures exposées (muscle, os, tendons).

Si la plaie est incurable et que la charge bactérienne est plus préoccupante que la toxicité tissulaire, les solutions antiseptiques telles que la proviodine et la chlorhexidine peuvent être considérées.

14.3 DÉBRIDEMENT DES TISSUS NÉCROTIQUES

Le débridement d'une plaie vise à retirer les tissus nécrosés propices à la charge bactérienne. Seuls les tissus non viables doivent être retirés. Il permet de :

- Diminuer le risque d'infection locale ou systémique;
- Réduire les odeurs;
- Évaluer le lit de la plaie et le degré d'atteinte des structures anatomiques qui peuvent être exposées;
- Déterminer le stade d'une lésion de pression;
- Stimuler la cicatrisation d'une plaie chronique.

Un débridement peut s'effectuer de différentes façons.

Types de débridement et description

TYPE	DESCRIPTION
Autolytique	• Consiste en une méthode sélective de dégradation des tissus nécrotiques sous l'action des enzymes protéolytiques de l'exsudat qui entrent en jeu normalement dans le processus inflammatoire de la cicatrisation. • Est favorisé par un environnement de plaie humide et suffisamment vascularisé. • La scarification de l'escarre nécrotique doit être réalisée pour permettre la pénétration du produit.
Mécanique	• Consiste à éliminer les débris nécrotiques de la plaie à l'aide de forces mécaniques appliquées sur le lit de la plaie. • Parmi ce type de débridement, on trouve, entre autres, l'irrigation de la plaie à l'aide de la bouteille compressible à usage unique de NaCl .09 % et l'hydrothérapie par baignoire à remous. • Indiqué pour le retrait des contaminants et des tissus nécrotiques à la surface de la plaie.
Chimique	• La solution <i>Dakin</i> procure ce type de débridement non sélectif des tissus sains ou nécrotiques.
Enzymatique	• Se réalise par l'application d'enzymes sous forme d'onguent à la surface de la plaie pour dégrader les tissus nécrotiques de manière sélective. • Le seul produit commercialisé au Québec est le Santyl® qui contient un dérivé de culture de <i>Clostridium histolyticum</i>, collagénase. • Indiqué pour les plaies avec nécrose sèche ou humide pour lesquelles il y a un potentiel de cicatrisation. • Contre-indiqué en présence d'infection. • La scarification de l'escarre est requise pour favoriser le contact avec l'enzyme.
Chirurgical conservateur	• S'effectue à l'aide d'instruments (bistouris, ciseaux, curettes, pinces). • Méthode rapide et très sélective pour les tissus nécrotiques. • Indiqué pour les plaies présentant de grandes surfaces de nécrose, une colonisation critique ou une infection clinique. • Peut être combiné avec les méthodes autolytiques ou enzymatiques pour accélérer le retrait des débris ou des tissus nécrotiques. • Contre-indiqué dans les cas d'ulcères incurables.



TYPE	DESCRIPTION
Retrait de callosité	Utilisé afin de retirer l'épaississement et le durcissement de l'épiderme, en couches minces et successives.
Application de nitrate d'AgN03	Utilisé afin d'interrompre un saignement, de réduire l'hypergranulation.
Le choix d'une méthode de débridement se base sur : • Sa rapidité d'action; • La nature et la qualité du tissu nécrotique présent; • La présence de la douleur; • Le coût de produits à utiliser et les interventions à effectuer.	

Une escarre stable (sèche, adhérente, intacte, sans érythème ni fluctuation liquidienne) sur un talon ou sur un membre ischémique ne devrait pas être ramollie ou enlevée.

Intervenants concernés pour le débridement chirurgical conservateur

Infirmières, infirmières ressources en soins de plaies du CIUSSS de la Capitale-Nationale répondant à l'application de la règle de soins encadrant le débridement chirurgical conservateur.

14.4 PRODUITS ET PANSEMENTS

Le choix des produits et des pansements doit être judicieux et en lien avec les besoins pour le traitement de la plaie, la phase de cicatrisation et le potentiel de guérison. En déterminant les objectifs pour le traitement de la plaie, le clinicien assurera un choix judicieux pour les besoins de la personne.

Une fréquence de changement de pansement minimal permet de maintenir une température constante pour favoriser et protéger la granulation et permet d'offrir une meilleure qualité de vie à la personne. Le choix du produit et du pansement peut devenir un facteur déterminant.

Principes à respecter lors de la réfection d'un pansement

1. Évaluer l'état du pansement primaire et secondaire en place (% de saturation).
2. Décoller doucement le pansement à changer, tirer délicatement en maintenant la peau afin d'éviter tout traumatisme à l'épiderme. Si nécessaire, humidifier le pansement avec du NaCl .09 %.
3. Nettoyer la plaie en irriguant avec une solution de NaCl .09 % (quantité recommandée : 100 ml).
4. Procéder à l'évaluation de la plaie.
5. Choisir la bonne dimension de pansement :
Les pansements doivent dépasser les bords de la plaie de 3 à 4 cm pour conserver leur propriété spécifique.
6. Protéger le pourtour de la plaie :
Fixer le pansement en tenant compte des peaux fragilisées.
7. Rechercher les propriétés suivantes :
 - Éviter la douleur;
 - Doit être étanche;
 - Doit être confortable;
 - Doit bien tenir à la zone anatomique.
8. Documenter l'évaluation, les objectifs et la détermination du plan de traitement au dossier de la personne.

Produits et pansements et leur utilisation

PRODUIT ET PANSEMENT	UTILISATION
Produits hydratants « hydrogels »	Composés principalement d'eau ou de solution physiologique avec une consistance gélifiante qui leur donne un certain pouvoir d'absorption et qui procure un milieu humide aux plaies peu exsudatives. La scarification de l'escarre nécrotique doit être réalisée pour permettre la pénétration du produit.
Pansements absorbants	• Incluent les pansements multicouches, les alginates, les hydrofibres, les pansements hypertoniques, les mousses hydrophiles et les hydrocolloïdes. • Indiqués pour la prise en charge des plaies superficielles ou profondes qui présentent de l'exsudat modéré à abondant. • L'alginate de calcium a aussi la particularité d'avoir une propriété hémostatique.
Pansements contre les odeurs	Réduisent la mauvaise odeur de la plaie.
Pansements antimicrobiens	• Indiqués pour les plaies infectées ou colonisées. • Les produits à base d'argent ou d'iode et autres sont à prioriser en cas de colonisation ou d'infection. • Contre-indiqués lors d'une possible allergie à l'argent ou à l'iode.
Pansements bioactifs	Modifient l'environnement cellulaire de la plaie en désactivant les métalloprotéases matricielles (MMP) qui sont en excès dans les plaies chroniques.
Thérapie par pression négative (TPN)	• Exerce une action mécanique sur le lit et les berges de la plaie, accélérant ainsi le processus de cicatrisation en : - Stimulant le processus naturel de cicatrisation, ralenti ou compromis, en créant une néovascularisation; - Accélérant le développement du tissu de granulation et de régénération tissulaire ainsi que la rétraction des berges de la plaie; - Contrôlant l'œdème. • Le guide d'utilisation de la TPN encadre la pratique : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traitement/INESSS_GUO_Therapie_pression_negative.pdf

Plusieurs de ces pansements sont inclus dans la liste de médicaments d'exception de la RAMQ. Certains codes peuvent être utilisés pour prescrire les pansements.

MODE DE CONSERVATION

Produits et pansements pour les soins des plaies

Usager admis/hébergé :

Les produits et pansements de soins des plaies doivent être réservés à l'usage exclusif d'un seul usager. Dès que l'emballage d'un pansement est ouvert, vous devez jeter la portion non utilisée des pansements.

* L'utilisation du plus petit format est recommandée.

Les produits antimicrobiens et enzymatiques (ex : Santyl) peuvent être conservés jusqu'à épuisement du produit.

* Jeter si contaminé.

Usager inscrit :

L'infirmière peut débiter un traitement avec les produits et pansements du CIUSSS afin de valider l'efficacité du traitement. Par la suite, ils doivent être achetés par l'usager.

Les produits et pansements pour les soins des plaies doivent être :

- Transportés dans des sacs de plastique au domicile de l'usager;
 - * Limiter la quantité de matériel que pour la visite et laisser au domicile tout matériel ayant été en contact avec l'environnement;
- Conservés dans leur emballage original, déposés dans un sac Ziploc^{MD}, identifiés au nom de l'usager avec la date d'ouverture;
- Conservés par l'usager pour une période maximale de 2 semaines et jetés après cette période ou lorsque contaminés.

Les produits antimicrobiens et enzymatiques (ex: Santyl) peuvent être conservés jusqu'à épuisement du produit.

* Jeter si contaminé.

* Dans la mission communautaire, il peut arriver qu'un produit ou pansement, appartenant à l'usager inscrit, ne respecte pas le mode de conservation préconisé. L'infirmière peut en tout temps décider de l'utilisation ou non du produit ou du pansement selon la qualité et le mode de conservation.

La liste des pansements d'exception est en constante révision et peut être facilement accessible par le site Web de la RAMQ.



Voir
Annexe
7

15 LÉSION DE PRESSION

Définition

Une blessure par pression est un dommage localisé sur la peau et les tissus mous sous-jacents, habituellement sur une proéminence osseuse ou liée à un dispositif médical ou autre. La lésion peut être sur une peau intacte ou sous forme d'ulcère et peut être douloureuse.

La lésion survient à la suite d'une pression intense ou prolongée. La tolérance des tissus mous peut également être affectée par le cisaillement, la friction, le microclimat (humidité), l'état nutritionnel, la perfusion, les comorbidités et l'état des tissus mous.

Les principaux facteurs de risque sont : l'âge, les maladies concomitantes, la médication, l'état de conscience, la diminution de la perception des sens, les spasmes, les contractures, la malnutrition, la déshydratation, l'incontinence urinaire ou fécale, l'inactivité, la douleur et une intervention chirurgicale.

DÉPISTAGE

La prévention des lésions de pression implique le développement et le maintien d'une culture de vigilance. Les intervenants possédant les compétences requises utilisent l'échelle de Braden comme outil de dépistage.

Le personnel soignant, la famille et les proches doivent maintenir une culture de vigilance afin que toute personne susceptible de développer une lésion de pression soit dépistée.

Le dépistage peut être effectué par tout intervenant impliqué possédant les connaissances et l'expertise requises :

- Inspecter visuellement la peau de la tête aux pieds, aux proéminences osseuses;
- Inspecter visuellement la peau aux régions recouvertes par du matériel pouvant causer une pression ou de la friction (ex. : contentions, attelles, plâtres, lunettes, lunettes nasales, orthèses, prothèses, souliers, bas de compression);
- Vérifier s'il y a pression, friction, cisaillement ou humidité lors des positionnements et lors des transferts;
- Éviter les plis dans les draps, les alèses, les piqués, les toiles de lève-personne, les vêtements, particulièrement sous les zones à risque;
- S'assurer que la culotte d'incontinence soit bien installée et bien ajustée;
- Signaler toute modification dans l'état de santé de la personne.

Alerte : éviter de masser les rougeurs ou les proéminences osseuses lors des soins d'hygiène.

Dépistage par l'utilisation de l'échelle de Braden

L'utilisation de l'échelle de Braden permet d'identifier les personnes à risque de lésions de pression selon une échelle qui a démontré une sensibilité, une spécificité ainsi qu'une fiabilité reproductible. Cette échelle porte sur les facteurs suivants : la perception sensorielle, la mobilité, l'activité, l'humidité, la nutrition, la friction et le cisaillement. Elle doit être considérée comme un élément complémentaire au jugement clinique de l'intervenant et en considération de l'ensemble des données collectées par l'équipe soignante. Le pointage total informe davantage sur l'intensité du risque tandis que le pointage individuel des paramètres permet d'individualiser le plan de traitement.

Voir
Annexe
5

SCORE À L'ÉCHELLE DE BRADEN	RISQUE
de 15 à 18	Faible
de 13 à 14	Modéré
de 10 à 12	Élevé
≤ 9	Très élevé

MOMENT DE DÉPISTAGE SELON LE TYPE D'INSTALLATION

En centre hospitalier (personne admise)

Compléter l'échelle de Braden pour toute personne à risque de développer une lésion de pression :

- Une première fois, dans un délai de 24 h à 48 h ;
- En cours de suivi, dès que la personne présente un épisode de santé instable ou selon l'intensité des facteurs de risque identifiés.

En centre de réadaptation et en centre d'hébergement (personne admise)

Compléter l'échelle de Braden pour toute personne :

- Lors de l'admission, dans un délai de 72 h ;
- En cours de suivi, dès qu'elle présente un épisode de santé instable, à la suite d'une hospitalisation ou selon les fréquences suivantes :
 - Toutes les deux semaines pour 1 mois ;
 - Un score de 15 à 18, faible risque = annuel ;
 - Un score de 13 à 14, risque modéré = tous les 6 mois ;
 - Un score de 10 à 12, risque élevé = selon la directive de l'infirmière au PTI ;
 - Un score de ≤ 9, risque très élevé = selon la directive de l'infirmière au PTI.

Au domicile ou inscrite*

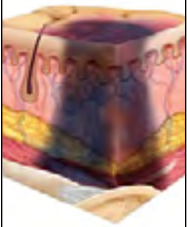
Compléter l'échelle de Braden pour toute personne à risque de développer une lésion de pression :

- Une première fois, dans un délai de 5 jours ;
- En cours de suivi, dès que la personne présente un épisode de santé instable, à la suite d'une hospitalisation ou dès qu'elle présente des facteurs de risque préoccupants.

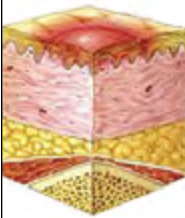
* Personne inscrite pour un épisode de soins, selon l'offre de services offerts par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

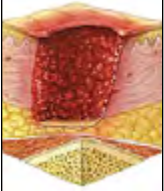
ÉVALUATION : stades, description, objectifs et interventions

Le stade ne change pas lors des évaluations subséquentes, sauf si une couche plus profonde de tissus est atteinte (détérioration de la plaie) ou si un stade x (changement de stade lorsqu'il est possible de visualiser le lit de la plaie).

STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	OBJECTIF	INTERVENTION
Lésion des tissus profonds 	• Peau avec ou sans bris cutané qui présente une zone localisée de décoloration foncée et persistante de rouge, marron ou violacée qui ne blanchit pas, ou une séparation de l'épiderme avec un lit de plaie foncé ou une phlyctène sanguine. • La douleur et un changement de température précèdent souvent les changements de coloration de la peau. • La décoloration peut être différente chez les personnes de pigmentation foncée. • Cette lésion est causée par une pression intense et prolongée et par des forces de cisaillement à l'interface entre le muscle et l'os. • La plaie peut évoluer rapidement et révéler l'étendue réelle de la lésion tissulaire ou elle peut se cicatriser sans perte tissulaire. • Si des tissus nécrotiques, des tissus sous-cutanés, de la granulation, du fascia, du muscle ou d'autres structures profondes sont visibles, cela indique une lésion de pression avec perte cutanée complète (stade indéterminé, stade 3 ou 4). La lésion de pression des tissus profonds ne doit pas être utilisée pour décrire des ulcères vasculaires, traumatiques, neuropathiques ou des conditions dermatologiques.	• Prévenir une plaie. • Détecter rapidement une plaie. • Éliminer la pression et la détérioration de la plaie. • Diminuer la friction par cisaillement et éviter une rupture de la peau. • Éviter de détruire du tissu vitalisé. • Retirer les tissus dévitalisés selon la zone anatomique atteinte. • Protéger la peau. • Soulager la douleur. • Surveiller l'évolution de la plaie.	• Dégagement de la zone de pression anatomique. • Agir sur les facteurs associés (échelle de Braden). • Ne pas asseoir ou coucher la personne sur sa plaie. • Inspecter la peau toutes les 8 heures. • Changer de position toutes les 2 heures. • Une fois les tissus morts bien définis, débrider selon la région anatomique, le statut vasculaire, le type de tissu nécrotique (tissus secs versus tissus nécrotiques humides). • Surveiller l'évolution de la plaie toutes les 24 à 48 heures. • Référer aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. • Nettoyer la plaie; produits suggérés : - Pansement protecteur sec; - Éviter les pansements adhésifs.



STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	OBJECTIF	INTERVENTION
Lésion de pression causée par un dispositif médical 	• Causée par l'utilisation de dispositifs conçus et appliqués pour des fins diagnostiques ou thérapeutiques. • Se conforme généralement au patron ou à la forme du dispositif. • Attribution d'un stade selon la classification par stade. • Le NPAUP* suggère d'attribuer un stade 4 aux plaies qui exposent du cartilage. * NPAUP : <i>National Pressure Ulcers Advisory Panel</i>	• Prévenir une plaie. • Détecter rapidement une plaie. • Éliminer la pression et la détérioration de la plaie. • Diminuer la friction par cisaillement et éviter une rupture de la peau. • Éviter de détruire du tissu vitalisé. • Protéger la peau. • Soulager la douleur. • Surveiller l'évolution de la plaie.	• Inspecter la peau toutes les 8 heures. • Mobiliser le dispositif toutes les 2 heures. • Ne pas masser la rougeur. • Ne pas installer la personne sur sa plaie. • Tenir la peau au sec. • Surveiller l'évolution de la plaie. • Référer aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. • Nettoyer la plaie; produits suggérés : - Crème hydratante, au besoin; - Pansement protecteur.
Lésion de pression aux membranes muqueuses (Lunette O ₂ , sonde urinaire, cathéter, etc.)	• Se trouve sur des membranes muqueuses sur lesquelles un dispositif médical a été utilisé au site de la blessure. • À cause de l'anatomie de ce tissu, ces ulcères ne peuvent être classifiés par stades.	Mêmes objectifs que pour la lésion de pression causée par un dispositif médical.	Même intervention que pour la lésion de pression causée par un dispositif médical.
STADE 1 : Érythème de la peau intacte qui ne blanchit pas 	• Peau intacte qui présente une zone localisée d'érythème qui ne blanchit pas, qui peut avoir un aspect différent chez les personnes avec une pigmentation foncée de la peau. • La présence d'un érythème qui blanchit ou des changements dans la sensation, la température ou la fermeté de la peau peuvent précéder les changements observables. • Les changements de coloration n'incluent pas la décoloration violacée ou marron qui peut indiquer une lésion des tissus profonds.	• Mêmes objectifs que pour la lésion des tissus profonds. • Limiter les effets de l'incontinence.	• Dégagement de la zone de pression anatomique. • Agir sur les facteurs associés (échelle de Braden). • Inspecter la peau toutes les 8 heures. • Changer de position toutes les 2 heures. • Surveiller l'évolution de la plaie toutes les 24 à 48 heures. • Placer un horaire de positionnement au chevet. • Encourager la personne à se mobiliser régulièrement, si possible. • Encourager la personne assise au fauteuil roulant à faire des exercices de transfert de poids. • Surveiller l'évolution de la plaie. • Référer aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. • Traiter la plaie. • Si la plaie est située au membre inférieur, effectuer les tests nécessaires pour déterminer l'apport sanguin. S'il est suffisant, cicatrisation en milieu humide contrôlé et, s'il est insuffisant, assèchement de la plaie et prévention des complications. • Produits suggérés : - Crème hydratante; - Pansement protecteur.

STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	OBJECTIF	INTERVENTION
STADE 2 : Perte cutanée partielle de la peau qui expose le derme 	- Le lit de la plaie est viable, rosé ou rouge, humide, et peut également avoir l'aspect d'une phlyctène séreuse, intacte ou éclatée. - Le tissu adipeux et les tissus profonds ne sont pas visibles. - Il n'y a pas de tissu de granulation, de nécrose humide ou d'escarre. - Ces lésions résultent fréquemment d'un microclimat (humidité) défavorable et de cisaillement de la peau dans la région du bassin et aux talons. - Ce stade ne devrait pas être utilisé pour décrire les dommages cutanés associés à l'humidité, incluant la dermatite associée à l'incontinence, l'intertrigo, les lésions liées aux adhésifs médicaux ou les plaies traumatiques (déchirures cutanées, brûlures, abrasions).	- Mêmes objectifs que pour la lésion des tissus profonds et le stade 1. - Retirer les tissus dévitalisés : - Contrôler l'exsudat; - Prévenir l'entrée microbienne; - Favoriser et protéger la granulation; - Maintenir un milieu humide contrôlé; - Protéger la peau environnante; - Soulager la douleur; - Réduire l'œdème. - Diminuer la fréquence des changements de pansements. - Limiter les effets de l'incontinence. - Prévenir une détérioration de la plaie.	- Maintenir les interventions pour la lésion des tissus profonds et celles du stade 1. - Référer aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. - Nettoyer la plaie; produits suggérés : Plaie avec exsudat léger : Appliquer un pansement mousse mince à changer tous les 3 à 7 jours, ou appliquer un pansement absorbant gélifiant + un hydrocolloïde à changer tous les 3 à 7 jours; Plaie avec exsudat modéré : Appliquer un pansement mousse à changer tous les 3 à 7 jours. En présence de signes de colonisation utiliser un pansement mousse avec Ag. Appliquer un pansement en pâte : En présence d'incontinence d'une plaie au siège, protéger la peau avec une barrière cutanée.
STADE 3 : Perte cutanée complète 	- Perte cutanée complète qui expose du tissu adipeux. Du tissu de granulation et une épibole (bords de plaie roulés) sont souvent présents. - Des tissus nécrotiques humides et des escarres peuvent être visibles. - La profondeur des dommages tissulaires varie selon la région anatomique; les régions avec des tissus adipeux importants peuvent développer des plaies profondes. - Des espaces sous-jacents ou des sinus peuvent être présents. - Les aponévroses, les muscles, les tendons, les ligaments, les cartilages et les os ne sont pas exposés. - Si les tissus nécrotiques humides ou l'escarre dissimulent l'étendue de la perte tissulaire, il s'agit d'une plaie de stade indéterminé.	- Mêmes objectifs que pour la lésion des tissus profonds et les stades 1 et 2. - Comblent l'espace mort. - Réduire les odeurs. - Méthode adjuvant. - Débridement.	- Maintenir les interventions pour la lésion des tissus profonds et celles des stades 1 et 2. - Adresser au médecin traitant pour un avis médical et une orientation du traitement souhaité. - Réaliser le débridement de la plaie. - Surveiller l'évolution de la plaie. - Référer aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. - Nettoyer la plaie; produits suggérés : Plaie avec exsudat modéré : Comblent la cavité en appliquant un pansement absorbant gélifiant ou alginate sans créer de pression + un hydrocolloïde à changer tous les 3 à 7 jours; Plaie avec exsudat modéré à abondant : Comblent la cavité avec pansement hydrofibre ou alginate sans créer de pression, couvrir d'un pansement mousse à changer tous les 2 à 3 jours. En présence de signes de colonisation, utiliser un pansement mousse avec Ag. Appliquer un pansement en pâte : En présence d'incontinence d'une plaie au siège, protéger la peau avec une barrière cutanée. Envisager une méthode de traitement adjuvant.

STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	OBJECTIF	INTERVENTION
STADE 4 : Perte cutanée et tissulaire complète 	• Perte cutanée et tissulaire complète qui expose ou atteint directement les aponévroses, les muscles, les tendons, les ligaments, les cartilages et les os. • Des tissus nécrotiques humides et des escarres peuvent être visibles. Il y a souvent présence d'épibole (bords de plaie roulés), d'espaces sous-jacents et de sinus. • La profondeur varie selon la région anatomique. Si des tissus nécrotiques humides ou des escarres dissimulent l'étendue de la perte tissulaire, il s'agit d'une lésion de pression de stade indéterminé.	Mêmes objectifs que pour la lésion des tissus profonds et les stades 1, 2 et 3.	• Maintenir les interventions pour la lésion des tissus profonds et celles des stades 1, 2 et 3. • Adresser au médecin traitant pour un avis médical et une orientation du traitement souhaité. • Réaliser le débridement de la plaie. • Surveiller l'évolution de la plaie. • Référer aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. • Nettoyer la plaie : produits suggérés (idem au stade 3). S'ajoutent aux interventions du stade 3 : • Traitement chirurgical spécialisé pour corriger les difformités créées par la destruction du tissu. • Consultation : - Chirurgie orthopédique; - Chirurgie générale; - Chirurgie plastique; - Chirurgie vasculaire. • Envisager une méthode de traitement adjuvant.
STADE INDÉTERMINÉ (X) : Perte cutanée et tissulaire complète masquée 	• Perte cutanée et tissulaire complète dont l'étendue des dommages de l'ulcère ne peut être confirmée, car il est recouvert de tissus nécrotiques humides ou d'une escarre. • Si les tissus nécrotiques humides ou l'escarre sont retirés, une lésion de pression de stade 3 ou de stade 4 sera révélée.	Mêmes objectifs que pour la lésion des tissus profonds et les stades 1, 2 et 3.	• Maintenir les interventions pour la lésion des tissus profonds et des stades 1, 2 et 3. • Adresser au médecin traitant pour un avis médical et une orientation du traitement souhaité. • Surveiller l'évolution de la plaie. • Adresser aux professionnels concernés afin de déterminer des interventions spécifiques. • Produits suggérés : - Scarification de la nécrose avec lame (sauf pour les plaies au talon); - Appliquer un agent de débridement autolytique, enzymatique et couvrir d'un pansement non adhésif à changer toutes les 24 heures. Lorsque la nécrose est retirée, référer aux interventions selon l'identification du stade de la plaie. Dans le cas d'une lésion sèche intacte sans érythème, ni fluctuation liquidienne au talon. Produits suggérés : Désinfection avec chlorexidine ou proviodine + pansement sec, une fois par jour.
Une escarre stable (sèche, adhérente, intacte, sans érythème, ni fluctuation liquidienne) sur un talon ou sur un membre ischémique ne devrait pas être ramollie ou enlevée.			

16 ULCÈRE DU MEMBRE INFÉRIEUR

Dans un premier temps, il faut identifier l'origine de l'ulcère. L'indice de pression systolique cheville-bras (IPSCB) est un test diagnostique non invasif qui donne une mesure objective de la maladie artérielle et de sa gravité. Ce test est effectué à l'aide d'un appareil à ultrasons *Doppler* qui mesure et compare les pressions systoliques à la cheville et au bras. Le résultat du test indique le degré d'insuffisance artérielle des membres inférieurs et guide l'intervenant dans sa prise de décision quant à l'application de bandages ou de bas compressifs et dans son plan de traitement.

Obtenir un diagnostic médical de la maladie vasculaire périphérique est essentiel à la prise en charge et aux traitements. Il permet de :

- Déterminer ou d'éliminer la présence d'une maladie artérielle;
- Déterminer s'il y a contre-indication à la thérapie de compression pour l'ulcère veineux;
- Déterminer s'il y a une indication de débridement.

16.1 LES ULCÈRES VEINEUX

Définition

Plaie située dans le tiers inférieur de la jambe, plus spécifiquement dans la zone de la malléole médiale. Son origine est une dysfonction du système veineux qui occasionne de l'insuffisance veineuse chronique entraînant une hypertension veineuse (apport d'éléments nutritifs nécessaires au maintien de l'intégrité de la peau compromis).

Le système veineux contient des valvules unidirectionnelles qui favorisent le retour veineux vers le cœur malgré l'effet de la gravité. Ces valvules fonctionnent grâce à la pompe musculaire activée par les muscles squelettiques entourant les veines profondes. Pendant les exercices ou la marche, les muscles compriment la veine qui ouvre la valvule et pousse le sang vers le cœur.

ÉVALUATION

Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine veineuse du membre inférieur

Apparence	• Dilatation de la cheville ou, si l'état est chronique, cheville étroite et mollet œdémateux. • Présence de varices.
Couleur	• Normale à foncée. • Pigmentation d'hémossidérine permanente d'un brun rougeâtre, particulièrement dans le tiers inférieur de la jambe.
Peau	• Chaude, sèche, squameuse, irritée. • Ligneuse et fibreuse au toucher. • Apparence d'atrophie blanche. • Fragile.



Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine veineuse du membre inférieur

Ongles	Normaux ou possible mycose.
Œdème	• Œdème prenant le godet de léger à prononcé. • Diminue lorsque les membres inférieurs sont élevés au-dessus de la hanche.
Pouls	Présent ou difficile à palper.
Sensibilité	• Démangeaisons importantes de la peau. • L'irritation de la peau est causée par l'accumulation de fluide et l'extravasation des globules rouges dans le derme sous-jacent.

ULCÈRE

Siège	• Tiers inférieur de la jambe, région antérieure, pré-tibiale ou interne. • Un ou plusieurs ulcères peuvent être présents. L'ulcère peut être étendu.
Fond de l'ulcère	Peu profond, humide, pouvant arborer un rouge ou jaune foncé.
Bords de l'ulcère	• Diffus. • Irréguliers.
Pourtour cutané	Peau macérée si l'écoulement est abondant.
Écoulement	Abondant, séreux, infecté, malodorant.

COMPLICATIONS

COMPLICATION	INFORMATION COMPLÉMENTAIRE
Dermatite de contact irritative	• Apparaît sous les bandages en présence d'humidité liée à l'exsudat (celui-ci contient des enzymes protéolytiques très irritantes pour la peau environnante). • Manifestations : érythème, desquamation, érosion, excoriation et inflammation superficielle des tissus. • En présence d'exsudat modéré à abondant, l'utilisation de pansements absorbants et des changements plus fréquents minimisent ce risque.
Infection	L'ulcère veineux comporte plusieurs facteurs de risque en lien avec l'infection : une plaie de grande surface, la présence de tissus nécrotiques, l'excès d'humidité en raison d'un exsudat souvent abondant, l'œdème, la diminution de la mobilité et la chronicité de la plaie (> 1 mois).
Dermatite de stase	• Signe clinique fréquemment observé chez les personnes présentant de l'insuffisance veineuse. • Peau sèche qui desquame sur le pourtour de l'ulcère et de la cheville. • Peau rouge et enflammée. • Démangeaison possible.

INTERVENTIONS

Interventions préventives

- Exercice quotidien : la marche contribue à une circulation optimale dans la jambe.
- Saine alimentation et contrôle du poids.
- Périodes de repos adéquates : demeurer le moins longtemps possible en position debout stationnaire.
- Élever les membres inférieurs lorsque la personne est couchée : les chevilles doivent être plus élevées que le niveau du cœur.
- Arrêt tabagique : la nicotine crée un effet vasoconstricteur.
- Information à la personne et à ses proches en leur expliquant et en leur remettant le dépliant d'enseignement.

Interventions curatives

- Traiter la cause de la plaie, de la non-guérison ou de la détérioration de celle-ci.
- Éliminer une composante d'insuffisance artérielle concomitante par la prise d'un IPSCB.
- Traiter la plaie : sélectionner les produits ou les pansements selon les caractéristiques de la plaie. Si l'IPSCB est normal, assurer une guérison en milieu humide contrôlé. S'il y a présence de maladie artérielle, un traitement conservateur s'avère sécuritaire.
- Tenir compte de la douleur de la personne pour le choix des produits ou des pansements et des moyens de compression.
- La compression du membre inférieur est essentielle dans la prise en charge de l'ulcère veineux. Afin de déterminer le degré de compression pouvant être utilisé pour une personne, un IPSCB doit être effectué.

Bandage de compression

Il est utilisé pour contrôler l'œdème de la jambe et recommandé pour traiter les ulcères veineux de la jambe. Il existe des systèmes élastiques (grande extensibilité) et inélastiques (faible extensibilité).

La force de compression produite par n'importe quel système de contention sur une période donnée est déterminée par des interactions complexes, la structure physique, les propriétés élastiques du bandage, la taille et la forme du membre sur lequel la compression est exercée, la compétence et la technique du praticien et la nature des activités physiques effectuées par l'utilisateur.

Une ordonnance individuelle est requise :

- **Compression élastique** : systèmes composés de 2 couches présentant différentes propriétés d'étirement (courte élasticité, longue ou variable). Forte compression au repos et à la contraction musculaire : bas support, bandage multicouche ;
- **Compression inélastique** : systèmes composés de bandes n'ayant peu ou pas de propriétés d'étirement. Faible compression au repos, mais une forte compression lorsque l'expansion du mollet butte contre le revêtement du tissu inextensible.

Se référer à la méthode de soins pour l'application d'un bandage de compression élastique ou inélastique.

**La compression est la clé du traitement des ulcères veineux.
Le médecin a la responsabilité du diagnostic. Il doit prescrire le degré de compression en fonction des résultats obtenus de l'IPSCB. Ne pas avoir recours à une compression conduit souvent à une impossibilité de guérison dans plusieurs situations cliniques.**

Bas de compression

- Les bas de compression servent à contrôler l'œdème et non à le traiter.
- Le **bas compressif** possède une compression > que 20 mmHg.
- Une ordonnance médicale est requise pour les bas procurant une compression > 20 mmHg.
- Il faut mettre les bas de préférence le matin, avant de sortir du lit.
- Si la personne s'est levée avant de mettre ses bas, recommander une séance en position couchée de 30 minutes si les jambes sont allongées, ou de 15 minutes si les jambes sont surélevées.

Note : Le tubigrip, système de compression légère entre 10-20 mmHg selon la grandeur utilisée et la circonférence du mollet, est idéal pour tester la tolérance à la compression.

Voir
Annexe
8

16.2 LES ULCÈRES ARTÉRIELS

Définition

Plaie située généralement entre le genou et l'extrémité de la jambe. Causée par une obstruction du système artériel de la jambe, principalement les artères fémorales, poplitées, tibiales et pédieuses. Cette obstruction mène à une ischémie et celle-ci conduit éventuellement à une nécrose des tissus environnants.

Il existe plusieurs facteurs de risque dont le tabagisme, le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, l'âge, le sexe (masculin), l'origine ethnique, le stress et l'inactivité.

ÉVALUATION

Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine artérielle du membre inférieur

MEMBRE	
Apparence	Normale ou atrophie musculaire.
Couleur	• Pâle, mince, luisante. • Pâlissante lorsque le membre est surélevé. • Rouge lorsque le membre est en position déclive.
Peau	• Orteils pâles, décolorés ou bleuâtres. • Pieds froids au toucher. • Perte de poils sur les pieds et les jambes.
Ongles	Ongles jaunes, durs, épais et cassants.
Œdème	Nul ou très léger.
Pouls	• Tibial postérieur. • Absent ou faible. • Pédieux.
Sensibilité	Douleur importante qui s'accroît avec l'activité ou la surélévation du membre.



Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine artérielle du membre inférieur

ULCÈRE	
Siège	Extrémité des orteils, face dorsale du pied, malléole externe.
Fond de l'ulcère	• Rosé ou rempli de nécrose jaunâtre humide. • Sec. • Nécrose sèche souvent présente.
Bords de l'ulcère	• Bien défini. • Semble découpé à l'emporte-pièce.
Pourtour cutané	• Sec. • Présence possible d'autres lésions.
Écoulement	• Très faible. • Séreux ou purulent.

COMPLICATIONS

COMPLICATION	INFORMATION COMPLÉMENTAIRE
Infection	• Les tissus deviennent ischémiques; il y a diminution de la réponse inflammatoire. • L'infection se situe en général à la jonction des tissus sains et nécrotiques.
La gangrène	Liée à la diminution de la circulation artérielle. La plaie se dessèche et les tissus deviennent nécrosés.
L'amputation	Lors d'échec des traitements antérieurs ou présence d'une infection de plaie et d'un apport sanguin insuffisant pour obtenir une guérison.

INTERVENTIONS

Interventions préventives

Les interventions suivantes sont préconisées :

- Exercice quotidien : la marche (l'entraînement en présence de douleur peut permettre d'augmenter la tolérance à l'effort).
- Saine alimentation et contrôle du poids.
- Périodes de repos adéquates : demeurer le moins longtemps possible en position debout stationnaire.
- Arrêt tabagique : la nicotine crée un effet vasoconstricteur.
- Contrôle optimal de l'hyperglycémie.
- Gestion du stress.

Interventions curatives

- Approche médicale pour traiter la maladie vasculaire. Aviser le médecin traitant de vos observations et du résultat de votre IPSCB.
- Étant donné le faible potentiel de guérison de ces ulcères jusqu'à ce qu'une intervention de revascularisation soit effectuée, les soins de plaies auront pour objectifs de :
 - Assécher l'ulcère;
 - Éviter la pression sur le site de l'ulcère;
 - Contrôler la charge bactérienne et prévenir l'infection.
- Utiliser des produits antiseptiques pour favoriser l'assèchement et diminuer la charge bactérienne.
- Ne pas débrider.
- Protéger la peau environnante pour prévenir d'autres lésions, tenter d'enrayer toute humidité des régions interdigitales.
- Assurer le confort de la personne par une gestion efficace de la douleur.
La douleur a un impact important sur la qualité de vie et sur la qualité du sommeil.
- Utiliser des modalités adjuvantes si elles sont appropriées.>
- Éviter de coller sur la peau tout produit adhésif, « sauf silicone ».

Voir
Annexe
4

Soins locaux selon l'aspect de l'ulcère

ASPECT	INTERVENTION
Ulcère artériel avec nécrose humide et exsudat léger	Tenter le plus possible d'assécher l'ulcère.
Ulcère artériel nécrotique, fermé et couvert d'une escarre	• Désinfecter une fois par jour avec une solution antiseptique (providoine iodée 10 % ou chlorexidine 0,5 %). • Couvrir d'un pansement sec protecteur.
Orteil avec zone nécrotique sèche	• Désinfecter une fois par jour, idem. • Couvrir d'un pansement sec protecteur.
Orteil avec nécrose et articulation ouverte	• Désinfecter une fois par jour, idem. • Couvrir d'un pansement sec protecteur. • Informer rapidement le médecin.
Ischémie grave avec gangrène sèche de tous les orteils	• Désinfecter une fois par jour, idem. • Couvrir d'un pansement sec protecteur. • Appliquer des compresses sèches entre les orteils pour diminuer l'humidité et les garder séparées. • Informer rapidement le médecin.
Ischémie grave avec gangrène sèche de tous les orteils et odeur nauséabonde	• Désinfecter une fois par jour, idem. • Couvrir d'un pansement sec protecteur. • Appliquer des compresses sèches entre les orteils pour diminuer l'humidité et les garder séparées. • Ajouter un pansement de charbon activé pour diminuer les odeurs. • Informer rapidement le médecin.

16.3 LES ULCÈRES D'ORIGINE DIABÉTIQUE OU NEUROPATHIQUE

Définition

Plaie qui résulte de la combinaison d'anomalies neurologiques et vasculaires, et d'une diminution de la résistance à l'infection. Découle souvent d'un traumatisme mineur causé par des chaussures inadéquates, une source de chaleur non perçue ou la pénétration d'un corps étranger, appelée aussi « mal perforant plantaire ». Une diminution symétrique de la sensation protectrice aux extrémités est caractéristique d'une forme de neuropathie.

Les différents types de neuropathies sont :

- Neuropathies sensorielles (affecte les nerfs sensitifs);
- Neuropathies autonomes (affecte les glandes sudoripares, entraîne la sécheresse, les crevasses, les fissures, les callosités);
- Neuropathies motrices (affecte la motricité, le déséquilibre, la déformation).

