

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

Membres du comité de révision employés du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Jessica Marchand | Nutritionniste, professionnelle-conseil

Josiane Tremblay | Conseillère cadre en nutrition

Marianne Poisson | Conseillère cadre en ergothérapie

Marie-Claude Charron | Conseillère cadre en ergothérapie

Marie-Josée Demers | Conseillère cadre en soins infirmiers

Pascale Bellemare | Conseillère en soins infirmiers

Sarah Boudreault | Physiothérapeute, professionnelle-conseil

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

Véronique Lapointe | Physiothérapeute

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

Nos remerciements aux collaborateurs et aux relecteurs

Ariane Couture, inf. M. Sc. | Directrice adjointe des soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Ammon Lilyane Djoulde Alou, agente de planification, de programme et de recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Catherine Germain Perron, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Josée Pageau, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Manon Desharnais, technicienne en arts graphiques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Tous droits réservés. Ce document est protégé par la propriété intellectuelle. Toute utilisation ou reproduction partielle ou totale doit être accompagnée de la mention du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale et de la source originale. Merci de citer comme suit : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale, Programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies, 2026

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2026

Dépôt légal 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-03806-6 (PDF)

INTRODUCTION	5
1. But et objectifs du programme	6
2. Collaboration interprofessionnelle	7
3. Rôles et responsabilités	8
3.1 La personne et ses proches	8
3.2 Équipe interprofessionnelle	9
4. Indicateurs de référence	17
5. Rappel théorique	20
5.1 Fonctions de la peau	20
5.2 Anatomie et physiologie de la peau	21
5.3 Classification	22
5.4 Cicatrisation	22
6. Évaluer et intervenir en prévention sur les facteurs de risque et les causes	23
6.1 Niveaux d'interventions	23
6.2 Facteurs liés à l'état général de la personne	24
6.3 Habitudes de vie	25
6.4 Limitations de la mobilité	26
6.5 Douleur	26
6.6 Facteurs nutritionnels et hydriques	27
6.7 Facteurs environnementaux et mécaniques	30
6.8 Facteurs psychosociaux et liés au contexte de soins	31
7. Détection de la maltraitance	32
8. Prévention et contrôle des infections	33
8.1 Prévention et contrôle des infections lors des soins de plaies	33
8.2 Pratiques de base	33
9. Démarche de soins et services par discipline	36
9.1 Démarche de l'infirmière	37
9.2 Démarche de la nutritionniste	44
9.3 Démarche de l'ergothérapeute	46
9.4 Démarche du physiothérapeute	47
10. Soins de la peau	50
10.1 Soins d'hygiène et de la peau	50
10.2 Interventions pour maintenir une intégrité cutanée	51
11. Soins de plaies	52
11.1 Interventions en présence d'une plaie	52
12. Interventions sur les causes et les facteurs de risque	58
13. Évolution et chronicisation	59
13.1 Niveau d'expertise infirmière en soins de plaies	59
13.2 Modalités de consultation à l'infirmière experte en soins de plaie	60
13.3 Collaboration interprofessionnelle	60

14.	Gestion par problématique.....	61
14.1	Dermatite associée à l'incontinence	61
14.2	Intertrigo.....	63
14.3	Lésions de pression.....	65
14.4	Ulcères du membre inférieur	76
14.5	Plaies traumatiques.....	85
14.6	Brûlures et engelures.....	93
15.	Contexte légal et normatif	98
15.1	Lois et règlements	98
15.2	Amélioration continue de la qualité et de l'innovation.....	99
15.3	Déclaration des événements indésirables.....	99
15.4	Documentation interprofessionnelle	99
15.5	La prise de photographies.....	100
16.	Mesures de l'efficacité du programme.....	101
17.	Rôles et responsabilités administratives.....	102
	CONCLUSION	103
	ANNEXES	104
	Annexe 1 - Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.....	105
	Annexe 2 - Processus d'amélioration continue.....	107
	Annexe 3 - Guide d'utilisation des produits en soins de la peau	108
	Annexe 4 - Tableaux des compressions élastiques et inélastiques	109
	Annexe 5 - Classification de l'université du Texas et pourcentage du risque d'amputation associé.....	111
	Annexe 6 - Positionnement et changement de position	112
	Annexe 7 - Choix d'une surface thérapeutique	114
	Annexe 8 - Ajustement de la pression dans une surface à air	117
	Annexe 9 - Modalités adjuvantes en physiothérapie et en oxygénothérapie.....	118
	Annexe 10 - Exemples d'outils de dépistage nutritionnel validés'	123
	Annexe 11 - Recommandations nutritionnelles spécifiques en contexte de plaies (destinées aux nutritionnistes)	124
	BIBLIOGRAPHIE	130