L'hyperglycémie chronique est à l'origine de ces dommages qui rendent la personne plus à risque de développer des ulcères par traumatismes répétés. Chez la personne diabétique, le risque d'ostéomyélite est accru étant donné que les réactions immunologiques sont altérées et qu'il est plus difficile de percevoir les symptômes habituels d'infection tels que la douleur, la fièvre et les frissons.

Les facteurs de risque sont :

- Diabète de types 1 et 2;
- Perte de sensation (neuropathie);
- Présence d'hyperkératose au niveau du pied et des orteils;
- Traumatisme au niveau du pied.

ÉVALUATION

Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine diabétique ou neuropathique

Apparence

- Déformation possible du pied et des orteils.
- Hallux valgus.
- Orteils en marteau ou en griffe.
- Pied creux.
- Saillie des têtes métatarsiennes et amincissement des muscles et des coussins plantaires.
- Dorsiflexion du 1^{er} orteil.
- Pied de Charcot : ostéoneuroarthropathie évolutive.
- Affaiblissement des os (se fracturent facilement).
- Destruction de la masse osseuse.
- Affaiblissement de la cambrure du pied.
- Déformation de l'articulation tarsienne.
- Création de points d'hyperpression.
- En phase aiguë : présence d'un pied rouge, œdémateux, chaud et douloureux.



Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine diabétique ou neuropathique

Couleur	Normale ou pâle, en présence d'une composante artérielle.
Peau	• Température variable. • Absence de pilosité possible. • Sèche, avec d'épaisses callosités sur les points de pression. • Peut se fendiller ou se fissurer.
Ongles	Épaississement possible.
Œdème	Nul ou très faible.
Pouls	• Ulcère neuropathique : présent et souvent bondissant. • Ischémie : non palpable ou faible, pulsation monophasique.
Sensibilité	• Aucune douleur au site de l'ulcère. • S'accompagne de dysthésie (diminution de la sensibilité) aux membres inférieurs. • Si la douleur augmente, rechercher une infection possible.

ULCÈRE

Siège	• Sur la face plantaire du pied, du talon, sur les extrémités métatarsiennes, sur les points de pression et sous les callosités. • Espaces interdigitaux. • Plaie très petite à variable. • Rond parfait. • Peut être très profond, risque de se rendre à l'os et de provoquer une ostéite.
Fond de l'ulcère	• Peut être couvert de tissus nécrotiques secs ou humides. • Possibilité d'invasion des tissus sous-jacents. • Souvent tissus de granulation. • Ulcère neuropathique, rosé à rougeâtre. • Si ischémie, pâle à rosée. • Surveiller la présence de structures profondes (tendon, os).
Bords de l'ulcère	• Semble découpé à l'emporte-pièce. • Non attaché. • Avec hyperkératose. • Avec callosité. • Possibilité de macération.
Pourtour cutané	Sec et souvent entouré d'épaisses callosités.
Écoulement	Très faible, sérosanguin.

Gradation des plaies d'une personne ayant un ulcère du pied diabétique et risque associé à la détérioration et à l'amputation.



Voir
Annexe
9

INTERVENTIONS

Interventions préventives

- Identification des personnes à risque : tous les diabétiques.
- Examen annuel : examen du pied et test au monofilament chez toutes les personnes diabétiques.
- Exercice quotidien : la marche.
- Saine alimentation et contrôle du poids.
- Arrêt tabagique : la nicotine crée un effet vasoconstricteur.
- Journal glycémique, contrôle de la glycémie.
- Gestion du stress.
- Mise en décharge.
- Traiter le *tinea pedis*, lorsque présent (pied d'athlète ou intertrigo interorteils).
- Corriger adéquatement, lorsque cela est possible, les callosités et les difformités.
- Autoexaminer les pieds et effectuer des soins podologiques méticuleux.
- S'assurer que la personne porte ses orthèses et de bonnes chaussures.
- Information à la personne et à ses proches en expliquant et en remettant le dépliant d'enseignement.

Interventions curatives

- Évaluer la ou les causes sous-jacentes : neuropathie (type de neuropathie, test au monofilament, examen des membres inférieurs) ou ischémie (IPSCB, indice de pression systolique cheville-bras requis).
- Sonder l'ulcère afin de déceler tout tractus sinusal ou toute surface osseuse signifiant la présence d'une infection profonde.
- En cas d'ulcère plantaire, il faut réduire la pression. Il faut éviter de prendre appui sur le pied touché et utiliser un appareil ou une chaussure de décharge.
- Effectuer une culture de plaie en présence de signes d'infection de l'ulcère.
- La préparation du lit de la plaie comporte l'excision des tissus nécrosés (plaies neuropathiques et ischémiques non critiques seulement) et le maintien d'un milieu humide convenable au moyen d'un pansement. Les hydrogels sont utilisés pour que le lit de la plaie demeure humide en cas d'ulcère neuropathique sec.
- Il faut prendre en charge les troubles de comorbidités (ex. : hyperglycémie, HTA, etc.).
- Si possible, orienter la personne vers une clinique spécialisée dans le traitement des plaies.
- Contrôler les glycémies avec un journal de bord lors du traitement et effectuer une surveillance plus rapprochée afin de maximiser la guérison.

COMPLICATIONS

COMPLICATION	INFORMATION COMPLÉMENTAIRE
Arthropathie de Charcot	• Complication de la neuropathie sensitive et motrice caractérisée par la déformation des pieds. • Complication la plus grave du pied diabétique.
Infection	• L'hyperglycémie a un impact sur le système immunitaire de la personne diabétique. • L'altération du système immunitaire combinée à l'œdème et l'hyperglycémie crée un milieu favorable à la croissance bactérienne et fongique.
Amputation	De 5 % à 10 % des personnes diabétiques subissent une amputation à un membre inférieur liée à la maladie vasculaire ou à l'infection.

17 PLAIES TRAUMATIQUES

17.1 ABRASION, CONTUSION, LACÉRATION, PLAIE PUNCTIFORME

DÉFINITION / ÉVALUATION / INTERVENTIONS

Plaie qui se produit habituellement de manière accidentelle.

TYPE	CARACTÉRISTIQUE	INTERVENTION
LACÉRATION Déchirure de la peau causée par des objets tranchants (ex. : métal, bois, verre) ou par une force de cisaillement intense. Les rebords de la plaie sont dentelés et irréguliers.	• Agent causal • Dimension • Profondeur • Localisation • Saignement • Contamination • Sensibilité • Mobilité du membre • Douleur	• Nettoyer avec des compresses de NaCl .09 %. • Pansement non adhérent. • Pansement secondaire selon les caractéristiques de la plaie.
ABRASION Blessure traumatique qui survient lorsque des forces de friction blessent les couches superficielles de la peau.	• Agent causal • Étendue • Localisation • Contamination • Mobilité du membre • Sensibilité • Douleur	Sans corps étranger : • Nettoyer au sérum physiologique NaCl .09 %; • Pansement non adhérent; • Pansement secondaire selon les caractéristiques de la plaie. Avec corps étranger (ex. : terre, gravier, écharde) : • Frotter avec des compresses humides imbibées de NaCl .09 % en sens inverse du trajet de pénétration des corps étrangers. Utiliser une brosse chirurgicale, au besoin; • Enlever les corps étrangers superficiels avec une pince; • Nettoyer au NaCl .09 %; • Pansement non adhérent; • Pansement secondaire selon les caractéristiques de la plaie.
CONTUSION Blessure sans bris de peau causée par un choc direct entre une partie du corps et un objet contondant. Elle est souvent douloureuse et est caractérisée par une décoloration cutanée et de l'œdème.	• Agent causal • Localisation • Œdème • Décoloration de la peau • Tuméfaction, hématome • Mobilité du membre • Sensibilité • Douleur	• Appliquer des compresses froides ou de la glace pendant 20 minutes durant les premières 48 heures. • Appliquer des compresses humides, tièdes à chaudes, durant 10 minutes et trois fois par jour par la suite.



TYPE	CARACTÉRISTIQUE	INTERVENTION
PLAIE PUNCTIFORME Blessure causée par la pénétration d'objets tranchants (ex. : lame) ou de corps étrangers (ex. : clou, verre) dans les tissus. Comprend les piqûres d'insectes, les piqûres d'aiguille accidentelles et les morsures animales et humaines.	• Agent causal • Localisation • Dimension • Profondeur • Saignement • Signes d'inflammation • Tissus ou organes impliqués • Nécrose • Contamination • Si corps étranger : type, visibilité et mobilité • Sensibilité • Mobilité du membre • Douleur	Avec corps étranger : • Lorsque le corps étranger est enlevé et que le saignement est contrôlé, nettoyer avec des compresses humides de NaCl .09 %; • Pansement selon les caractéristiques de la plaie et du type de fermeture (ex. : sutures). Si la plaie est laissée ouverte, combler l'espace mort sans compacter et couvrir d'un pansement secondaire. Sans corps étranger : • Blessure mineure : nettoyer avec des compresses de NaCl .09 %; • Blessure majeure : irriguer avec le NaCl .09 %; • Pansement selon les caractéristiques de la plaie. Piqûre d'insecte : • Retirer rapidement le dard avec une pince; • Ne pas gratter la plaie; • Appliquer de la glace pendant 10 minutes. Par la suite, appliquer des compresses humides froides durant 20 minutes, toutes les 2 heures, si œdème, douleur ou démangeaisons; • Utiliser de la lotion calamine ou du bicarbonate de soude si les démangeaisons persistent. Prendre un bain d'eau tiède avec 250 ml de bicarbonate de sodium, si piqûres multiples, de 15 à 30 minutes, 3 ou 4 fois par jour, au besoin. Morsure humaine : • Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon; • Éviter de faire saigner la plaie afin de ne pas créer de traumatisme supplémentaire; • Éviter de broser et d'utiliser une solution corrosive ou irritante (contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool); • Pansement secondaire selon les caractéristiques de la plaie et fixer sans constriction; • Se référer au <i>Protocole pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés au sang ou à d'autres liquides biologiques</i> pour l'évaluation de l'exposition. Morsure animale : • Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon durant 10 à 15 minutes; • Appliquer un agent virucide (ex. : proviodine); • Pansement secondaire selon les caractéristiques de la plaie et fixer sans constriction; • Se référer au <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> pour l'évaluation de l'exposition; • En cas de doute, à savoir si l'exposition est à risque de transmission du virus de la rage, consulter la Direction de santé publique.

Pour toute morsure de type animale ou humaine, vous devez vous référer au *Protocole d'immunisation du Québec*.

http://zone-ciusss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Communiqu%C3%A9,%20lettres%20et%20notes%20de%20service/DSPub_NDS%20_Protoc-immunisation-Qu%C3%A9bec_%202018-05-10.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

17.2 DÉCHIRURES CUTANÉES

Définition

Les déchirures cutanées (DC) sont des plaies traumatiques qui touchent principalement les membres supérieurs et les membres inférieurs des personnes âgées. Les déchirures cutanées sont directement liées aux modifications tégumentaires inhérentes au processus de vieillissement de la personne.

Une déchirure cutanée est une plaie causée par le **cisaillement**, la **friction** ou une **force contondante** provoquant la séparation des couches cutanées (épiderme, derme).

Déterminer le risque de développer une déchirure cutanée et l'agent causal.

Déterminer l'état et la gravité de la déchirure cutanée.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

INTÉGRITÉ DE LA PEAU	POSITIONNEMENT	ENVIRONNEMENT
Utiliser un savon émollient pour les soins d'hygiène.	Utiliser une alèse pour la mobilisation de la personne.	Assurer un environnement bien éclairé et libre d'obstacles.
Ne pas frotter vigoureusement la peau lors des soins d'hygiène.	Positionner la personne de façon à diminuer la friction et le cisaillement.	Utiliser des oreillers ou des coussins pour maintenir les membres instables.
Stimuler l'hydratation et optimiser l'apport nutritionnel (référence en nutrition, au besoin).	Manipuler la personne avec délicatesse.	Encourager le port de vêtements longs.
• Utiliser un pansement non adhérent sur la peau pour fixer le pansement. • Retirer délicatement les produits adhésifs : décoller un coin, maintenir les tissus cutanés et tirer parallèlement à la peau.	Ne pas porter de bijoux pour ne pas blesser la peau de la personne.	• Recouvrir les ridelles de lit et les parties métalliques des appareils orthopédiques avec de la mousse. • Garder courts les ongles de la personne.

ÉVALUATION

TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
Sans perte tissulaire	Perte tissulaire partielle	Perte tissulaire totale
Déchirure linéaire ou en lambeau qui peut être repositionnée pour recouvrir le lit de la plaie.	Perte partielle du lambeau qui ne peut pas être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie.	Perte totale du lambeau exposant le lit de la plaie en entier.

INTERVENTIONS

PRODUIT	INDICATION	TYPE DE DÉCHIRURE	CONSIDÉRATION
Colle cutanée	Rapprocher les berges de la plaie.	Type 1	• À utiliser dans les 24 h suivant le trauma. • Une directive médicale ou règle de soins est nécessaire pour son application.
Pansement d'acrylique	• Plaie peu ou modérément exsudative, sans saignement actif. • Port prolongé.	Types 1-2-3	• Précaution au retrait. • À privilégier seulement pour un port prolongé.
Alginat de calcium	• Plaie modérément ou fortement exsudative. • Favorise l'hémostase.	Types 1-2-3	• Peut dessécher la plaie si exsudat insuffisant. • Pansement secondaire nécessaire.
Fibre gélifiante	Plaie modérément ou fortement exsudative.	Types 2-3	• Ne favorise pas l'hémostase. • Peut dessécher la plaie si exsudat insuffisant. • Pansement secondaire nécessaire.
Hydrogel	Hydrate la plaie.	Types 2-3	• Attention : macération périlésionnelle possible. • Favorise l'autolyse des plaies peu exsudatives. • Pansement secondaire nécessaire.
Mousse hydrocellulaire	• Exsudat modéré à important. • Port de 2 à 7 jours selon exsudat.	Types 2-3	Préférence pour une mousse bordée de silicone.
Interface non adhérente	Plaie sèche ou humide.	Types 1-2-3	• Optimisation du niveau d'humidité pour la majorité des plaies. • Retrait à traumatique. • Nécessite souvent un pansement secondaire.
Pansement Ag	Activité antimicrobienne à large spectre, incluant les souches résistantes.	Types 1-2-3	• Ne pas utiliser indéfiniment. • Contre-indiqué : allergie Ag. • Utiliser si infection locale/profonde. • Utiliser version mousse Ag bordée de silicone.
Non recommandé	• Sutures et agrafes sont à proscrire en raison de la fragilité cutanée. • Le pansement à base d'iode assèche la plaie et la peau périlésionnelle. • Les pellicules transparentes et les hydrocolloïdes contribuent aux déchirures cutanées associées aux adhésifs médicaux. • Les bandes adhésives de rapprochement augmentent le risque de nouvelles déchirures cutanées.		
En présence d'une déchirure cutanée aux membres inférieurs, les risques et les causes de l'œdème périphérique devraient être évalués et pris en charge.			

Sélection des produits pour le traitement des DC, selon les recommandations 2015 de l'ISTA.

17.3 BRÛLURES

Définition

Destruction partielle ou complète de la peau causée par un contact avec une source thermique (chaud, froid), un courant électrique, des substances chimiques caustiques (contact, ingestion, inhalation, injection) ou une radiation (exposition au soleil, radiothérapie).

ÉVALUATION

Classification des brûlures selon la structure anatomique atteinte

BRÛLURE	STRUCTURE ANATOMIQUE ATTEINTE	SYMPTÔME	ÉVOLUTION
Superficielle 1^{er} degré	Couches superficielles de l'épiderme.	• Érythème et chaleur. • Peau sèche, œdème léger. • Douleur modérée. • Remplissage capillaire positif.	• Guérison : de 2 à 5 jours. • Pas de risque d'infection.
Partielle superficielle 2^e degré	Tout l'épiderme et pas plus que le 1/3 du derme.	• Phlyctènes incolores. • Épiderme rompu, coloration rose foncé ou rouge et humide. • Exsudat séreux. • Très sensible. • Douleur très vive à l'air, à la chaleur ou au froid. • Remplissage capillaire positif.	• Guérison par régénération épidermique. • Guérison : moyenne de 14 jours. • Aucune cicatrice permanente. • Risque d'infection.
Partielle profonde 2^e degré	Tout l'épiderme et la quasi totalité du derme.	• Blanc mat, lisse. • Peu d'exsudat. • Diminution de la perception de la douleur ou perte de sensibilité. • Remplissage capillaire ralenti. • Si phlyctènes avec base mal vascularisée, couleur blanche rosée. • Sensibilité réduite.	• Cicatrisation par régénération épidermique possible, mais longue : de 4 à 10 semaines. • Guérison difficile. • Cicatrices. • Incapacités motrices. • Risque d'infection accru (atteinte vasculaire).
Profonde 3^e degré	• Épiderme, derme, hypoderme. • Glandes sébacées et sudoripares, follicules pileux.	• Peau blanche marbrée, cartonnée et cireuse • Si atteinte du tissu adipeux : brun, noir. • Surface dure, cuirassée. • Plaie sèche, nécrose adhérente. • Indolore, insensible.	• Régénération tissulaire impossible. • Excision des tissus brûlés avec greffe cutanée. • Risque d'infection important. • Cicatrices marquées. • Incapacités motrices.
Sous-dermique 4^e degré	Atteinte cutanée jusqu'aux tissus hypodermiques : fascia, muscle, tendon et os.	• Tissus carbonisés, secs, bruns ou blancs. • Perte totale de sensibilité. • Pertes tissulaires. • Diminution ou perte de mobilité si sur une extrémité ou un membre.	• Guérison compromise. • Lambeaux cutanés nécessaires. • Risque d'amputation.

INTERVENTIONS

Soins et traitements d'une brûlure superficielle ou partielle causée par la chaleur

BRÛLURE	INTERVENTION
Superficielle 1^{er} degré	• Immerger dans l'eau froide (de 10 à 20 °C) idéalement dans les 30 minutes qui suivent l'accident. • Application de crème hydratante non parfumée plusieurs fois par jour. • Administration d'analgésiques pour contrôle de la douleur, au besoin.
Partielle 2^e degré • Superficielle • Profonde	Transfert au centre des grands brûlés • Effectuer les soins et les traitements selon l'ordonnance médicale. • Traitement : - Tulle gras et pansement d'argent (si risque d'infection) avec pansement absorbant selon écoulement; - Si plaie sèche, tulle gras et onguent antibiotique, pansement d'argent (la flamazine est de moins en moins utilisée, car elle colore les plaies et laisse un dépôt qui biaise l'évaluation de la plaie); - Visage : appliquer un onguent antibiotique de 2 à 3 fois par jour, sans pansement secondaire. • Respecter une asepsie rigoureuse. • Vérifier le statut vaccinal de la personne (vaccin antitétanique) et compléter la vaccination, au besoin. Toujours se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).
Profonde 3^e degré Sous-dermique 4^e degré	Transfert au centre des grands brûlés • Couvrir les brûlures avec des gazes stériles humides (éviter le telfa, qui rend les plaies très humides et n'absorbe pas). • Administration d'analgésiques et d'anxiolytiques pour contrôle de la douleur et de l'anxiété.

ENGELURES

Les engelures sont des lésions très douloureuses qui s'apparentent à des gelures locales au 1^{er} degré. Les endroits touchés sont rouges et enflés, causent des douleurs de type de brûlures, ou démangeaisons importantes, voire insupportables.