INTRODUCTION

Reconnu Institut universitaire en services de première ligne, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale joue un rôle clé dans l'amélioration des équipes de soins et dans l'offre de services de qualité à la population, en favorisant la collaboration interdisciplinaire. Le programme interprofessionnel de prévention et de soins de la peau et des plaies vise à soutenir les intervenants dans leur quête du bien-être des personnes soignées, en mettant de l'avant le respect des rôles de chacun et la dignité des personnes recevant des soins et des services auprès des personnes présentant des risques et des problèmes cutanés ou de plaies. Ce programme assure une planification de soins et de services efficace, performante et sécuritaire.

Mis en place par la Direction des soins infirmiers et de la santé physique, en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux ainsi que la Direction médicale et des services professionnels, ce programme s'appuie sur une analyse rigoureuse des écrits scientifiques et des meilleures pratiques reconnues. Il met au cœur de son approche la collaboration interprofessionnelle afin d'assurer une gestion des soins cohérente, efficiente et centrée sur la qualité. Agissant comme un cadre de référence, le programme vise à optimiser les pratiques professionnelles, tout en offrant aux équipes de soins l'occasion de faire preuve de créativité et d'innover dans leur travail. Il propose également divers outils cliniques destinés aux différents professionnels appelés à intervenir dans la prévention et les soins de la peau et des plaies. Ces outils, issus de recherches et de nombreuses consultations, soutiennent la prise de décision clinique et la qualité des interventions.

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 des altérations 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

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;
- De reconnaître la contribution de la personne (son droit à l'autodétermination, ses préférences et son projet de vie) et celle de ses proches;
- D'amorcer au bon moment la consultation auprès des différents professionnels selon les besoins;
- De maintenir une communication efficace afin d'assurer la qualité et la sécurité des interventions;
- D'assurer une pratique préventive et des soins sécuritaires, de qualité;
- De connaître la physiologie de la peau, les facteurs de risque et la physiopathologie des types de plaies et des altérations de la peau;
- De procéder à une évaluation et intervenir selon les plus récentes évidences scientifiques;
- De reconnaître son niveau de compétence et de contribution requis pour évaluer et intervenir selon les situations spécifiques;
- D'optimiser le raisonnement clinique ainsi que la documentation clinique au dossier de la personne;
- De connaître la nature de l'évaluation et tous les éléments qui doivent être considérés;
- De connaître les outils et les formulaires appropriés;
- De 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;
- De déterminer les objectifs et les interventions à mettre en place selon les risques, le type de plaie ou l'altération de la peau en tenant compte des préférences de la personne et du champ de pratique de chaque professionnel impliqué;
- De connaître les interventions possibles selon le type de plaie ou d'altération de la peau;
- D'informer la personne et ses proches tout au long du processus;
- D'avoir une tenue de dossier qui reflète le raisonnement clinique et les interventions.

2 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Les avantages de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans la prévention et le traitement des plaies sont bien démontrés. 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, ceux de ses proches ou ceux de la communauté¹. La 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 ».

Application

L'équipe est constituée en fonction des facteurs identifiés, des besoins et des objectifs. En plus de la personne et ses proches, elle réunit habituellement des membres de l'équipe de soins, des professionnels et des intervenants. Des partenaires de la communauté peuvent aussi être impliqués.

Par leurs pratiques de collaboration, ces professionnels allient leurs connaissances, habiletés et expériences variées et complémentaires, de manière à élargir les perspectives et à optimiser les interventions et la réponse aux besoins complexes des personnes. Elles favorisent le développement d'une relation de confiance et la reconnaissance de l'importance de la contribution de chacun.

Les membres de l'équipe ajustent leurs pratiques collaboratives au contexte et à la complexité des besoins biopsychosociaux de la personne et de ses proches³. Les indicateurs de transition⁴ proposent des points de repère pour identifier les moments où les professionnels devraient envisager un changement de pratique de collaboration (ex. : intensité des interactions, modalités de communication, professionnels impliqués). Le tableau suivant propose des exemples d'indicateurs liés aux plaies :

Indicateurs de transition	Exemples liés aux plaies
I Progrès insuffisants	■ Plaie qui ne s'améliore pas ou continue à se dégrader malgré les interventions; ■ Objectifs non atteints.
II Vision partielle de la situation	■ Cause non identifiée; ■ Facteurs multiples (ex. : psychosociaux, physiques).
III Message différent ou contradictoire	■ Opinions différentes entre les professionnels; ■ Discours de la personne qui change dans le temps.
IV Ajout ou complexification des besoins	■ Nouvelle condition médicale; ■ Changement de milieu de vie.
V Instabilité de l'état de santé	■ Infection; ■ Changement de l'état de santé.
VI Situation de compromission	■ Maltraitance ou négligence suspectée.
VII État de vulnérabilité	■ Milieu de vie insalubre; ■ Isolement.

Pour en savoir plus sur le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux et les différents modes de collaboration appliquée à des situations cliniques:

.....→

Voir
Annexe 1

¹ Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

² CIHC (2009), OIIQ, CMQ, OPQ (2015)

³ Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

⁴ Paré, L. (2019). Des indicateurs de transition : Aide-mémoire pour cibler un changement de pratique de CIP au bon moment. Adaptation de Milot É., Fortin, G., Noël, J. et Careau, E. (2016). Capsule narrée sur les indicateurs de transition. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

3 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.

Plusieurs intervenants peuvent être impliqués dans la prévention et les soins de la peau et des plaies pour travailler en collaboration avec la personne et ses proches.

3.1 LA PERSONNE ET SES PROCHES

En cohérence avec l'approche de partenariat, la personne et ses proches agissent comme des membres à part entière de l'équipe interprofessionnelle. Ils contribuent à définir les actions et les moyens à mettre en œuvre pour répondre à leurs besoins. Leur savoir expérientiel est reconnu par l'équipe de soins. Cette collaboration favorise la prise de décision partagée et est déterminante pour le succès en prévention et en guérison des plaies.

Les intervenants leur offrent le soutien et l'accompagnement nécessaire, en respectant leurs capacités et leurs préférences, afin qu'ils puissent exercer les rôles qui leur sont proposés, de façon adaptée et significative :

- Prendre connaissance et chercher à comprendre les informations pertinentes liées à sa santé ou à sa condition;
- Se préparer aux rencontres, seul ou avec ses proches, en réfléchissant à ses questions, à ses symptômes, à l'évolution de la situation ou à tout élément qu'il souhaite aborder;
- S'impliquer dans les échanges, selon ses préférences, en exprimant ses attentes et ses besoins;
- Partager, s'il le souhaite, son savoir expérientiel et son vécu en lien avec sa situation;
- S'informer du fonctionnement de l'équipe et des rôles de chacun;
- Participer aux décisions concernant ses soins et services;
- Développer certaines compétences liées aux soins ou à la gestion de sa situation.

3.2 ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

Plusieurs professionnels et intervenants peuvent être impliqués dans les soins de plaies pour travailler en collaboration avec la personne et ses proches.

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.

Rôles spécifiques :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 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 : celle-ci doit respecter les lignes directrices et les consensus de traitement les plus récents;
- Exercer une surveillance clinique de la plaie et de l'état de santé global;
- Assurer le suivi clinique et l'évaluation de l'efficacité des soins;
- Commencer des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance, le cas échéant (ex. : culture bactérienne);
- Effectuer et ajuster des traitements médicaux selon une ordonnance, le cas échéant (ex. : médicaments pour soulager la douleur, antibiothérapie, pansements, produits);
- 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, en vertu du règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier (Loi médicale, chapitre M-9, a. 19b).

Conditions particulières

L'autonomie accordée à l'infirmière est tributaire de ses connaissances et de ses habiletés dans le respect de son niveau d'expertise et de la complexité de la situation clinique. Afin d'encadrer certaines activités considérées à risque de préjudice pour la personne, l'établissement réfère l'infirmière à l'application de la [Règle de soins infirmiers- Application d'activités spécifiques en soins de plaies](#). En collaboration avec les autres professionnels de la santé, l'infirmière assure une communication fluide et une prise en charge cohérente pour optimiser les résultats pour la personne.