Soins et traitements d'une brûlure superficielle ou partielle causée par le froid, contact prolongé avec un métal froid

	INTERVENTION
Engelure	• Attention : réchauffer la peau dans l'eau à température tempérée (tiède) permet de rétablir rapidement la circulation sanguine et de diminuer les risques d'ischémie tissulaire prolongée (si plaies sèches : air libre ou compresses sèches. Si plaies humides avec écoulements : onguent antibiotique et tulle gras). • Si présence de phlyctènes ou de nécros, laisser en place sauf si compromis vasculaire et référer rapidement < 24 heures afin de diminuer le risque d'amputation. • Saturation des zones (doigts / orteils). • Il faut éviter de se gratter, car cela risque de provoquer des ulcères (plaies ouvertes de la peau difficiles à cicatriser).

Complications possibles selon leur localisation

LOCALISATION	COMPLICATION POTENTIELLE
Visage et cou	• Atteinte du système respiratoire. • Œdème laryngé.
Brûlure pulmonaire	• Difficultés respiratoires. • Asphyxie.
Main	Troubles fonctionnels et vasculaires.
Membre inférieur	Troubles fonctionnels et vasculaires.
Périnée et organes génitaux	Infection.
Brûlure circulaire	Troubles vasculaires importants par effet de garrot (ou constriction).

LES PHLYCTÈNES PAR BRÛLURE

Définition / interventions

Lésion cutanée résultant d'une séparation de l'épiderme et du derme se présentant sous forme d'une bulle remplie de sérosités, appelée couramment « ampoules ».

- L'excision des phlyctènes demeure un aspect du soin des brûlures qui n'a pas encore été prouvé scientifiquement de façon indiscutable ou n'a pas été l'objet d'un consensus d'experts (OIIQ, 2007).
- Si la dimension de la phlyctène est supérieure à 2 cm, le liquide crée une pression sur les tissus. Il est donc préférable de perforer la phlyctène, de débrider et de déterminer le traitement selon le type de plaie.
- Si le liquide de la phlyctène est purulent ou sérosanguin, perforer et débrider la phlyctène, car le liquide ne sera pas résorbé par les tissus et il y a risque d'infection.
- Si la phlyctène est rompue, en voie de l'être, circonférentielle, sous tension ou sous une zone de friction, elle doit être débridée au complet et la plaie doit être protégée.
- En cas de doute, laisser en place et diriger le patient vers une clinique externe des grands brûlés.

En conséquence de l'évaluation médicale, de l'étiologie et de la gravité des brûlures, c'est-à-dire l'étendue, la profondeur et la localisation, la personne peut être transférée au centre des grands brûlés.

CRITÈRES DE TRANSFERT VERS UN CENTRE DE GRANDS BRÛLÉS

- Brûlures de 2^e et 3^e degrés :
 - Couvrant plus de 10 % de la surface corporelle chez un enfant de moins de 10 ans et chez un adulte de 50 ans et plus.
 - Couvrant plus de 20 % de la surface corporelle chez un enfant de 10 ans et plus et chez un adulte de 50 ans et moins.
 - Au visage, aux yeux, aux oreilles, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux, au périnée ou aux articulations principales.
- Brûlures de 3^e degré couvrant plus de 5 % de la surface corporelle, peu importe l'âge.
- Brûlures électriques, y compris celles causées par la foudre.
- Brûlures chimiques.
- Brûlures avec atteinte des voies respiratoires (ex. : pneumopathie d'inhalation).
- Brûlures chez une personne présentant des problèmes de santé pouvant causer des complications, augmenter les risques de mortalité ou retarder la cicatrisation.
- Brûlures chez un enfant traité dans un centre qui ne possède pas l'expertise ou les équipements nécessaires pour les soins.
- Brûlures chez une personne qui requiert des interventions particulières sur le plan social ou émotionnel ou une réadaptation à long terme, y compris les cas suspects de négligence ou de mauvais traitements chez les enfants ou les personnes âgées.
- Brûlures chez une personne polytraumatisée lorsque celles-ci sont la principale cause de morbidité ou de mortalité.
- Brûlures nécessitant une seconde opinion.
- Engelures.
- Si l'une des zones suivantes est atteinte : visage, mains, pieds, organes génitaux, périnée, articulation.

Attention, on ne doit pas calculer les brûlures de 1^{er} degré dans notre superficie de brûlure (TBSA) Traitement Basé Surface Age

CONCLUSION

La mise en application d'un programme avec méthodologie rigoureuse peut nous donner des résultats prometteurs dans la prévention des soins de la peau ou des plaies.

La présence d'une plaie s'avère souvent une situation difficile pour la personne atteinte. Elle peut occasionner de la douleur, du stress, et peut engendrer une diminution de la qualité de vie. Il est donc important de chercher à combler les besoins psychosociaux, notamment le bien-être physique, émotionnel et l'amélioration de l'esthétique de la personne soignée.

L'équipe interdisciplinaire qui intervient dans le soin des plaies doit mettre en application les meilleures pratiques entourant les champs d'expertise de chacun qui sont mis à profit.

La prévention et le traitement des plaies évoluent constamment. Au fil des ans, de nouvelles pratiques sont adoptées afin d'offrir des soins effectifs et de qualité à la clientèle du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

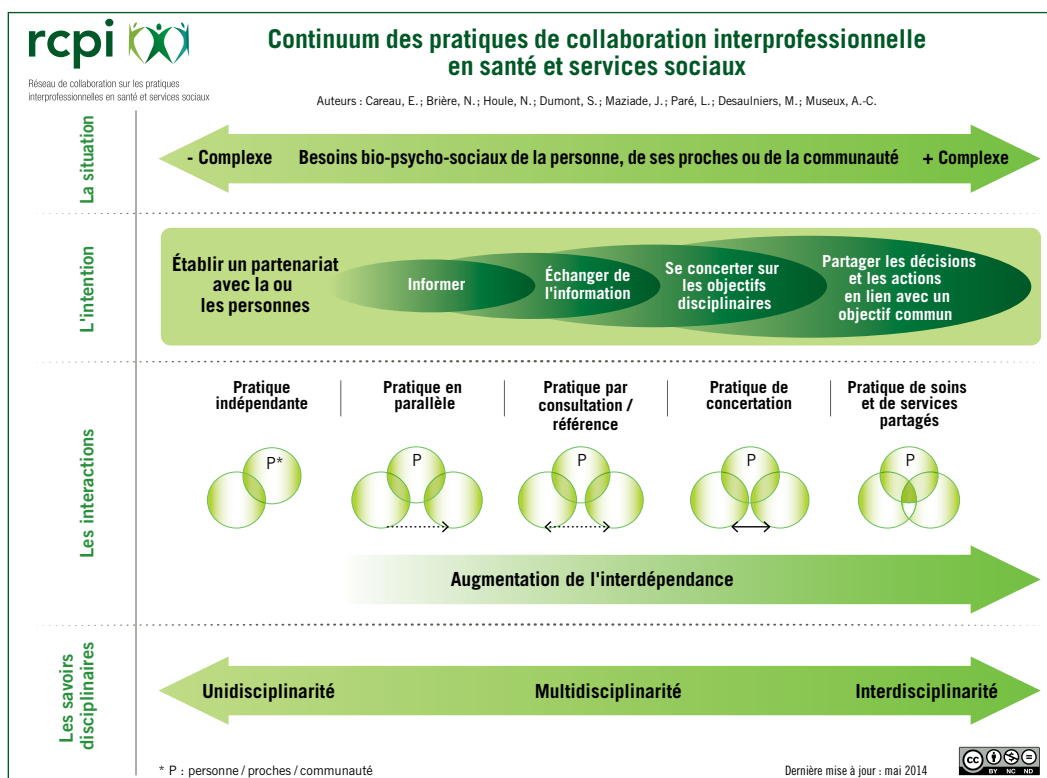
Il ne faut jamais oublier qu'on ne traite pas seulement une plaie, mais une personne...

ANNEXES

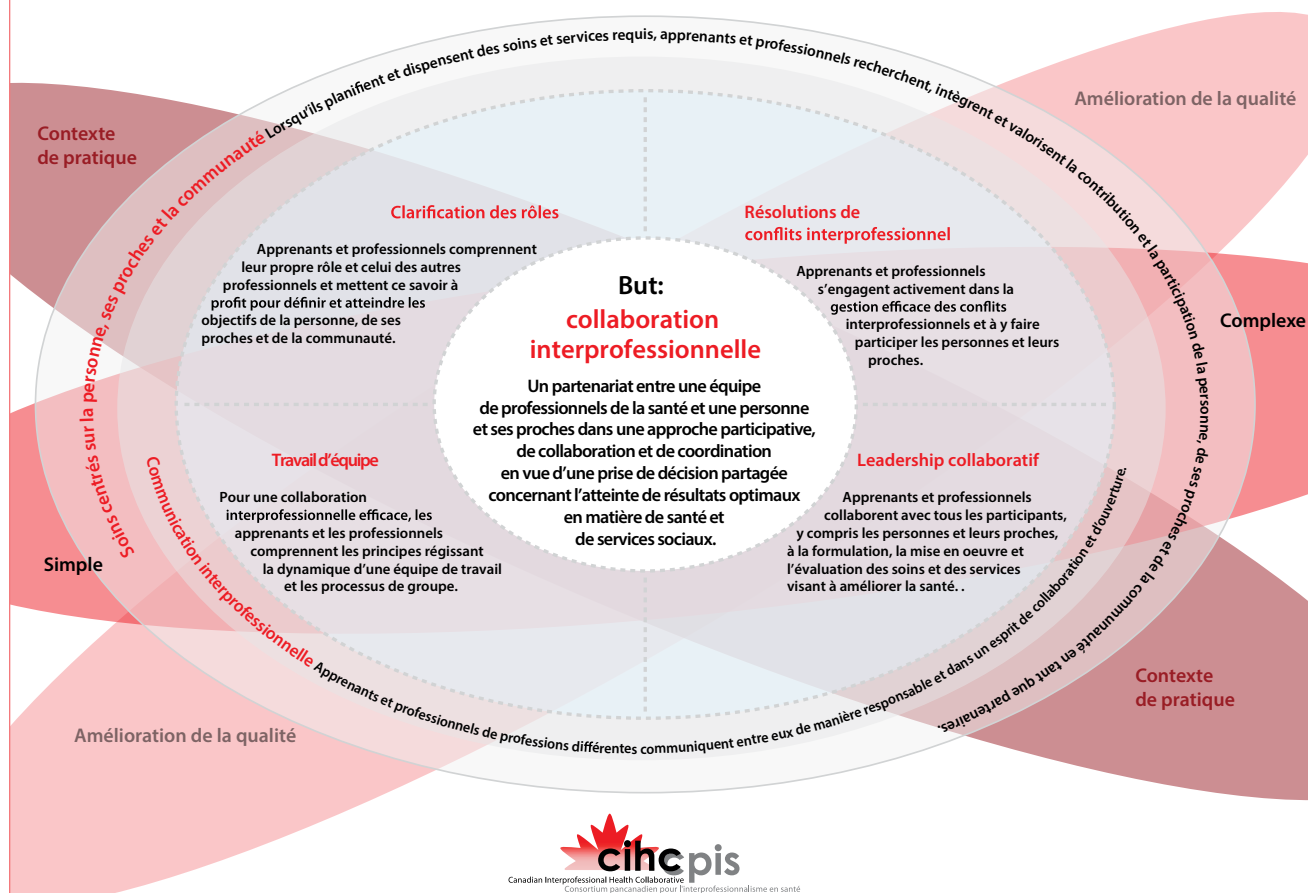
1. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux
2. Processus d'amélioration continue
3. Surfaces d'appui
4. Modalités adjuvantes en physiothérapie et en oxygénothérapie
5. Échelle de Braden
6. Guide d'utilisation des produits en soins de la peau
7. Guide d'utilisation des produits et pansements en soins de plaies et code RAMQ
8. Tableaux des compressions élastiques et inélastiques
9. Classification de l'Université du Texas et pourcentage de risque d'amputation associé

ANNEXE 1

Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux



Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme



Afin de mieux comprendre le continuum de pratiques de collaboration, voici des tableaux illustrant les différents modes de collaboration interprofessionnelle possibles.

Madame Tremblay est âgée de 67 ans. Elle souffre de diabète de type 2 et elle présente des antécédents de maladie veineuse et d'ulcères de jambe récurrents. Elle a pour prescription actuelle des pansements absorbants à appliquer sur la zone ulcérée et un bandage de compression à longue élasticité. Ces recommandations sont faites à madame par le Dr Thibault, médecin traitant, dans le but de réduire suffisamment l'œdème en vue d'une nouvelle prescription de bas de compression.

Lors d'un rendez-vous de suivi avec le Dr Thibault, pendant lequel celui-ci remarque que l'œdème ne semble pas s'être réduit, madame Tremblay explique qu'elle n'est pas certaine de comprendre comment appliquer correctement le bandage de compression à longue élasticité. Le Dr Thibault informe donc l'infirmière responsable au dossier pour le suivi du diabète afin qu'elle enseigne le mode d'utilisation du bandage de compression à madame Tremblay.

L'infirmière constate, lors d'un autre rendez-vous de suivi, que malgré l'enseignement effectué sur l'utilisation des bandages de compression et l'engagement de madame envers le plan de traitement suggéré par le médecin, l'œdème ne semble pas diminuer.

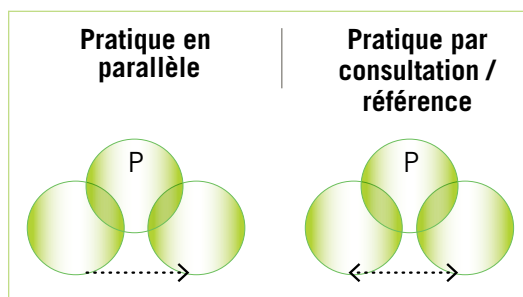
De plus, l'infirmière remarque que madame Tremblay a perdu du poids de façon significative depuis le dernier rendez-vous (7 % en 30 jours). Lors de l'examen clinique, elle rapporte avoir moins d'énergie et d'appétit. Par conséquent, elle ne se prépare que rarement des repas complets et se nourrit principalement de bols de céréales sucrées. À la lumière de ces nouvelles informations, l'infirmière envoie la dame consulter un professionnel en nutrition.



Constats collaboratifs

Passage de la pratique en parallèle à la pratique par consultation/référence

À ce moment, l'infirmière et le médecin interviennent parallèlement auprès de madame Tremblay selon leur savoir disciplinaire respectif. Malgré tout, les **progrès demeurent insuffisants** et ne correspondent pas à ce qui est généralement espéré de ces interventions dans une situation similaire. L'infirmière, à la suite de son examen clinique, constate que les **besoins biopsychosociaux** de madame Tremblay **se complexifient**. Elle identifie alors la nécessité **d'échanger de l'information** avec la nutritionniste qui possède un **savoir disciplinaire complémentaire** aux savoirs infirmier et médical. Les professionnels **communiqueront** donc entre eux, au besoin, afin d'assurer une **plus grande cohérence** des interventions auprès de madame.



Indices de transition utilisés par l'infirmière :

- **Progrès insuffisants** : malgré l'engagement de madame Tremblay envers les interventions proposées, l'œdème aux membres inférieurs demeure trop important pour passer à l'étape suivante du traitement. Il devient donc approprié de demander l'avis d'un autre professionnel.
- **État de vulnérabilité** : les difficultés d'alimentation de madame Tremblay constituent un nouveau facteur de risque dans un contexte de risque de plaie et d'ulcères de jambe. Il est nécessaire d'obtenir l'avis de la nutritionniste puisqu'il s'agit du professionnel ayant l'expertise appropriée pour intervenir sur ce nouveau facteur de risque.

Deux mois se sont écoulés depuis la prise en charge de madame Tremblay par la nutritionniste. Celle-ci constate que, bien que madame assure à l'infirmière et au médecin qu'elle suit toutes les recommandations à la lettre et qu'elle n'a pas besoin de les revoir à court terme, ce n'est pas le cas.

Madame Tremblay se présente régulièrement aux rendez-vous en nutrition sans ses bandages de compression. De plus, les observations de la nutritionniste et les bilans sanguins effectués démontrent que le niveau d'observance de madame est aussi variable quant à ses recommandations. Elle décide donc d'en discuter avec sa collègue infirmière.

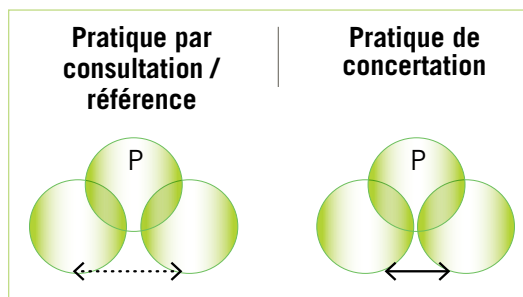
Cette dernière convient donc de se présenter au domicile aux fins d'évaluation. Elle y constate que la situation se dégrade. Madame Tremblay présente des plaies avec un ulcère de jambe superficiel fortement exsudatif, une rougeur et une perte de l'épiderme au coccyx. Elle rapporte un certain inconfort au siège. Enfin, madame présente de plus en plus de difficulté à se mobiliser en raison de l'œdème aux membres inférieurs. Elle passe beaucoup de temps assise dans le fauteuil autosouleveur.

La nutritionniste et l'infirmière conviennent d'adresser madame en ergothérapie et en physiothérapie et planifient une rencontre pour échanger sur la situation à la suite des évaluations en réadaptation.

Constats collaboratifs

Passage de la pratique de consultation/référence à la pratique de concertation

L'infirmière et la nutritionniste doivent collaborer avec l'ergothérapeute et le physiothérapeute en raison de la complexité plus importante de la **situation biopsychosociale** de madame Tremblay (atteinte à l'intégrité de la peau). Les intervenants **échangent de l'information de manière intensive** afin d'ajuster leurs plans d'intervention respectifs. Ils ont donc **l'intention de se concerter sur leurs objectifs disciplinaires** pour être cohérents et favoriser la guérison des plaies, car **leurs savoirs disciplinaires sont complémentaires** dans la situation. Ils travaillent en **multidisciplinarité**.



Indices de transition utilisés par l'équipe :

- **Progrès insuffisant** : l'absence d'évolution positive de l'ulcère de jambe, malgré les interventions de l'infirmière et de la nutritionniste, justifie la référence en physiothérapie. Considérant la complexité de la situation biopsychosociale de madame Tremblay, il est nécessaire de se concerter pour assurer une cohérence dans le suivi.
- **Vision partielle de la situation** : la complexité de la situation de madame Tremblay nécessite l'apport de plusieurs professionnels différents qui possèdent un savoir disciplinaire complémentaire les uns avec les autres. La concertation de ces professionnels permet l'échange des informations pertinentes afin de coconstruire une vision commune du problème.
- **Messages différents** : la concertation entre la nutritionniste et l'infirmière était nécessaire puisque les deux professionnelles n'avaient pas la même vision de la situation en raison d'informations contradictoires reçues de madame Tremblay.

La situation de madame Tremblay continue de se détériorer rapidement, malgré les actions concertées de l'équipe. Le diabète est déséquilibré, madame tient des propos de plus en plus incohérents lors des visites à domicile et sa capacité à suivre les recommandations est mise en doute par l'équipe.

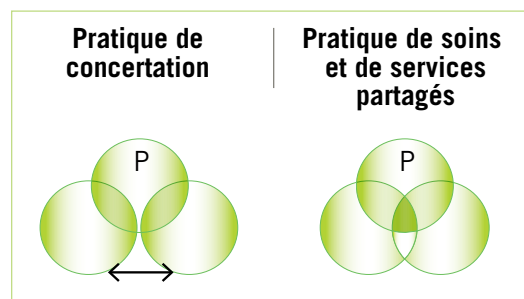
Une nouvelle perte d'épiderme est apparue depuis 1 semaine au talon droit et l'équipe est préoccupée par la possible détérioration de cette plaie en lien avec le diabète et les antécédents de maladie veineuse. La rougeur au coccyx s'est également détériorée et une atteinte du derme est observée. Madame Tremblay dort désormais dans son fauteuil autosouleveur et refuse catégoriquement d'utiliser un lit électrique, qu'elle croit représenter un danger pour le feu. Le choix de surface d'appui est donc très limité, puisque les pieds de madame ne touchent déjà pas le sol lorsqu'elle est assise dans le fauteuil.