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. Elle prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de rétablir la santé et de la maintenir. Elle joue un rôle dans la prévention de la maladie et fournit des soins palliatifs :

- Prodigue 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

Prodigue 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.

L'infirmière auxiliaire analyse et utilise son jugement clinique pour :

- Procéder à une collecte de données;
- Observer les manifestations cliniques, objectives et subjectives;
- Analyser et transmettre ses observations au professionnel concerné;
- Participer activement à la réalisation du plan thérapeutique infirmier (PTI), du plan de soins et de traitements infirmiers et du plan de traitement d'une plaie.

Conditions particulières

L'autonomie accordée à l'infirmière auxiliaire est tributaire de ses connaissances et de ses habiletés dans le respect de son niveau d'expertise. Celle-ci agit dans le respect du plan de traitement et de la [Règle de soins infirmiers - Application d'activités spécifiques en soins de plaies](#).

AIDE-SOIGNANT

Champ de pratique

Exercer 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 :

- Évaluer l'état nutritionnel et déterminer le plan de traitement nutritionnel en fonction de la condition de la personne, de ses habitudes alimentaires et de l'évolution et du stade de la plaie ou d'une maladie pouvant l'influencer;
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes à risque de plaies ou ayant une plaie afin d'ajuster le plan de traitement nutritionnel en conséquence et de prévenir la malnutrition, la déshydratation ou toute autre carence pouvant y être liée;
- Recommander ou prescrire au besoin, le type de supplément nutritionnel ou de formule nutritive répondant le mieux aux besoins de la personne en tenant compte de ses préférences et de ses besoins spécifiques :
 - En présence d'une ordonnance de consultation en nutrition, prescrire une formule nutritive, des vitamines et/ou des minéraux ou des analyses de laboratoires en vertu du règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par les nutritionnistes⁵;
 - En présence d'une ordonnance de consultation en nutrition, ajuster l'insuline ou les antidiabétiques en vertu du règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par les nutritionnistes⁵.

TECHNICIEN EN DIÉTÉTIQUE

Champ de pratique

Mettre 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, en conformité avec le plan de traitement nutritionnel émis, ceci inclut les suppléments nutritionnels oraux;
- 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 favoriser l'autonomie de la personne.

⁵ Éditeur officiel du Québec. (2025). *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes*, chapitre M-9, r. 12.0001. À jour au 1er avril 2025. Gouvernement du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca>

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 :

- Déterminer les facteurs liés aux habitudes de vie, aux capacités de la personne et à l'environnement qui constituent des facteurs de risque (axe préventif) ou qui peuvent avoir causé l'apparition de la plaie et en limiter la guérison (axe curatif)⁶;
- Analyser l'influence mutuelle de ces facteurs et de la présence de la plaie sur le fonctionnement de la personne;
- Déterminer les interventions préventives visant la promotion de déterminants favorables à la santé et à l'autonomie des personnes et ainsi que limiter l'impact des facteurs de risque sur l'intégrité de la peau ;
- Déterminer les interventions curatives portant sur la gestion des forces de pression, de friction ou de cisaillement par le positionnement, la mobilité, la sélection, l'attribution et l'enseignement à l'utilisation d'aides techniques, dont les surfaces thérapeutiques;
- Selon le contexte de pratique et la formation, effectuer des modalités liées au traitement de plaie selon le plan traitement infirmier et contribuer au traitement des cicatrices.

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Champ d'exercice

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

Rôles spécifiques

- Évaluer les capacités physiques, les fonctions motrices, articulaires, circulatoires et la mobilité;
- Contribuer à l'identification des facteurs de risque et contributifs à l'apparition d'une plaie;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention visant notamment à :
 - Optimiser la mobilité (ex. : autonomie, sécurité, éviter la friction);
 - Stimuler la circulation sanguine;
 - Assurer un contrôle de l'œdème;
 - Selon le contexte de pratique et leur formation, procéder à une évaluation complémentaire et procéder au traitement de la plaie;
 - Contribuer au traitement des cicatrices (ex. : compression, positionnement, mobilisation).

⁶ Ordre des ergothérapeutes du Québec (2024). Guide des activités professionnelles de l'ergothérapeute - Guide de l'ergothérapeute, Montréal.

TECHNOLOGUE EN PHYSIOTHÉRAPIE

Champ d'exercice

Contribuer à l'évaluation des déficiences et des incapacités de la fonction physique liée aux systèmes neurologiques, 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.

Rôles spécifiques

- Effectuer une collecte de données évaluatives des capacités physiques, des fonctions motrices, articulaires, circulatoires et de la mobilité;
- Contribuer à l'identification des facteurs de risque et contributifs à l'apparition d'une plaie;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention visant notamment à :
 - Optimiser la mobilité (ex. : autonomie, sécurité, éviter la friction);
 - Stimuler la circulation sanguine;
 - Assurer un contrôle de l'œdème;
 - Selon le contexte de pratique et leur formation, procéder au traitement de la plaie (ex. : nettoyage, débridement, pansement, électrothérapie, etc.);
 - Contribuer au traitement des cicatrices (ex. : compression, positionnement, mobilisation, etc.).

Conditions particulières

Dans le cadre du Règlement 94m du Code des professions, le technologue en physiothérapie doit identifier la catégorie de l'atteinte de la personne avant d'intervenir. La responsabilité du technicien varie selon cette catégorie de même que les préalables dont il doit disposer pour sa prise en charge. Lorsqu'il effectue uniquement une activité d'information, de promotion ou de prévention au sens de l'article 39.4 du Code des professions, il n'a pas l'obligation de détenir de préalables prévus à l'article 4 du Règlement 94m.

KINÉSIOLOGUE

Champ d'exercice

Évaluer la dynamique du mouvement d'un usager, déterminer et assurer la mise en œuvre d'un plan d'intervention ou de traitement qui, par le moyen de l'activité physique, vise à optimiser la performance motrice de l'être humain en interaction avec son environnement.

Rôles spécifiques

En lien avec les facteurs de risque de développer ou d'aggraver une plaie :

- Élaborer un programme d'exercices physiques personnalisé;
- Adapter le programme en fonction des déficiences et incapacités préalablement identifiées par un professionnel habilité;
- Éduquer et soutenir l'adoption de saines habitudes de vie, particulièrement concernant l'activité physique.

PSYCHOÉDUCATEUR

Champ d'exercice

Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

Rôles spécifiques

En lien avec les comportements à risque de développer ou d'aggraver une plaie :

- Identifier les conditions individuelles, interpersonnelles et environnementales favorisant l'apparition de ces comportements;
- Effectuer une évaluation fonctionnelle de ces comportements;
- Déterminer les interventions à mettre en place en vue de prévenir et réduire les comportements;
- Soutenir la personne ou l'environnement dans l'adaptation et la réadaptation pour éviter l'apparition ou l'aggravation de ces comportements.

ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ

Champ d'exercice

Observer et analyser les comportements inadaptés ou des problématiques d'adaptations, déterminer un plan d'intervention ou un plan d'action, assurer sa mise en œuvre dans le but de développer le fonctionnement optimal de la personne en interaction avec son environnement en utilisant les activités de la vie quotidienne (AVQ) pour l'acquisition d'attitudes, de comportements et d'habitudes de vie plus adaptés et satisfaisants.

Rôles spécifiques

En lien avec les comportements à risque de développer ou aggraver une plaie :

- Observer les comportements;
- Identifier les conditions individuelles, interpersonnelles et environnementales favorisant l'apparition de ces comportements;
- Intervenir en vue de prévenir et réduire les comportements;
- Soutenir la personne ou l'environnement dans l'adaptation et la réadaptation pour éviter l'apparition ou l'aggravation de ces comportements.

TRAVAILLEUR SOCIAL

Champ d'exercice

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, 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

En lien avec les facteurs de la sphère psychosociale qui contribuent au risque, à l'apparition ou empêche la guérison d'une plaie :

- Évaluer le fonctionnement social et intervenir en mobilisant les forces de la personne et de son environnement ou en référant vers les ressources appropriées;
- Élaborer et mettre en place des scénarios de protection en situation de vulnérabilité sociale (ex. : maltraitance, inaptitude, situation de crise, épuisement des 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, concevoir ou fabriquer des aides techniques qui favorisent la guérison ou la prévention d'une plaie dans le respect de la prescription médicale;
- Procéder à l'ajustement, la réparation ou la modification d'une aide technique qui contribue au développement d'une plaie;
- S'assurer de la prévention des plaies lors de l'essayage, l'ajustement ou la livraison d'une aide technique.