Elle présente également des problèmes d'incontinence et utilise des protections contre les fuites urinaires. En raison de problèmes financiers, elle ne les change toutefois pas régulièrement et les réutilise même après les avoir fait sécher. Elle continue de se nourrir de jujubes et de chocolat et ne comprend pas pourquoi la nutritionniste lui recommande de cesser. Elle mentionne par ailleurs qu'elle ne voit pas le lien entre sa peau et le chocolat puisqu'elle ne se badigeonne pas, elle le mange ! La fille de madame Tremblay, peu impliquée, minimise la situation et renforce les refus de sa mère en soutenant qu'il faut bien mourir de quelque chose de toute façon. L'équipe décide de demander la contribution du travailleur social et de se réunir pour établir un plan d'intervention interdisciplinaire.

Constats collaboratifs

Passage de la pratique de concertation à la pratique de soins et de services partagés

La complexité de la situation biopsychosociale de madame Tremblay est telle que les intervenants ne parviennent pas à répondre aux besoins malgré leurs efforts pour se concerter sur les objectifs disciplinaires de chacun. Ils doivent désormais partager les décisions et les actions en lien avec un objectif commun pour assurer la sécurité de madame. Ils travailleront donc en interdisciplinarité, par l'élaboration d'un plan d'action commun (PII) entre les intervenants, la personne et la famille.



Indices de transition utilisés par l'équipe :

- **Instabilité de l'état de santé** : la situation de madame se détériore malgré les interventions professionnelles et les échanges d'informations réalisés dans les derniers mois. Les interventions habituelles et concertées de chaque professionnel ne parviennent pas à améliorer la situation.
- **Situation de compromission** : la sécurité et l'intégrité de madame sont compromises en lien avec la détérioration de l'état de la peau et le diabète déséquilibré et aucune amélioration n'est notée, malgré la concertation des membres de l'équipe. Une situation de négligence est également suspectée et un plan d'action partagé est requis.

ANNEXE 2 Processus d'amélioration continue

Deux pratiques organisationnelles requises (POR) en lien avec la prévention, le soin de la peau et des plaies :

1. PRÉVENTION DES LÉSIONS DE PRESSION

Le risque pour chaque personne de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre.

Critères de conformité

- 1.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de la personne au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- 1.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque personne à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans son état.
- 1.3 Des protocoles et des procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en œuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition, l'hydratation, la mobilité et l'activité.
- 1.4 Les membres de l'équipe, les personnes et les familles, et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et les procédures pour prévenir les plaies de pression.
- 1.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.

Normes associées

Médecine, réadaptation, réadaptation aux personnes atteintes d'une lésion médullaire, soins de courte durée aux personnes atteintes d'une lésion médullaire, soins de longue durée, soins critiques, traitement du cancer, soins palliatifs, soins de fin de vie et services périopératoires et interventions invasives.

2. SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES

Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins de la clientèle en matière de soins de la peau et des plaies, et pour offrir des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.

Critères de conformité

- 2.1 Une approche documentée et coordonnée de soins de la peau et des plaies est en place pour appuyer les médecins, le personnel infirmier, les prestataires de soins paramédicaux dans leur travail de collaboration. L'approche fournit un accès aux experts appropriés pour la clientèle.
- 2.2 Les membres de l'équipe ont accès à de la formation sur les soins de la peau et des plaies, notamment sur les produits, sur les technologies, sur l'évaluation, sur le traitement et sur la documentation.
- 2.3 Les personnes, les familles et les aidants reçoivent de l'information et de la formation sur les soins de la peau et des plaies autoadministrés, sous une forme qu'ils peuvent comprendre.

- 2.4 Des méthodes éclairées par des données probantes sont utilisées pour évaluer les nouvelles personnes admises en vue d'établir ou de confirmer le diagnostic de la plaie, et pour mettre au point un plan de soins individualisé qui se penche sur la ou les causes de la plaie.
- 2.5 Des soins de la peau et des plaies normalisés optimisant la santé de la peau et favorisant la guérison sont assurés.
- 2.6 Des documents normalisés sont mis en œuvre dans le but d'élaborer un rapport complet sur tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies.
- 2.7 Un processus est en place pour partager l'information au sujet des soins de la peau et des plaies des personnes entre les prestataires, particulièrement aux points de transition des soins.
- 2.8 L'efficacité du programme de soins de la peau et des plaies est vérifiée par l'évaluation des processus mis en place pour offrir les soins et des résultats.

ANNEXE 3 Surfaces d'appui

SURFACE	PARTICULARITÉ	INDICATION PRINCIPALE	CONTRE-INDICATION	PRÉCAUTION
Surface réactive : Surface alimentée d'une source d'énergie externe ou non, ayant la capacité de redistribuer la pression avec mise en charge (poids) seulement	Mousse	• Différents types de mousse (latex, viscoélastique, polyester, etc.) dont la densité, l'indice de compression et l'épaisseur peuvent varier et affecter la performance. • La présence de mousse viscoélastique en couche supérieure permet une meilleure répartition de la pression.	• Gestion de la pression • Confort	• Considérer que la mousse peut s'affaisser après une certaine période d'alitement. • Viscoélastique et latex peuvent augmenter la température corporelle.
	Gel	Surface de gel dont la capacité à répartir la pression varie, notamment en fonction de l'épaisseur et la fermeté du gel utilisé.	• Gestion de la friction et du cisaillement • Faible impact sur la gestion de la pression	• Les surfaces sont très lourdes. • La personne peut enfoncer dans la surface, ce qui risque de rendre les mobilisations plus difficiles.
	Air	• Différents types de surfaces : air ou combinaison air et mousse. • Sous forme de cellules d'air flexibles ou de cylindre d'air. • Certaines surfaces permettent d'encastrent une petite surface d'air dans une surface de mousse.	• Gestion de la pression • Confort	• Peut occasionner des difficultés aux transferts. • Attention à l'effet garrot en présence d'une combinaison de surface.
	Microfluide	Fluide visqueux qui circule autour des protubérances osseuses de la personne.	• Gestion de la friction et du cisaillement • Gestion de la pression	• Les surfaces sont très lourdes. • La personne peut enfoncer dans la surface, ce qui risque de rendre les mobilisations plus difficiles.
	Faible perte d'air	Surface d'appui à laquelle s'ajoute un flot d'air continu s'échappant d'un tissu semi-perméable.	• Gestion de l'humidité (ex. : hypersudation) • Clientèle obèse	Grands brûlés Une perte d'air de 100 l/min est jugée significative.



→ (suite)

SURFACE		PARTICULARITÉ	INDICATION PRINCIPALE	CONTRE-INDICATION	PRÉCAUTION
Surface active : Surface alimentée d'une source d'énergie externe ayant la capacité de redistribuer la pression avec ou sans mise en charge (poids)	Alternance de pression	• Les cellules d'air de la surface se gonflent et se dégonflent de façon alternée, permettant ainsi de dégager temporairement un site pendant qu'un autre est sous compression. La durée, la fréquence et l'amplitude des cycles peuvent varier selon les modèles. • La durée du cycle ne semble pas avoir d'impact sur l'efficacité de la surface.	Gestion de la pression quand le repositionnement est difficile ou impossible, en présence de plaies récurrentes ou chroniques.	• Manque de stabilité au niveau des structures osseuses (luxations, colonne) • Métastases osseuses • Soins palliatifs / cachexie	• Les cellules de moins de 10 cm de diamètre ne permettent pas un dégagement suffisant. • Rendent les transferts instables et difficiles. • Attention au calibrage en position assise. • Peuvent augmenter l'agitation pour la clientèle atteinte de troubles cognitifs.
	Pulsation	Des groupes de cellules d'air se gonflent et se dégonflent de façon alternée et décroissante pour provoquer l'effet d'une vague des pieds aux épaules.	• Gestion de la pression quand le repositionnement est difficile ou impossible, en présence de plaies récurrentes ou chroniques. • Gestion de l'œdème (ex. : œdème lymphatique, insuffisance veineuse).		• Peu de données probantes sur l'efficacité. • Attention au calibrage en position assise.

4 A Évaluation complémentaire spécifique à l'utilisation des modalités adjuvantes

À partir des données de l'évaluation des soins infirmiers, le physiothérapeute complète sa cueillette de données pour effectuer l'analyse de la situation en y incluant les éléments suivants pour l'utilisation de modalités adjuvantes.

Plaie	• La nature de la plaie : Permet de déterminer le type de modalité électrothérapeutique. • La surface à traiter : - Si la dimension de la plaie est inférieure à 1 cm² (car trop petite) : - Le HVPC sera préconisé; - L'US ne doit pas être envisagé. - Si la dimension de la plaie est supérieure à 45 cm² : L'électrothérapie ne peut être envisagée en raison de la diminution d'efficacité (trop grande surface à traiter) et de la grandeur maximale des électrodes disponibles (HVPC). • La profondeur et la localisation de la plaie : Déterminent à quelle distance positionner les électrodes.
Pansement	• Le type de pansement : Si le pansement laisse des résidus métalliques dans la plaie, il faut procéder à une modification du type de pansement au moins une semaine avant de commencer des modalités d'électrothérapie. • La fréquence de changement : Si la fréquence de changement de pansement est quotidienne, il faut envisager une modalité qui ne nécessite pas de changement de pansement (ex. : CEMP, HVPC bipolaire) ou collaborer avec l'infirmière. • La manière de faire le pansement : Si l'intervention du professionnel en physiothérapie nécessite un changement de pansement, s'informer auprès de l'infirmière sur la façon de procéder.
Autre élément	• La mesure d'indice de pression systolique cheville bras (IPSCB) : Permet de déterminer le type de modalité à utiliser. • Les conditions associées : Peuvent amener des contre-indications ou des précautions à prendre.

IMPORTANT | La capacité d'intervenir en utilisant des modalités adjuvantes pour le traitement des plaies par le professionnel en physiothérapie est déterminée par la formation continue qu'il a suivie auprès de son ordre professionnel. S'il n'a pas cette formation, il doit être supervisé par un professionnel en physiothérapie ayant reçu celle-ci.

De plus, il est à noter que ces modalités ne peuvent être offertes que dans les services où les équipements sont disponibles.

4 B Indications, contre-indications et précautions

	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PRÉCAUTION
Stimulation électrique (high voltage pulsed current)	Très appropriée pour : • Plaie de pression • Ulcère diabétique • Ulcère veineux • Ulcère artériel (insuffisance artérielle légère à modérée) Indiquée pour : Plaie infectée	• Stimulateur cardiaque, métal superficiel ou des résidus (attention aux pansements) • Insuffisance artérielle sévère (IPSCB plus petit que 0,5) • Cancer • Femme enceinte • Thrombophlébite • Au-dessus des tissus excitables (sinus carotidiens, région thoracique, région crânienne, organes reproducteurs)	• Atteinte sensorielle • Implants métalliques superficiels • Anticoagulants ou région hémorragique potentielle • Fibrillation auriculaire • Atteinte cognitive • Au-dessus des régions avec œdème important • Tissu cicatriciel ou déchirures cutanées • Allergie aux adhésifs • Dysréflexie autonome
Ultrason pulsé	Approprié pour : • Plaie de pression • Ulcère veineux	• Ulcère artériel (ischémie locale) IPSCB plus petit que 0,5 • Plaie infectée • Thrombose veineuse profonde • Artériosclérose • Implants endergoniques, stimulateur cardiaque ou implant électronique • Cicatrices hypertrophiques • Absence de sensibilité dans la zone à traiter • Cœur / sinus carotidien / ganglions stellaires, tissus nerveux, tissu spécialisé, gonades, yeux • Femme enceinte (région lombaire et abdomen) • Région hémorragique : hémophile • Cancer, attendre 5 ans postradiothérapie • Rachis postmastectomie • Tuberculose	• Ulcère diabétique • Proéminences osseuses • Métal • Plaques épiphysaires • Fracture • Arthrite articulaire
Champ électromagnétique pulsé (CEMP)	Approprié pour : • Plaies de pression • Tous types de plaie non infectée	• Plaie infectée • Implant métal, stimulateur cardiaque, implant électronique • Cancer • Désordre vasculaire ischémique • Épiphyse en croissance • Femme enceinte (distance de 5 mètres) • Parties génitales • Yeux • Hémorragie	• Ulcère diabétique • Ulcère artériel • Ulcère veineux
Oxygène hyperbare topique simplifié (THBO)	Très approprié pour : • Plaie de pression • Ulcère veineux Approprié pour : • Plaies infectées • Ulcères diabétiques • Brûlure • Postchirurgie (greffe / lambeaux / déhiscence postamputation)	Thrombophlébite aiguë	• Risque de toxicité cellulaire (respecter le repos biologique) • Bactéries <i>Pseudomonas</i> • Plaie préalablement débridée • Pas de vaseline topique présente • Ulcère diabétique vs toxicité plus fréquente • Ulcère artériel

4 C Paramètres d'utilisation

Stimulation électrique (hvpc)

Fréquence recommandée : de 3 à 7 fois par semaine.

Selon la phase de la plaie, l'électrode sur ou à proximité de la plaie sera :

- Inflammatoire : négative
- Autolytique : positive
- Granulation : négative
- Épithélialisation : positive
- Infectée : négative

Important : alterner la polarité chaque semaine pour éviter l'accoutumance.

POLARITÉ	ÉLECTRODE	LOCALISATION	FRÉQUENCE	INTENSITÉ	DURÉE
Unipolaire	• Dispersive (carbone) : 2 x plus grande que l'active : Utilisation de gel standard. • Active : électrode FASTSIL : pansement d'argent activé (ne laisse pas d'ion dans la plaie) : - Ce tissu est un bon conducteur et peut être découpé selon la forme de la plaie; - Jeter la pièce utilisée comme électrode après chaque utilisation; - Nécessite une pince alligator : ne doit pas toucher la peau.	• Dispersive : 20 cm entre les électrodes et >20 cm si la plaie est plus profonde. • Active : sur la plaie selon une technique stérile avec NaCl comme agent couplant.	100 Hz	• Entre 30 et 50 V. • L'intensité doit être sous le début de contraction musculaire. • La personne doit sentir le courant sous l'électrode active seulement (si sensation sur la dispersive : pas assez de gel).	• De 30 à 60 minutes. • Plus long = plus efficace. • Selon la tolérance de la personne.
Bipolaire	• 2 en carbone de même dimension. • En distal et proximal de la plaie.	• 20 cm entre les électrodes. • >20 cm si la plaie est plus profonde.	100 Hz	• Entre 30 et 50 V. • L'intensité doit être sous le début de contraction musculaire. • La personne doit sentir le courant sous l'électrode active seulement (si sensation sur la dispersive : pas assez de gel).	• De 30 à 60 minutes. • Plus long = plus efficace. • Selon tolérance de la personne.

Ultrason (US)

Fréquence recommandée :

- En aigu davantage de tx pour une courte période;
- En chronique moins de tx par semaine pour une plus longue période;
- Si aucune évolution : essai US tous les 2 jours;
- Effectuer 14 tx et arrêt de 14 jours.

RAPPEL	APPLICATION	FRÉQUENCE	INTENSITÉ	DURÉE	
• La plaie ne doit pas être infectée. • Peu recommandé en présence d'une proéminence osseuse ou à proximité immédiate.	• Remplir la plaie de gel stérile avec pochette unidose, mettre un opsite, ajouter un gel non stérile. • Mouvoir la tête selon un motif de tapismarocain, la pression doit être très légère(car si la pression est trop grande, cela peut altérer l'effet). • Vitesse de déplacement de 4 cm par seconde.	• Tête utilisée selon la profondeur • 1 MH : de 3 à 5 cm • 3 MH : de 1 à 2 cm	Phase inflammatoire	• Pulsé athermique • De 0,1 à 0,5 W/cm² à 20 % de pulsé	• Temps de traitement = surface à traiter (ST) toutes les <u>60 secondes</u>. • Surface utile (SU) (grosueur de tête). • La surface utile doit être de 4 à 15 fois plus petite que la ST.
			Phase prolifération	• Pulsé athermique à thermique continu • De 0,5 W/cm² à 0,8 W/cm²	
			Maturation	• Thermique continu • De 0.8 W/cm² à 1.2 W/cm²	

Champ électromagnétique pulsé (CEMP)

Fréquence recommandée : 5 fois par semaine.

RAPPEL	TYPE DE DYATHERMIE	PARAMÈTRE SELON LE STADE DE LA PLAIE		DURÉE
La plaie ne doit pas être infectée.	Dyathermie pulsée non thermique : Favorise la guérison en induisant un courant comme HVPC.	Phase inflammatoire	Athermique pulsé	• Durée et fréquence faibles. • De 10 à 20 minutes, 1 fois par jour.
		Prolifération	• Pulsé ou continu • Chaleur modérée et confortable	• Durée et fréquence élevée. • De 20 à 30 minutes, 1 fois par jour.
	Dyathermie pulsée thermique : Augmente l'activité métabolique cellulaire, le flux sanguin et l'extensibilité du collagène.	Maturation / Remodelage	Effet thermique important en continu	De 20 à 30 minutes, 1 fois par jour.

Oxygène hyperbare topique simplifié (THBO)

Fréquence recommandée : de 4 à 7 fois par semaine.

Après 4 semaines consécutives, on recommande 2 semaines de repos.

RAPPEL	MODALITÉ	O ₂	DURÉE
• La peau doit être propre, pas de résidu. • La plaie doit avoir été débridée.	Utiliser un sac pour obtenir un trou d'air où il n'y a pas de fuites. Le choix du sac selon la localisation de la plaie: • Sac de stomie (sac collecteur hyperbare topique); • Sac Ziploc^{MD}; • Sac en forme de botte sur le marché (botte hyperbare topique).	• 100 % O₂ humide • De 1 à 10 l/min • Utilisation possible d'un concentrateur • Avec bonbonne O₂	• Durée de 20 min à 6 h, de 4 à 7 fois par semaine. • Si durée trop longue (toxicité) présence de squame sur le tissu de granulation.

L'oxygénothérapie hyperbare

L'oxygénothérapie hyperbare est une technologie qui permet d'administrer de l'oxygène à 100 % à des usagers à l'intérieur d'un caisson pressurisé. En effet, pendant le traitement, la pression atmosphérique à l'intérieur du caisson est élevée à un niveau supérieur à celui de l'air ambiant. L'inhalation d'oxygène à 100 % dans un environnement hyperbare augmente de plus de vingt fois la pression partielle en oxygène du sang et des tissus. Le surplus d'oxygène ainsi délivré favorisera la guérison de plaies chez les diabétiques ou encore lorsqu'il y a infection et qu'elles ne parviennent pas à guérir malgré des soins de plaies adéquats ou des traitements aux antibiotiques. Ainsi, par différents mécanismes d'action, l'oxygénothérapie hyperbare stimule la revascularisation cellulaire et stimule la formation de nouveaux vaisseaux sanguins, ce qui lui confère un effet cicatrisant. Cette élévation de la pression est à la base de l'efficacité du traitement d'oxygène hyperbare pour l'intoxication au monoxyde de carbone.