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 prise 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);
- Collaborer à l'élaboration du plan de traitement et le prescrire, le cas échéant;
- Adresser, si nécessaire, à une équipe spécialisée ou en médecine spécialisée.

INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS)

Champ d'exercice

Diagnostiquer des maladies, prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des examens diagnostiques et des traitements médicaux, utiliser des techniques invasives à risques de préjudices dans le but de diagnostiquer ou d'appliquer un traitement qu'elle aura déterminé au préalable en collaboration avec l'équipe de professionnels. L'ère praticienne spécialisée peut offrir du soutien aux infirmières dans leur évaluation et leur démarche clinique et pourra être intégrée dans l'épisode de soins lorsque l'infirmière aura atteint les limites de son champ d'exercice.

Rôles spécifiques

- Évaluer la condition physique et mentale de la personne prise avec une plaie dans sa globalité, afin de déterminer la cause de celle-ci et poser le diagnostic approprié;
- Adresser la cause et les comorbidités impliquées et examiner les facteurs pouvant retarder la guérison des plaies (ex. : insuffisance artérielle, infection, état immunodéprimé);
- Soutenir l'infirmière dans son évaluation de la condition physique et mentale en collaboration avec les autres acteurs de soutien;
- Collaborer à l'élaboration du plan de traitement global (ex. : potentialiser le traitement du diabète) et celui des plaies et le prescrire, le cas échéant;
- Adresser, si nécessaire, à une équipe spécialisée ou en médecine spécialisée.

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 détecte et gère 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 pouvant mettre la personne à risque de développer une plaie ou pouvant retarder le processus de cicatrisation;
- Proposer un plan de soins pharmaceutiques.

4 INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

En présence d'une plaie ou d'une altération de la peau, ou d'un risque élevé d'en développer une, différentes disciplines peuvent être appelées à collaborer en fonction de la situation clinique ainsi que du contexte de pratique.

Le tableau suivant propose des indicateurs pour référer et orienter la personne vers le ou les bons intervenants.

Infirmière	■ Présence d'une plaie ou d'un risque de développer une plaie; ■ Présence d'une altération de la peau ou d'un risque de développer une altération de la peau.
Nutritionniste	■ En présence d'une plaie ou si la personne est à risque de lésion de pression : ○ Dès qu'un dépistage de la malnutrition est positif⁷. ■ Si la personne est à risque de lésion de pression et que l'échelle de Braden indique : ○ Que le niveau de risque de développer des lésions de pression est considéré modéré (Score < 14) ou ○ Que le score pour la NUTRITION est faible (1 ou 2). ■ En présence d'une plaie (peu importe l'étiologie) si : ○ Un facteur de risques de malnutrition est repéré (voir Tableau p. 29). Le contrôle glycémique est sous-optimal et lié à l'alimentation; ○ La plaie produit un exsudat abondant ou est traitée par thérapie à pression négative (TPN) ; ○ Obésité (IMC ≥ 30 kg/m² et présence de comorbidités et/ou atteinte à la mobilité)⁸ ; ○ Une anémie est liée à l'alimentation et est non contrôlée. ■ En présence d'une plaie présentant un progrès insuffisant malgré une prise en charge optimale par le reste de l'équipe.
Ergothérapeute	■ Diminution de la capacité à percevoir l'inconfort; ■ Période prolongée au lit ou au fauteuil avec une difficulté à modifier ou à contrôler la position du corps; ■ Impact sur les activités quotidiennes significatives pour la personne; ■ Déformations musculosquelettiques, spasticité ou rigidité qui influencent le positionnement et restreignent les possibilités de mobilisations; ■ Mobilisations difficiles ou impossibles en raison de la tolérance individuelle, de ses habitudes de vie ou de facteurs médicaux telles que des instabilités vertébrales, des métastases osseuses ou des conditions cardio-pulmonaires particulières; ■ Conditions liées à la morphologie (ex. : obésité, cachexie); ■ Sudation ou humidité excessive malgré les interventions de base; ■ Limitations à l'application sécuritaire des soins de base en raison de comportements perturbateurs, d'agitation ou d'atteintes cognitives; ■ Environnement qui accentue des facteurs de risque ou qui limite l'application des recommandations (ex. : équipement non standard à domicile); ■ En présence d'une plaie présentant un progrès insuffisant malgré une prise en charge optimale par le reste de l'équipe.