L'oxygénothérapie hyperbare est un traitement qui a fait ses preuves. En avril 2005, la *Undersea and Hyperbaric Medical Society* a reconnu l'efficacité de cette thérapie pour traiter les treize états pathologiques suivants :

- Embolie (bulles d'air ou de gaz dans le sang qui peuvent atteindre le cerveau ou les poumons);
- Empoisonnement au monoxyde de carbone (inhalation de fumée ou de gaz d'échappement);
- Gangrène gazeuse;
- Lésion par écrasement, syndrome de loge et autres problèmes traumatiques graves où le débit sanguin est réduit ou interrompu (p. ex., gelure);
- Mal de décompression (aéroemphysème);
- Blessures telles que l'ulcère plantaire diabétique;
- Perte sanguine importante (anémie);
- Abscesses intracrâniens (accumulation de pus dans le cerveau);
- Infections nécrosantes du tissu mou (maladie dévoreuse de chair);
- Ostéomyélite (infection de l'os);
- Syndrome d'irradiation retardé (brûlure par irradiation qui apparaît après la cancérothérapie);
- Greffes cutanées qui cicatrisent mal;
- Brûlures thermiques (causées par le feu ou par des sources de chaleur électriques).

Sur référence médicale, une consultation à l'oxygénothérapie hyperbare à l'Hôtel-Dieu de Lévis sera possible si elle répond à un des treize critères ci-haut.

ANNEXE 5 Échelle de Braden

Évaluation des risques d'ulcères de pression selon l'échelle de Braden

Perception sensorielle Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression	1. Atteinte complète : Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux due à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir de la douleur ou de l'inconfort sur la majeure partie de son corps.	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 de la douleur ou de l'inconfort sur la moitié de son corps.	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 de la douleur ou de l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	4. Aucune atteinte : Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer de la douleur ou de l'inconfort.
Humidité Degré d'humidité auquel la peau est exposée	1. Constamment humide : La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La moiteur est notée chaque fois que la personne est changée de position.	2. Très humide : La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.	3. Occasionnellement humide : La peau est occasionnellement humide et nécessite un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	4. Rarement humide : La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.
Activité Degré d'activité physique	1. Alité : Confiné au lit.	2. Confiné au fauteuil : La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids ou a besoin d'aide pour s'asseoir dans le fauteuil ou le fauteuil roulant.	3. Marche à l'occasion : Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart du temps de chaque quart de travail au lit ou dans le fauteuil.	4. Marche fréquemment : Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois toutes les deux heures en dehors des heures de sommeil.
Mobilité Capacité de changer et de contrôler la position de son corps	1. Limitation complète : Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	2. Très limitée : Fais 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.	3. Légèrement limitée : Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	4. Non limitée : Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.



Évaluation des risques d'ulcères de pression selon l'échelle de Braden

Nutrition Profils de l'alimentation habituelle	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 (viande ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquide. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	2. Probablement inadéquate : Mange rarement un repas complet et ne mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viande ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.	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.	4. Excellente : Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viande et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.
Friction et cisaillement	1. Problème : 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 le fauteuil, ce qui requiert qu'il soit positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	2. Problème potentiel : 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 contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position dans le fauteuil ou le lit, mais il glisse à l'occasion.	3. Aucun problème apparent : Bouge de façon indépendante dans le lit ou le 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 le fauteuil.	
TOTAL DES POINTS : /23				
Risque faible : 15 à 18		Risque modéré : 13 à 14	Risque élevé : 10 à 12	Risque très élevé : ≤ 9

Source : 1988 Barbara Braden et Nancy Bergstrom. La version originale a été reproduite avec la permission des auteures.
 Braden BJ, Bergstrom N. Clinical Utility of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Décubitus*. 1989; 2 : 44-51.

ANNEXE 6 Guide d'utilisation des produits en soins de la peau

Étape 1 : nettoyer délicatement la peau

	PRODUIT	MODE D'EMPLOI
NETTOYER	Gentle Rain® Extra Doux Nettoyant AVEC rinçage pour le corps et les cheveux.	• Bain ou douche : Appliquer sur une débarbouillette humide et chaude, ou dans un bassin d'eau, laver doucement la peau, rincer et sécher en épongeant délicatement. • Shampoing : Appliquer sur les cheveux humides et rincer abondamment.
	Sproam® Nettoyant SANS rinçage pour le corps, les cheveux et les soins d'incontinence. <i>Tirer l'embout pour la mousse. Pousser l'embout pour le vaporisateur.</i>	• Bain au chevet et soins d'incontinence : Appliquer sur une débarbouillette humide et chaude, nettoyer doucement la peau et sécher en épongeant délicatement. • Shampoing au lit : - Mouiller légèrement les cheveux avec une débarbouillette; - Appliquer le nettoyant et faire mousser en massant délicatement le cuir chevelu; - Essuyer doucement avec une débarbouillette humide pour enlever les saletés et les résidus; - Assécher les cheveux avec une serviette.

Étape 2 : maintenir l'hydratation de la peau

	PRODUIT	MODE D'EMPLOI
HYDRATER	Lotion Sween® Lotion hydratante quotidienne pour tout le corps.	Appliquer une toute petite quantité à la fois pour faciliter l'absorption.
	Sween® 24 Crème hydratante pour peau sèche, squameuse ou qui démange.	• Appliquer une toute petite quantité à la fois pour faciliter l'absorption. • Ajouter une goutte d'eau pour faciliter l'absorption.
	Atrac-Tain® Crème ultrahydratante pour la peau extrêmement sèche et craquelée.	• Appliquer une toute petite quantité à la fois pour faciliter l'absorption. • Ne pas appliquer entre les orteils.

Étape 3 : prévenir et traiter la dermatite d'incontinence

	PRODUIT	MODE D'EMPLOI
PROTÉGER	Baza Cleanse & Protect® Nettoyant SANS rinçage tout-en-un, hydratant et protecteur pour les soins d'incontinence.	Soins d'incontinence : • Appliquer sur une débarbouillette humide et chaude; • Nettoyer doucement la région périnéale de l'avant vers l'arrière; • Sécher en épongeant délicatement, particulièrement dans les plis cutanés.
	Critic-Aid® Clear Barrière protectrice transparente pour l'irritation mineure à sévère due à l'incontinence.	• Appliquer une toute petite quantité sur la région à protéger, l'étendre sur les gants au préalable pour faciliter l'application d'une couche mince uniforme. • Répéter après chaque épisode d'incontinence. • Ne pas tenter de faire pénétrer dans la peau. Appliquer la barrière cutanée dès qu'une personne présente un risque de dermatite d'incontinence (diarrhée subite, récurrence fréquente, etc.).
	Baza® Protect II Barrière protectrice à base d'oxyde de zinc et de diméthicone pour traiter l'irritation due à l'incontinence.	• Appliquer la barrière cutanée lorsqu'il y a des indicateurs persistants de dermatite d'incontinence. • Répéter après chaque épisode d'incontinence.

Étape 4 : gestion de l'humidité dans les plis cutanés

	PRODUIT	MODE D'EMPLOI
TRAITER	InterDry® Textile avec complexe d'argent antimicrobien. Maîtrise l'humidité, la friction, l'odeur, l'inflammation et les bactéries. Action antimicrobienne efficace jusqu'à 5 jours d'utilisation continue.	• Nettoyer la peau et assécher en épongeant. • Mesurer et découper la longueur nécessaire en prévoyant laisser dépasser le textile de 5 cm à l'extérieur du pli. • Placer le textile dans le pli cutané, en une seule épaisseur. • Inscire la date sur le textile lors de l'initiation du traitement. • Fixer le textile à l'aide d'un ruban adhésif, si nécessaire. • Chaque jour, retirer le textile, nettoyer, assécher et examiner la peau. • Le même textile peut être utilisé durant une période jusqu'à 5 jours; il doit être remplacé plus tôt s'il est souillé. • S'assurer qu'aucun autre traitement antifongique, topique ou poudre n'est utilisé, car cela pourrait compromettre l'efficacité du textile.

ANNEXE 7 Guide d'utilisation des produits et pansements en soins de plaies et code RAMQ

CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ	
PRODUIT HYDRATANT	Gel amorphe hydrogel isotonique Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Aide à nettoyer la plaie. • Crée et maintient un milieu humide. • Hydrate les tissus secs. • Favorise le débridement autolytique. • Favorise la formation de tissus de prolifération et de maturation.	• Plaie sans exsudat ou avec exsudat léger. • Plaie avec tissus nécrotiques humides ou secs. • Plaie avec cavité.	• Plaie avec exsudat modéré à abondant (risque de macération).	• Bien nettoyer la plaie ou la cavité de tout résidu du produit utilisé. • Appliquer une mince couche de 3 à 5 mm. En présence de sinus ou de cavité, combiner avec une mèche ou une gaze. Attention, trop de gel peut entraîner de la macération de la peau environnante. • Nécessite un pansement secondaire. • Ex. : pansement non adhérent avec bordure adhésive. • Durée : refaire tous les jours si l'objectif est le débridement autolytique et tous les 2 ou 3 jours si l'objectif est l'hydratation ou la formation du tissu de prolifération et de maturation.
	Code® RAMQ DE 107 Pansement non adhérent SILICONÉ	• Pansement primaire. • Plaie superficielle. • Brûlure 1^{er} et 2^e degré. • Lacération. • Déchirure cutanée. • Plaie à risque de saignement.	• Empêche le pansement secondaire de coller sur la plaie. • Favorise la formation de tissus de prolifération et de maturation. • Protège le tissu épithélial.	Aucune.	• Durée : entre 7 et 14 jours. • Peut rester en place lors du nettoyage de la plaie.
	Code® RAMQ DE 101 Pansement absorbant Alginate	• Maintient le milieu humide. • Favorise la granulation et l'autolyse. • Propriété hémostatique. • Non gélifiant.	Plaie superficielle ou profonde avec exsudat modéré à abondant qui présente des saignements.	• Plaie sèche (peut assécher la plaie si exsudat insuffisant). • Ne pas utiliser dans un sinus étroit.	• Absorbe l'exsudat. • Durée : jusqu'à 7 jours. • Peut être mis en couche superposée. • Nécessite un pansement secondaire.



	CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
PANSEMENT ABSORBANT	Code® RAMQ DE 101 Hydrocolloïde régulier Hydrocolloïde mince	- Favorise le débridement autolytique. - Maintient le lit de la plaie humide. - Absorbe l'exsudat léger. - Favorise la formation de tissus de prolifération. - Crée une barrière semi-occlusive. - Prévient la contamination. - Diminue la douleur.	- Plaie avec exsudat léger. - Lésion de pression de stades 2 et 3 (en combinaison avec un pansement absorbant). - Lésion de pression de stade 1 pour limiter la friction (hydrocolloïde mince).	- Plaie infectée sans antibiothérapie. - Plaie fortement exsudative. - Faire preuve de prudence si le pourtour de la plaie est fragile. - Ulcères diabétiques non recommandé. - Plaie de stade 4 avec muscle, os ou tendon exposé. - Brûlure 3^e degré. * L'utilisation d'un protecteur cutané n'est pas recommandée.	- Imperméable, permet la douche. - Doit dépasser de 2,5 cm le pourtour de la plaie. - Forme un gel visqueux au contact du lit de la plaie. - Peut être un pansement primaire ou secondaire. - Peut être combiné avec un pansement absorbant si exsudat modéré ou cavité. - Durée : peut rester en place de 3 à 7 jours. - Ne pas étirer.
	Pansement hydrophile Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	- Maintient le lit de la plaie humide. - Favorise le débridement autolytique. - Favorise la formation de tissus de prolifération.	- Lésion de pression de stades 2 et 3 au siège. - Peau périnéale et périnéale brisée. - Zone corporelle difficile d'approche en fonction du site anatomique.	Plaie infectée.	- Ne pas mettre de pansement secondaire. - Peut être appliqué directement dans le lit de la plaie. - Ne pas appliquer sur la peau saine. - Nettoyer la couche souillée et réappliquer. - Une évaluation de la plaie doit être effectuée tous les 3 à 7 jours. - Clientèle adulte et pédiatrique.
PANSEMENT ABSORBANT MOUSSE	Code® RAMQ DE 101 Mousse avec bordure enduite de silicone Mousse régulière et mince Mousse avec bordure adhésive	- Maintient le lit de la plaie humide. - Absorbe l'exsudat. - Favorise la formation de tissus de prolifération. - Prévient la contamination bactérienne et la macération.	- Lésion de pression de stade 2 exsudative. - Lésion de pression de stades 3 ou 4 si exsudat modéré à abondant.	- Plaie sèche. - L'utilisation d'un protecteur cutané n'est pas recommandée.	- Le pansement doit bien adhérer à la plaie. - Ne pas recouvrir entièrement d'une pellicule transparente (seulement le <i>border</i>). - Peut être combiné au pansement gélifiant si cavité. - Durée : jusqu'à saturation ou 7 jours au maximum. - Ne pas étirer. - Ne pas couper.



	CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
PANSEMENT ABSORBANT MOUSSE	Code® RAMQ DE 101 Mousse auto adhésive sans bordure	• Maintient le lit de la plaie humide. • Absorbe l'exsudat. • Favorise la formation de tissus de prolifération. • Prévient la contamination bactérienne et la macération.	• Même indication que le pansement de silicone. • Auto-adhésif, sans bordures, peut être coupé. • Nécessite un produit pour fixer le pansement mousse.	• Plaie sèche. • L'utilisation d'un protecteur cutané n'est pas recommandée.	• Le pansement doit bien adhérer à la plaie. • Ne pas recouvrir entièrement d'une pellicule transparente (seulement le <i>border</i>). • Peut être combiné au pansement gélifiant si cavité. • Durée : jusqu'à saturation ou 7 jours au maximum. • Ne pas étirer. • Ne pas couper.
	Mousse non adhésive sans bordure		• Même indication que le pansement de silicone. • Non adhésif, peut être coupé. • Nécessite un produit pour fixer le pansement mousse.		
PANSEMENT ABSORBANT – AUTRE TECHNOLOGIE	Pansement absorbant acrylique Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Absorbe l'exsudat. • Maintient le lit de la plaie humide. • Favorise le débridement autolytique. • Favorise la formation de tissus de prolifération. • Permet de visualiser le lit de la plaie. • Prévient la contamination.	• Plaie avec exsudat modéré à abondant. • Pour les déchirures cutanées.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Allergie à l'adhésif. • Signe d'infection. • Plaie sèche. • Prudence lors du retrait si le pourtour de la plaie est fragile. • L'utilisation d'un protecteur cutané est recommandée.	• Imperméable, permet la douche. • Durée : peut être en place jusqu'à 21 jours pour les plaies par déchirure cutanée. • Ne pas couper.
PANSEMENT ABSORBANT GÉLIFIANT	Code® RAMQ DE 101 Pansement absorbant gélifiant	• Garde le milieu humide. • Favorise le débridement autolytique. • Favorise la formation du tissu de prolifération. • Diminue la douleur au retrait du pansement. • Gélifiant.	Plaie superficielle à profonde, avec exsudat modéré à abondant.	• Plaie sèche (peut assécher la plaie si exsudat insuffisant). • Ne pas utiliser dans un sinus étroit.	• Peut être appliqué en plusieurs couches (ne pas compacter) et peut dépasser la plaie. • Crée un gel au contact de l'exsudat. • Nécessite un pansement secondaire (ex. : hydrocolloïdes ou pansement mousse). • Durée : peut rester en place de 3 à 7 jours. • Peut être coupé.



	CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
PANSEMENT ABSORBANT GÉLIIFIANT	Pansement non adhérent avec bordure adhésive Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Absorbe l'exsudat. • Maintient le lit de la plaie humide. • Favorise la formation de tissus de prolifération. • Laisse les hydrogels en contact avec la plaie. • Prévient la contamination.	• Plaie avec exsudat léger à modéré. • Ulcères. • Lésion de pression stade 2. • Plaies traumatiques aiguës. • Plaies postopératoires. • Brûlures superficielles.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Prudence lors du retrait si le pourtour de la plaie est fragile. • L'utilisation d'un protecteur cutané est recommandée.	• Imperméable, permet la douche. • Ne pas étirer. • Durée : jusqu'à saturation ou de 2 à 4 jours au maximum. • Ne pas couper.
	Code® RAMQ DE 101 Pansement imprégné de chlorure de sodium	• Agit aussi comme agent de débridement autolytique. • Aide à nettoyer la plaie. • Réduit l'œdème. • Aspire l'exsudat, les bactéries et les tissus nécrotiques. • Maintient le lit de la plaie humide. • Favorise la formation de tissus de prolifération.	• Plaie superficielle ou profonde avec exsudat moyen à abondant. • Plaie infectée ou fortement exsudative. • Plaie avec tissus nécrotiques humides.	• Assèche la plaie en présence de faible exsudat. • Plaie avec tissus de prolifération.	• Nécessite un pansement secondaire, ex. : pansement absorbant (gaze, pad, etc.). • Ne plus utiliser s'il n'est pas saturé après 24 heures. • Peut être plié ou superposé. • Peut créer une sensation de picotement à l'application. • Durée : changer tous les jours ou 2 fois par jour, utiliser sur une courte période. • Peut être coupé.
* PANSEMENT ANTIMICROBIEN	Code® RAMQ DE 58 Pansement antimicrobien Onguent	• Agit aussi comme agent de débridement autolytique. • Aide à nettoyer la plaie. • Réduit les bactéries dans les tissus. • Favorise la formation de tissus de prolifération.	• Plaie superficielle ou profonde avec exsudat moyen à abondant. • Plaie infectée ou fortement exsudative. • Plaie avec tissus nécrotiques humides. • Dissout la nécrose humide. • Absorbe et nettoie. • Réduit la numération bactérienne.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Sensibilité à l'iode connue ou soupçonnée. • Problèmes thyroïdiens. • Femme enceinte ou qui allaite. • Insuffisance rénale grave. • Enfants. • Thérapie à base de lithium. • A de la thérapie de stimulation électrique.	• Nécessite un pansement secondaire. • Ex. : pansement non adhérent avec bordure adhésive. • Durée : maximum 72 heures. • Ne pas prolonger le traitement plus de trois mois. • Dose toxique quotidienne : 50 g.
	Pansement antimicrobien Feuille	• Aide à nettoyer la plaie. • Réduit les bactéries et les tissus nécrotiques. • Favorise la formation de tissus de prolifération.	• Plaie superficielle avec exsudat moyen à abondant. • Plaie infectée ou fortement exsudative. • Plaie avec tissus nécrotiques humides. • Réduit la numération bactérienne.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Sensibilité à l'iode connue ou soupçonnée. • A de la thérapie de stimulation électrique.	• Nécessite un pansement secondaire. • Ex. : pansement non adhérent avec bordure adhésive. • Durée : 72 heures au maximum.



	CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
* PANSEMENT ANTIMICROBIEN	Code® RAMQ DE 58 Pansement antimicrobien Mousse avec argent avec ou sans bordure de silicone	• Maintient le milieu humide. • Favorise la granulation. • Favorise la formation de tissus de prolifération. • Antimicrobien.	Plaie superficielle ou profonde avec exsudat modéré à abondant qui présente des signes cliniques de colonisation ou d'infection.	• Plaie sèche (peut assécher la plaie si exsudat insuffisant). • L'utilisation d'un protecteur cutané n'est pas recommandée. • A de la thérapie de stimulation électrique.	• L'utilisation du NaCl .09 % est permise. • Le pansement doit bien adhérer à la plaie. • Ne pas recouvrir entièrement d'une pellicule transparente (seulement le <i>border</i>). • Peut être combiné au pansement gélifiant si cavité. • Durée : jusqu'à saturation ou 7 jours au maximum. • Ne pas étirer. • Ne pas couper.
	Pansement antimicrobien Alginate avec argent	• Maintient le milieu humide. • Favorise la granulation et l'autolyse. • Propriété hémostatique. • Antimicrobien. • Gélifiant.	Plaie superficielle ou profonde avec exsudat modéré à abondant qui présente des saignements ou qui présente des signes cliniques de colonisation ou d'infection.	• Plaie sèche (peut assécher la plaie si exsudat insuffisant). • Ne pas utiliser dans un sinus étroit.	• L'utilisation du NaCl .09 % est permise. • Forme un gel en absorbant l'exsudat. • Durée : jusqu'à 7 jours. • Peut être mis en couche superposée. • Nécessite un pansement secondaire.
PANSEMENT CONTRE LES ODEURS – PRODUIT CONTENANT DU CHARBON/AG	Code® RAMQ DE 106 Pansement anti-microbien Charbon activé avec argent	• Diminue les odeurs. • Antimicrobien.	Plaie malodorante.	Plaie sèche.	• L'utilisation du NaCl .09 % est permise. • Peut être plié. • Doit être humidifié afin d'augmenter son pouvoir d'action. • Nécessite un pansement secondaire. • Ne pas couper.
* PANSEMENT BIOACTIF	Modulateur des protéases PRISMA® Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Pansement bioactif, antimicrobien à base d'argent à effet antiprotéases permettant de diminuer le niveau de MMPs (protéases) dans une plaie chronique et de contrôler la charge bactérienne. • Il inactive les protéases MPM et élastase afin d'aider à rétablir l'équilibre du microenvironnement de la plaie.	• Pour la prise en charge de toutes les plaies dont la guérison s'effectue par seconde intention et qui sont exemptes de tissus nécrosés. • Il est conçu pour démarrer le processus de guérison, tout en protégeant la plaie des risques d'infection.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Plaie avec présence de nécrose sèche ou humide.	• En présence d'exsudat, il se transforme en un gel, il est biodégradable, tout en protégeant la plaie des risques d'infection. • Nécessite un pansement secondaire.

CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
AGENT DE DÉBRIDEMENT	Code® RAMQ DE 158 pour 60 jours Pansement de débridement enzymatique Santyl® • Dérivé de culture de <i>Clostridium histolyticum</i>. • Permet la lyse de la nécrose et des débris nécrosés. • Agit spécifiquement sur le tissu dévitalisé.	Plaie avec nécrose sèche ou humide.	• Hypersensibilité locale ou généralisée à la collagénase. • Plaie infectée, plaie incurable, près de pontage.	• Après l'irrigation de la plaie. • Le traitement doit s'effectuer tous les jours. • Appliquer en couche mince de 3 à 5 mm. • Recouvrir d'un pansement secondaire. • Cesser dès l'apparition d'un tissu de granulation ou en présence d'infection.

AUTRES PRODUITS

CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
PANSEMENT AVEC PHMB « POLYHEXAMÉTHYLÈNE BIGUANIDE »	Mèche PHMB Polyhexa-méthylène biguanide • Aide à nettoyer la plaie. • Aide au drainage des plaies qui nécessitent un drainage vertical. • Empêche la fermeture de la plaie.	• Plaie aiguë et chronique. • Plaie avec cavité. • Plaie avec sinus/sillon. • Plaie nécessitant un drainage.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Ne pas utiliser avec une solution de <i>Dakin</i>, ni sur les personnes ayant une sensibilité connue au PHMB. • Ne pas couper les mèches verticalement.	• Couper la mèche à la taille désirée. • Au moment de remplir la cavité d'une plaie, s'assurer d'utiliser une seule longueur continue de mèche et de laisser une extrémité exposée pour en faciliter le retrait complet. • Lors du remplissage, il est recommandé de compacter légèrement la mèche dans la plaie. • Les mèches PHMB peuvent être utilisées sèches ou humides selon les applications. • Toujours indiquer la longueur de la mèche utilisée dans la plaie. • Il est incompatible avec la présence de chlore. • Nécessite un pansement secondaire. • *Les mèches PHMB sont efficaces jusqu'à 3 jours.



PRODUIT RECOMMANDÉ OU MIS EN PLACE PAR L'INFIRMIÈRE-RESSOURCE EN SOINS DE PLAIE OU ASI	CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ
	Gaze PHMB biguanine Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Aide à nettoyer la plaie. • Aide au drainage des plaies.	• Plaie aiguë et chronique. • Plaie avec cavité. • Plaie avec sinus/sillon. • Plaie qui nécessite un drainage.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Ne pas utiliser avec une solution de <i>Dakin</i>, ni chez les patients ayant une sensibilité connue au PHMB.	• Nécessite un pansement secondaire. • Il est incompatible avec la présence de chlore. • *Les gazes au PHMB sont efficaces jusqu'à 3 jours.
	Pansement absorbant Au chlorure de dialkyl-carbamoyl (DACC) Sorbact® Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Pansement bactéri-absorbant. • Recommandé pour le traitement des plaies de peu à très exsudatives, de peu à très profondes (y compris les plaies propres, colonisées, contaminées ou infectées).	Approprié en tant que pansement primaire pour les plaies superficielles ou profondes exsudatives.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Ne pas utiliser <i>Sorbact</i>® avec des crèmes ou des solutions hydrophobes (ex. : solutions nettoyantes pour plaies), car elles réduisent la fixation des micro-organismes hydrophobes.	La surface hydrophobe verte du pansement doit toujours être directement appliquée sur la plaie pour garantir la fixation des micro-organismes sur le pansement. Le maintien d'un milieu de cicatrisation humide est essentiel pour assurer l'efficacité du pansement et pour éviter une éventuelle adhérence à la plaie.
	Pansement antibactérien Hydrofera Blue® Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Pansement mousse polyvinyle alcool ou polyuréthane imprégné de bleu de méthylène et de violet de gentiane pour contrôler la charge bactérienne. • Favorise le débridement autolytique. • Plaie superficielle. • Exsudat modéré ou abondant.	• Non cytotoxique. • Compatible avec les facteurs de croissance du fibroblaste. • Impact positif sur les épiboles et aplatissement des bords de la plaie.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • En présence de réaction au bleu de méthylène et le violet de gentiane.	• Aide à maintenir un environnement en équilibre d'humidité au lit de la plaie. • Un large spectre de protection antibactérienne. • Fixe les bactéries et les endotoxines nuisibles au pansement. • Humidifier avec une solution de NaCl .09 % ou de l'eau stérile et essorer pour éliminer l'excédent de liquide. • Appliquer directement sur le lit de la plaie. Protéger le pourtour de la plaie avec un protecteur cutané pour éviter la macération. • Recouvrir d'un pansement secondaire. Le choix dépend de la quantité d'exsudat de la plaie. Ne pas laisser sécher le pansement complètement pour une meilleure efficacité. • Peut être laissé en place jusqu'à 72 heures ou si devenu plus clair.



CATÉGORIE	PROPRIÉTÉ	INDICATION	CONTRE-INDICATION	PARTICULARITÉ	
PRODUIT RECOMMANDÉ OU MIS EN PLACE PAR L'INFIRMIÈRE-RESSOURCE EN SOINS DE PLAIE OU ASI	Solution ou gel Surfactan Prontosan® Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	• Pour le nettoyage des plaies aiguës et chroniques. • Solution pour la prévention et le traitement des biofilms. • Contient de la bétaine et du polyhexanide (poliaminopropylbiguanide).	• Réduit la prolifération de germes grâce à la polyhexanide. • Pour le rinçage et l'hydratation des plaies aiguës et chroniques, brûlures du 1^{er} et 2^e degré. • Efficace contre les odeurs. Gel : Lorsque les dépôts sont extrêmement difficiles à retirer.	• Hypersensibilité locale ou généralisée. • Contient hydrochlorure de polyhexaméthylène biguanide. Peut produire une réaction allergique.	Présentation en solution : Utilisé en trempage de 10 à 15 minutes après nettoyage de la plaie. • Le traitement doit s'effectuer tous les jours. • Utilisable 8 semaines après ouverture. Présentation en gel : Utilisé pour des plaies chroniques généralement recouvertes de débris, de tissus nécrosés et/ou d'un biofilm. • Recouvrir d'un pansement secondaire. Le choix dépend de la quantité d'exsudat de la plaie. • Peut être laissé en place jusqu'à 72 heures.
	Thérapie par pression négative TPN	Vous référer au guide d'utilisation de la TPN qui encadre la pratique : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traitement/INESSS_GUO_Therapie_pression_negative.pdf			
	Solution saline 0,9 %	Produit recommandé au CIUSSS de la Capitale-Nationale pour l'irrigation d'une plaie.			
MODALITÉ ADJUVANTE	Sac Ziploc^{MD}	Fourni par l'établissement.			

*CONSEILS CONCERNANT L'UTILISATION DE PANSEMENT À L'ARGENT

- Effectuer une évaluation approfondie de la personne, de la plaie et de l'environnement pour déterminer s'il est approprié d'utiliser un pansement à l'argent.
- Documenter les raisons justifiant l'utilisation d'un pansement à l'argent dans les dossiers médicaux de la personne.
- Si la plaie est infectée, le pansement doit initialement être utilisé pendant deux semaines.
- Des réévaluations régulières s'imposent si le pansement à l'argent continue d'être utilisé après deux semaines.
- Contre-indiqué chez une personne soumise à un examen par IRM ou une radiothérapie.

Seuls les produits négociés par le Groupe d'approvisionnement centralisé de l'Est du Québec sont utilisés dans les établissements du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour la clientèle admise pour les soins de la peau et des plaies.

ANNEXE 8 Tableaux des compressions élastiques et inélastiques

Systèmes de compression élastique

TYPE	INDICATION	CONSIDÉRATION CLINIQUE
Bas de compression à degré variable : • 20-30 mmHg • 30-40 mmHg • 40-50 mmHg • 50-60 mmHg Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	Selon le résultat de l'IPSCB, pour le traitement de : • Veine variqueuse > 0,6 • Ulcère veineux/récidive > 0,8 • Ulcère veineux réfractaire > 0,8 • Lymphœdème > 0,8	• Selon le degré de compression, ils sont parfois difficiles à enfiler; des aides techniques existent pour faciliter la mise en place par la personne. • L'adhérence/compliance peut être variable. • Doit être remplacé tous les 3 à 6 mois selon les recommandations du fabricant.
Système 2 couches Surepress ^{MC} (avec indicateur) Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	Traitement des ulcères veineux IPSCB > 0,8 30-40 mmHg	• Une couche de protection ouatée doit être appliquée à chaque utilisation • La mesure de la cheville est nécessaire avant chaque utilisation pour suivre le bon indicateur. • La couche élastique est lavable 20 fois. • Peut être changé 2 ou 3 fois par semaine. • Peu coûteux. • Produit disponible au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Systèmes de compression inélastique

TYPE	INDICATION	CONSIDÉRATION CLINIQUE
Bandage 2 couches de courtes élasticités Jobst® Compris 2 Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	Traitement des ulcères veineux ou mixtes IPSCB > 0,6 20-30 mmHg light ou 30-40 mmHg régulier	• Efficacité supérieure chez la clientèle qui peut marcher. • Convient aux personnes qui ne tolèrent peu ou pas les systèmes de compression élastique. • Fournit une pression élevée en période de mouvement et une pression faible en période de repos. • Application par une personne qualifiée. • Changement chaque jour. • Une couche d'ouate protectrice peut être appliquée. • Lavable jusqu'à 20 fois. • Produit disponible au CIUSSS de la Capitale-Nationale.



Systèmes de compression inélastique

TYPE	INDICATION	CONSIDÉRATION CLINIQUE
Bande tissée imprégnée Viscopaste^{MC*} (oxyde de zinc) Ichthopaste^{MC*} (oxyde de zinc et ichtyolammonium) *Remboursé par la RAMQ.	Traitement des ulcères veineux ou mixtes IPSCB > 0,6	• Application selon les recommandations du fabricant. • Usage unique. • La compression diminue de 50 % les 24 premières heures. • Nettoyer les résidus de pâte sur la peau environnante avant de réappliquer le produit. • Application par une personne qualifiée. • Changement 1 ou 2 fois par semaine. • Contre-indication : plaie infectée.
Système ajustable muni de courroies élastiques avec un ruban autoagrippant Juxta-Fit ^{MC} , Juxta-Lite ^{MC} , Circaid ^{MC} , Farrow Wrap ^{MC} Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	Traitement des ulcères veineux ou mixtes Selon l'ajustement des courroies, le degré de compression sera : 20-30 mmHg IPSCB > 0,6 30-40 mmHg IPSCB > 0,8 40-50 mmHg IPSCB > 0,8	• Doit être changé tous les 6 mois. • Application par un non-professionnel après enseignement. • Porter durant le jour. • La tension peut être ajustée selon la tolérance de la personne. • Dispendieux.
Système 2 couches 3M Coban 2 ^{MC} 3M Coban Lite 2 ^{MC} Ce produit n'est pas remboursé par la RAMQ.	Traitement des ulcères veineux IPSCB > 0,8 Traitement des ulcères veineux ou mixtes IPSCB > 0,5 Compression d'environ 15-25 mmHg	• Application de deux couches selon les recommandations du fabricant. • Usage unique. • Application par une personne qualifiée. • En début de traitement, l'extension peut être réduite selon la tolérance de la personne. • Changement 1 ou 2 fois par semaine. • Facilite le port des chaussures, car il est plus mince que les autres <i>Systèmes multicouches</i>. • Contre-indication : plaie infectée.

Sources : - Adapté de : *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier*, p. 227-229, OIIQ, 2007.

- St-Cyr, Diane. Traitement des ulcères veineux, la thérapie de compression, *Perspective infirmière*, mars-avril 2013, vol 10, n° 2, p. 50-54.

- Bouchard. H., Morin. J., CHUS. Aidez-moi, s'il-vous-« plaie »!, cadre de référence relatif aux soins de plaies chroniques, édition GGC, 2009.

Lorsque la plaie est guérie, la prévention des récurrences est essentielle. S'il s'agit d'un premier épisode, un bas compressif doit être prescrit. Si la personne a présenté un ulcère veineux spontané malgré le port régulier de bas compressifs, ceux-ci devront être d'un degré supérieur lorsque la personne sera guérie.

La personne à risque et celle qui souffre d'un ulcère veineux doivent intégrer à leur mode de vie le port du bas élastique. Une prescription est requise pour un bas de compression de 20 mmHg et plus.

Type de bas élastique	Le choix doit être effectué en fonction de la morphologie du membre inférieur.
Application	Il doit être enfilé avant le lever et porté jusqu'au coucher ou au moment des soins (bain).
Entretien	Le bas doit être lavé à la main avec un savon doux et séché à plat.
Changement	Il doit être changé tous les trois à six mois.
Le <i>tubigrip</i> , <i>élastogrip</i> , <i>tensogrip</i> ou autre	Ne remplace pas le bas élastique ou le bandage de compression.

ANNEXE 9 Classification de l'Université du Texas et pourcentage de risque d'amputation associé

	GRADE 0	GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3
STADE A	État du pied en phase préulcérate ou post-ulcérate (ulcère complètement épithélialisé). 0A 0 %	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os. 1A 0 %	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire. 2A 0 %	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation. 3A S/O
STADE B	État du pied en phase préulcérate ou postulcérate (ulcère complètement épithélialisé), avec infection. 0B 12,5 %	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os. 1B 8,5 %	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire, avec infection. 2B 28,6 %	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation, avec infection. 3B 92 %
STADE C	État du pied en phase préulcérate ou postulcérate (ulcère complètement épithélialisé), avec ischémie. 0C 25 %	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os, avec ischémie. 1C 20 %	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire, avec ischémie. 2C 25 %	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation, avec ischémie. 3C 100 %
STADE D	État du pied en phase préulcérate ou post-ulcérate (ulcère complètement épithélialisé), avec infection et ischémie. 0D 50 %	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os, avec infection et ischémie. 1D 50 %	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire, avec infection et ischémie. 2D 100 %	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation, avec infection et ischémie. 3D 100 %

Sources : - St-Cyr. Diane, Martineau. Luce, L'ulcère du pied diabétique. Partie 1, Épidémiologie et évaluation, *Perspective infirmière*, janvier-février 2017, vol. 14, n° 1, p. 25-42.
- St-Cyr. Diane, Martineau. Luce, L'ulcère du pied diabétique. Partie 1, Le soigner de manière optimale, *Perspective infirmière*, mars-avril 2017, vol. 14, n° 2, p. 36-46.

COMPLICATIONS

COMPLICATION	INFORMATION COMPLÉMENTAIRE
Arthropathie de Charcot	• Complication de la neuropathie sensitive et motrice caractérisée par la déformation des pieds. • Complication la plus grave du pied diabétique.
Infection	• L'hyperglycémie a un impact sur le système immunitaire de la personne diabétique. • L'altération du système immunitaire combinée à l'œdème et l'hyperglycémie crée un milieu favorable à la croissance bactérienne et fongique.
Amputation	De 5 % à 10 % des personnes diabétiques subissent une amputation à un membre inférieur liée à la maladie vasculaire ou à l'infection.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2015). *Le retraitement du matériel médical à usage unique* : mise à jour 2015.
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*.
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins*. 104 p.
- Agrément Canada. (2016). *Normes Prévention et contrôle des infections*.
- ANAES. (2001). *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgés*. Conférence de consensus, p. 15-16.
- Annersten Gershater, M., et J. Apelqvist (2009). *Prévention des ulcères du pied diabétique*.
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2012). [<http://www.cdnhomecare.ca>].
- Association canadienne du soin des plaies. [www.cawc.net].
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Clinical Best Practice Guidelines : Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes Second Edition*.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (2000).
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2006). *Oser une nouvelle vision des soins de plaies*. Montréal.
- Ayello, EA., Carville, K., Fletcher, J., et autres. (2012). *Du bon usage des pansements à l'argent dans les soins de plaies*. Consensus International. Wounds International.
- Bakker, K., et autres. (2005). *L'année du pied diabétique*. Diabetes Voice, p. 50.
- Banks, MD., et autres. (2013). Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals. *European Journal of Clinical Nutrition*, n° 67, p. 42-46.
- Bansal, P. (2012). *Nutrition for Wound healing*. Communication présentée au « Interprofessional Skin and Wound Care Conference ». Présentation récupérée le 26 juin 2017.
- Barrois, B., et autres. (1999). *Les escarres, les basiques*. Ed Asymptote.
- Bauer, J.D., et autres. (2013). The effectiveness of a specialised oral nutrition supplement on outcomes in patients with chronic wounds : a pragmatic randomised study. *Journal of Human nutrition and Dietetics*, 26, p. 452-458.
- Beitz, JM., et Van Rijswijk, L. (2012). *Developing evidence-based algorithms for negative pressure wound therapy in adults with acute and chronic wounds : Literature and expert-based face validation results*. Ostomy Wound Manage, p. 50-69.
- Bergstrom, N., Allman, RM., Carlson, CE., et autres. (1992). *Clinical Practice Guideline Number 3. Pressure Ulcers in Adults : Prediction and Prevention*. AHCPR Publication n° 92-0050. Rockville, MD : Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.
- Best Practice recommandations for the Prevention and Management of Wounds. (2017).
- Beverlin, A. (2012). Effects of a comprehensive nutritional program on pressure ulcer healing, length of hospital stay, and charges to patients. *Clinical Nursing Research*, vol. 22, n° 2, p. 186-205.
- Botros, M., Kuhnke, J., Embil, J., et autres. (2017). *Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Diabetic Foot Ulcers*. Wounds Canada. [info@woundscanada.ca].
- Briggs, M., et autres. (2003). The Prevalence of Leg Ulceration : A review of the literature. *European Wound Management Association Journal*, p. 14-20.

- Brölmann, FE., Ubbink, DT., Nelson, EA., et autres. (2012). Evidence-based decisions for local and systemic wound care. *British Journal of Surgery*, p. 1172-1183.
- Bryant, R.A., Nix, D.P. (2016). *Acute and chronic wounds, current management concepts*. Elsevier Mosby, St-Louis.
- Canadian Diabetes Association Clinical practice guidelines. (2013). *Ulcères du pied chez le diabétique : éléments essentiels de la prise en charge*.
- Cedera, E., et autres. (2015). A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxydants for healing of pressure ulcers. *Annals of Internal Medicine*, vol. 162, n° 3, p. 167-176.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. *Procédure relative au prénettoyage, à l'inspection et au transport des dispositifs médicaux réutilisables souillés, excluant les endoscopes*.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. *Politique relative à la prévention et au contrôle des infections lors de l'utilisation du matériel non critique dans le contexte des soins, services et de loisirs*. Document de travail.
- Cereda, E., et autres. (2011). Energy balance in patients with pressure ulcers : a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of the American dietetic association*, vol. 111, n° 12, p. 1868-1876.
- Chow, O., et Barbul, A. (2014). Immunonutrition : role in wound healing and tissue regeneration. *Advances in Wound Care*, vol. 3, n° 1, p. 46-53.
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., et autres. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing* 70 (10), p. 2222-2234. doi [10.1111/jan.12405].
- Colin, D., et autres. (2000). *Épidémiologie de l'escarre chez le sujet âgé*. L'Escarre, p. 9-12.
- Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2014). *Pratiques Exemplaires d'hygiène des mains*. Santé publique Ontario, 99 p.
- Conseil du médicament. Gouvernement du Québec, INNESS. (2005). *Infections et troubles trophiques du pied chez les diabétiques*.
- Consensus International. (2012). *Bon usage des pansements à l'argent dans les soins des plaies*. London : Wounds International. [<http://www.woundsinternational.com>].
- Conservative Sharp Wound Debridement (CSWD) Education Program for Frontline Nurses By Connie Harris, RN, ET, IIWCC, MSc. Wound Care Canada Volume 11, Number 2 · Fall 2013.
- Dereure, O., et autres. (2008). *De la clinique à la biologie : plaies difficiles : définition et circonstances*. In *Symposium Retard de cicatrisation, de l'expérience à l'innovation*. CPC ; Paris, le 28 janvier.
- Diabetes Care. (2011). *The Charcot Foot in Diabetes*.
- Dietitians of Canada. (2015). *Wound Care - Pressure Ulcers. Practice-based evidence in nutrition*. [www.pennutrition.com].
- Diététistes du Canada. 2008. (révisé 2014). *Recommandations en matière d'alimentation pour augmenter le niveau d'énergie et votre apport en protéines*.
- Diététistes du Canada. 2008. (révisé 2016). *Lignes directrices pour rester hydraté*.
- Doley, J. (2010). *Nutrition Management of Pressure Ulcers*. Nutr. Clin. Pract, vol. 25, n° 1, p. 50-60.
- Dorner, B., Posthauer, ME., Thomas, D. (2009). The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment : National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper. *Advances in Skin and Wound Care*, 22(5) p. 212-21.
- Dorner, B., et autres, (2009). *The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment : National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper*. NPUAP.
- Edsberg, LE. et autres. (2017). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *JWOCN*, vol. 43, n° 6, p. 585-597.
- Electrotherapy on the web*. [<http://www.electrotherapy.org/>] (Consulté le 26 juin 2016).

- Ellinger, S. (2014). Micronutrients, Arginine and Glutamine : Does Supplementation Provide and Efficient Tool for Prevention and Treatment of Different Kinds of Wounds? *Advances in Wound Care*, vol. 3, n° 11, p. 691-707.
- Eman, S. M., Shahin, et autres. (2010). The Relationship between Malnutrition Parameters and Pressure Ulcers in Hospitals and Nursing Homes. *Nutrition*, vol. 26, p. 886-889.
- Fiacre, A., Plouvier, E., et Vincenot, A. (2015). *Examens de laboratoires*, 3^e éd., Édition Maloine.
- Fraser, C. (2017). *Nutrition and hydration for pressure ulcer prevention and management*. Formation à distance sur le site de Diététiste du Canada. Récupéré le 26 juin 2017 de [<https://www.dietitians.ca/Learn/Distance-Learning>].
- Gefen, A., Van Nierop, B., Bader, DL, et Oomens, CW. (2008). Strain-time cell-death threshold for skeletal muscle in a tissue-engineered model system for deep tissue injury. *Journal of Biomechanics*, vol. 41, n° 9, p. 2003-2012.
- Ghaisas, S., Pyatak, EA., Blanche, E., et autres. (2015). Lifestyle Changes and Pressure Ulcer Prevention in Adults With Spinal Cord Injury in the Pressure Ulcer Prevention Study. *Lifestyle Intervention Am J Occup Ther*, vol. 69, n° 1. Publié en ligne, 24 décembre 2014. [10.5014/ajot.2015.012021].
- Girouard, I. (2011). Notes de cours. *Plaies : interventions en physiothérapie. Partie I : Évaluation, prévention et traitement des plaies*.
- Girouard, I. (2012). Notes de cours. *Plaies : interventions en physiothérapie. Partie II : Modalités complémentaires de traitement des plaies*.
- Giroux, D., et Lachance, N. (2014). *Aptitude/inaptitude : Accompagnement et prise de décision*. Conférence donnée à l'occasion du colloque CEVQ.
- Gouvernement du Canada, *Oxygénothérapie hyperbare*, extrait du site Web [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/aspect-medical/oxygenotherapie-hyperbare.html#co].
- Gouvernement du Québec, partenaires multisectoriels. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. 655 p. [www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca].
- Grabowski, T. (2001). *Principes d'anatomie et de physiologie*.
- Graham, ID. et autres. *Prevalence of lower-limb ulceration : A systematic review of prevalence studies*.
- Guide pratique de podologie, Affections courantes du pied et pied diabétique* (2009).
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2010). *Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible à : [http://has-sante.fr/portail/jcms/r_1438055/fr/traitement-des-plaies-par-pression-negative-tpn-des-utilisations-specifiques-et-limitees-fiche-buts].
- Houghton, PE., Campbell, KE, and CPG Panel. (2013). *Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury*. A resource handbook for Clinicians.
- Hunckler, J., de Mel, A (2017). A current affair : electrotherapy in wound healing. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 10, p. 179-194.
- Hurd, TA. Nutrition and Wound-care Management/Prevention. *Wound Care Canada*, vol. 2, n° 2.
- Iizaka, S., et autres. (2010). Estimation of protein loss from wound fluid in older patients with severe pressure ulcers. *Nutrition*, vol. 26, p. 890-895.
- Iizaka, S., et autres. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, vol. 29, p. 47-53.
- Iizaka, S., et autres. (2012). Estimation of Protein Requirements According to Nitrogen Balance of Older Hospitalized Adults with Pressure Ulcers According to Wound Severity in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 60, n° 11, p. 2027-2033.
- Iizaka, S., et autres. (2014). Clinical Validity of the Estimated Energy Requirement and the Average Protein Requirement for Nutritional Status Change and Wound Healing in Older Patients with Pressure Ulcers: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Geriatrics and Gerontology International*, décembre, p. 1-9.
- INESS. (2015). *Traitement des plaies complexes : Thérapie par pression négative*. [www.inesss.qc.ca].

- Jensen, DL., et autres. (2013). Recognizing Malnutrition in Adults : Definitions and Characteristics, Screening, Assessment and Team approach. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, vol. 37, p. 802-807.
- Kesici, U., et autres. (2013). Effects of Glutamine on Wound Healing. *International Wound Journal*, p. 1-6.
- Lachance, N. (2014). Formation : *Un bref survol des indices de maltraitance chez la personne âgée*.
- Langer, G., Fink, . (2014). Nutritional Interventions for Preventing and Treating Pressure Ulcers (Review). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*, vol. 6.
- Lazarus, G. S., et autres. (1994). Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Wound repair and regeneration*, vol. 2, n° 3, p. 165-170.
- LeBlanc, K., et autres. (2008). Pratiques recommandées pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées. *Wound Care Canada*, vol. 4, n° 1, p. 32-52.
- LeBlanc K., et autres. (2017). *Best practice recommendations for the Prevention and Management of Skin Tears*. *Wound Care Canada*. [<https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-careprofessional/552-bpr-prevention-and-management-of-skin-tears/file>].
- LeBlanc, K., et autres. (2016). The Art of Dressing Selection : A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 1, p. 32-46.
- Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3^e éd. (2016).
- Leigh, B., et autres. (2012). The Effect of Different Doses of an Arginine Containing Supplement on the Healing of Pressure Ulcers. *Journal of Wound Care*, vol. 21, n° 3, p. 150-156.
- Lessard, J. et autres. (2016). Les protéines sériques : leur interprétation pour l'évaluation et la surveillance nutritionnelle. *Nutrition-Science en évolution*, vol. 14, n° 2, p. 8-12.
- Lewis, et autres. (2006). *Medical Surgical Nursing in Canada*. Canadian Editors.
- Litchford, MD., et autres. (2014). Malnutrition as a Precursor of Pressure Ulcers. *Advances in Wound Care*, vol. 3, n° 1, p. 54-63.
- Little, Milta, O. (2013). Nutrition and Skin Ulcers. Current Opinion in *Clinical Nutrition and Metabolic Care*, vol. 16, p. 39-49.
- MacKay, D. et Miller, A.L. (2003). Nutrition Support Wound Healing. *Alternative Medicine Review*, vol. 8, n° 4, p. 359-377.
- Malone, E., Ainsley, et Hamilton, C. (2013). The Academy of Nutrition and Dietetics/The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Consensus. Malnutrition Characteristics : Application in Practice. *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 28, p. 639-650.
- Marieb, Éline N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines* (3^e éd.). Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Martin, JA., et Woo, KY. (2017). Clinical Characteristics of Mixed Arteriovenous Leg Ulcers. *JWOCN*, vol. 44, n° 1, p. 41-46.
- McGinnis, E., et Stubbs, N. (2011). Pressure-relieving devices for treating heel pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9.
- McKinlay, AW. (2008). Malnutrition : the spectre at the feast. *J R Coll Physicians Edinb*, p. 17-21.
- Meaume, S. et autres. (2005). Plaies chroniques, ulcères de jambe. *Plaies et cicatrisations*, éd. Masson, p. 141.
- Moore, J. (2013). Vitamin C : a Wound Healing Perspective. *Wound Care*, p. S6-S11.
- MSSS. (2012). *Dénutrition. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Fiches cliniques.
- MSSS. (2012). *Déshydratation. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Fiches cliniques.
- MSSS. *Évaluation post-exposition*.
- MSSS. (2017). *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, 84 p.

- MSSS. (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de la santé du Québec : mise à jour 2017.*
- MSSS. (2006). *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux.*
- MSSS. (2012). *Plaie de pression. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Fiches cliniques.*
- MSSS. (2015). *Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec. Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, 66 p.*
- MSSS. (2016). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Édition 6, mars 2016.*
- National Clinical Guideline Centre. (2014). Pressure Ulcer Prevention: The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care. *Clinical Guidelines*, p. 179.
- National Pressure Ulcers Advisory Panel, European Pressure Ulcers Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.*
- Nestle Nutrition Institute. (2015). *Algorithm for treatment of pressure ulcers : Nutrition Guidelines.*
- Norton, L, et autres. (2017). *Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Pressure Injuries.* Wounds Canada. [<https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/172-bpr-prevention-and-management-of-pressure-injuries-2/file>].
- Occupational Therapy Skin Care Guideline Best Practice for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers.* (2008). Created by the Occupational Therapists, Vancouver Coastal Health and Providence Health Care, avril 2008.
- OEQ, OIIQ et OPPQ. (2014). *Cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie, 23 p.*
- Office des professions du Québec. *Lois et règlements, lois professionnelles, loi de la pharmacie.* [www.opq.gouv.qc.ca].
- OIIAQ. (2011). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Champ d'exercice, activités réservées et autorisées.*
- OIIQ. (2007). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier.*
- OIIQ. (2014). *La contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers. Cadre de référence à l'intention des directrices, des directeurs et des responsables des soins infirmiers, 2^e éd., p. 14-23.*
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2009). Management of Chronic Pressure Ulcers. An Evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, vol. 9, n° 3.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2008). *Protéger la population par la prévention et le contrôle des infections. Une contribution essentielle de l'infirmière. Prise de position sur le rôle et les responsabilités de l'infirmière en matière de prévention et contrôle des infections, Québec.*
- Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2017). *Guide des compétences professionnelles.*
- Ordre des pharmaciens du Québec. (OPQ). *Standards de pratique.* [www.opq.org].
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières : mise à jour du guide d'application publié en 2003, Westmount : OIIQ.*
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Les soins de plaies : Au cœur du savoir infirmier, Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.*
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Le plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.* Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la loi modifiant le Code des professionnels et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, OIIQ, p. 31-35.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2006). *Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique.*
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des mains au cours des soins. Premier Défi Mondial pour la Sécurité des Patients. Un soin propre est un soin sûr, 68 p.*

- Orsted, HL., et autres. (2017). *Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management : Skin Anatomy, Physiology and Wound Healing*. Wounds Canada. [mailto:info@woundscanada.ca].
- Orsted, HL., et autres. (2017). *Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Wounds*. Wounds Canada. [mailto:info@woundscanada.ca].
- Patel, Girish K. (2005). The Role of Nutrition in the Management of Lower Extremity Wounds. *Lower Extremity Wounds*, vol. 4, n° 1, p. 12-22.
- Peter R., et autres. (2016). *Identifying barriers and facilitators to participation in pressure ulcer prevention in allied healthcare professionals: a mixed methods evaluation*. Physiotherapy, article in press.
- Port d'un équipement de protection individuelle (ÉPI). [http://msi.expertise-sante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi].
- Posthauer, ME., et autres. (2015). The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance White Paper. *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 28, n° 4, p. 175-188.
- Poulia, KA., et autres. (2012). Evaluation of the Efficacy of Six Nutritional Screening Tools to Predict Malnutrition in the Elderly. *Clinical Nutrition*, vol. 31, p. 378-385.
- Presses de l'Université du Québec. (2011). *Guide pratique de Podologie, Annoté pour la personne diabétique, 2e éd.*
- Presses de l'Université Laval. (2013). *Manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN)*. Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition.
- Prevention and treatment of pressure ulcers clinical practice guideline*. Second edition published (2014).
- Qaseem, A., et autres. (2015). Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, vol. 162, p. 359-369.
- Ramundo, JM. (2016). *Principles and Guidelines for Wound debridement*, Doughty, D.B., McNichol, L.L. dans (ss la dir. de), *Core Curriculum Wound Management*, Wound, Ostomy, Continence Nurses Society, Wolters Kluwer, p. 145-155.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team*, Third Edition.
- Reiber, GE., et autres. (1992). Risk factors for amputations in patients with diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, vol. 117, p. 97-105.
- Ritchie K., et autres. *Topical negative pressure therapy for wounds. HTA Programme : Health Technology*. [http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/hta_12.aspx].
- Rodrigues, AL. (2017). *Les acteurs nutritionnels de la cicatrisation*. Communication présentée au Colloque ANCQ sur « Prise en charge nutritionnelle des escarres de décubitus », Montréal, Québec.
- Roy, S. (2013). *Le plaisir de manger. Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Sernekos, LA., (2013). Nutritional Treatment of Pressure Ulcers: What is the evidence? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, vol. 25, p. 281-288.
- Serpa, LF., et Santos, VLCG. (2014). Validity of the Braden Nutrition Subscale in Predicting Pressure Ulcer Development. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, vol. 41, n° 5, p. 436-443.
- Sibbald, RG., et autres. (2011). Special considerations in wound bed preparation 2011 : an update. *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 24, n° 9, p. 415-436.
- Sibbald, RG., Krasner, DL., Lutz, JB., et autres. (2009). *The SCALE Expert Panel: Skin Changes At Life's End. Final Consensus*. Disponible sur le site internet du Nursing Center: [http://www.nursingcenter.com].
- Smith, EK., Craven, A., Wilson, AM. (2014). Effect of Noncontact Low-Frequency Ultrasound on Wound Healing: A Systematic. *Review Journal of Acute Care Physical Therapy*, vol. 5, n° 1, p. 36-44.

- Society for Parenteral and Enteral Nutrition Consensus. Malnutrition Characteristics : Application in Practice. *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 28, p. 639-650.
- Soeters, P.B., et GRECU, I. (2012). Have we Enough Glutamine and How Does it Works? A Clinician's View. *Annals of Nutrition and Metabolism*, vol. 60, n° 17, p. 17-26.
- St-Cyr, D., Martineau, L. (2017). L'ulcère du pied diabétique – Partie 1. *Perspective Infirmière*, p. 35-42.
- St-Cyr, D., Martineau, L. (2017). L'ulcère du pied diabétique – Partie 2. *Perspective Infirmière*, p. 38-46.
- Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) de la Capitale-Nationale. (2012). *Guide de prévention et de contrôle des infections « Pratiques de base et précautions additionnelles »*.
- The Journal of Foot & Ankle Surgery. (2006). *Diabetic foot disorders, A clinical practice guideline*.
- Thomas, DR. (2014). Role of Nutrition in the Treatment and Prevention of Pressure Ulcers. *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 29, n° 4, p. 466-472.
- Trans Tasman Dietetics Wound Care Group. (2011). *Evidence based practice guidelines for the dietetic management of adults with pressure injuries: Review*. DNZ DAA.
- Updated/Revised: WOCN® Wound Committee. (2011).
- Van Anholt, RD., et autres. (2010). Specific Nutritional Support Accelerates Pressure Ulcer Healing and Reduces Wound Care Intensity in Non-Malnourished Patients. *Nutrition*, vol. 26, p. 867-872.
- Vancouver Coastal Health. (2010). *Clinical Practice Document – Physiotherapy Role and Scope for Skin and Wound Management*, 10 p.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e éd.*, Québec, Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Widgerow, AD. (2012). Deconstructing the stalled Wound. *Wounds*, vol. 24, n° 3, p. 58-66.
- Williams, JZ., et autres. (2012). Nutrition and Wound Healing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 24, p. 179-200.
- Wojcik, A., et autres. (2011). Dietary Intake in Clients with Chronic Wounds. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 72, n° 2, p. 77-82.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). *Vacuum assisted closure: Recommendations for use. A consensus document*, Londres, Angleterre : Medical.
- Wound Care Canada. (2006). *Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement des ulcères du pied diabétique : mise à jour 2006*.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses (2005). *Conservative Sharp Wound Debridement: Procedure, Competencies and Training*.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®) Wound Committee and the Wounds International. (2013). *Best practice guidelines: Wound management in diabetic foot ulcers*. [www.southlakeregional.org].
- Wounds Canada. [https://www.woundscanada.ca/].
- Yatabe, MS., et autres. (2013). Mini Nutritional Assessment as a Useful Method of Predicting the Development of Pressure Ulcers in Elderly Inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 61, p. 1698-1704.
- Ying-Ling, J., Sue, E., Lucas J., Carr. (2017). Measuring Weight-Bearing Activities in Patients With Previous Diabetic Foot Ulcers. *JWOCN*, vol. 44, n° 1, p. 34-40.

MENTIONS DE SOURCES

Alam, Tarik, infirmier stomothérapeute, *University of Western Ontario*, photos 2, 3 et 5, page 46, photo 4, page 47, photos 1, 2, 3, 4, 6 et 7, page 48, photo 1, page 76

Côté, Julien, infirmier stomothérapeute, CIUSSS de la Capitale-Nationale, photo 1 page 46, photos 1, 2 et 3, page 47

Plaies Canada, illustrations pp 75 à 78

St-Cyr, Diane, infirmière stomothérapeute, Hôpital de Verdun, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, photo 4, page 46, photo 5, page 48

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