⁷ Voir l'Annexe 10 pour des exemples d'outils de dépistage de la malnutrition.

⁸ Wharton S, Lau DCW, Valis M, et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ doi: 10.1503/cmaj.191707. Appendix 1: The Edmonton Obesity Staging System, Obésité Canada. [Canadian-Adult-Obesity-CPG-Appendix-1-The-Edmonton-Obesity-Staging-System.pdf](#)

Tableau (suite)

Physiothérapeute	■ Difficulté ou incapacité aux transferts et aux déplacements; ■ Difficulté ou incapacité à la mise en charge; ■ Présence d'insuffisance veineuse ou artérielle; ■ Présence de spasticité ou de rigidité; ■ Douleur liée à la plaie; ■ En présence d'une plaie présentant un progrès insuffisant malgré une prise en charge optimale en interdisciplinarité, référer à un physiothérapeute formé pour le traitement direct de la plaie avec des modalités adjuvantes (ex. : électrothérapie).
Technologue en physiothérapie	■ Difficulté ou incapacité aux transferts et aux déplacements; ■ Difficulté ou incapacité à la mise en charge; ■ Catégorie 3 du Règlement 94m) : sous référence du médecin, de l'IPS ou du physiothérapeute, le technologue peut intervenir en présence d'une plaie et d'au moins un des éléments suivants à condition qu'il détienne les préalables nécessaires (OPPQ_94m-cahier-explicatif.pdf): ○ Présence d'insuffisance veineuse ou artérielle; ○ Présence de spasticité ou de rigidité; ○ Douleur liée à la plaie.
Technicien en diététique	■ Révision des goûts, aversions et habitudes alimentaires au menu.
Kinésiologue	■ Risque de plaies lié à une activité physique insuffisante ou déconditionnement*; ■ Besoin d'information sur l'activité physique et les saines habitudes de vie. *Pour certaines conditions, le kinésiologue requiert le diagnostic émis par un professionnel habilité avant d'intervenir.
Travailleur social ou technicien en travail social	■ 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.
Psychoéducateur	■ Comportements inadaptés à risque de développer ou d'aggraver une plaie; ■ Situation complexe qui requiert une évaluation en psychoéducation pour comprendre la fonction du comportement (ex. : besoin, raison).
Éducateur spécialisé	■ Comportements inadaptés à risque de développer ou d'aggraver une plaie.
Pharmacien	■ Besoin d'information concernant la médication de la personne prise 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.

Tableau (suite)

Médecin IPS	■ 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 2e degré profonde et de 3^e degré; ■ Lors du besoin : ○ D'analgésique; ○ De suture; ○ D'antibiothérapie; ○ De modification de prescription d'un suivi médical; ○ De consultation d'un médecin spécialiste.
Technicien en orthèse prothèse	■ Besoin de création, d'ajustement, de réparation ou de modification d'orthèses, de prothèses et de chaussures orthopédiques.

5 RAPPEL THÉORIQUE

5.1 FONCTIONS DE LA PEAU

La peau recouvre le corps et elle constitue une barrière physique qui protège les tissus sous-jacents de nombreuses agressions de l'environnement extérieur, qu'elles soient chimiques, mécaniques ou biologiques.

Principales fonctions de la peau

Équilibre hydrique et électrolytique	▪ Échanges des fluides et des sels.
Protection	▪ Protection contre les agressions extérieures, les produits chimiques, les forces mécaniques, la radiation ou les microorganismes.
Thermorégulation	▪ Contrôle de la température, transpiration, frissons.
Excrétion et absorption	▪ Sueur qui élimine les déchets et absorption des substances extérieures.
Métabolique/sécrétrice	▪ Fabrication et synthèse de la vitamine D, stéroïdes, hormone thyroïdienne.
Sensorielle	▪ Terminaisons nerveuses, toucher, douleur, température, pression.
Communication/image corporelle	Couleur de la peau, âge, état de santé (ictère, cyanose), émotions.
Fonction immunitaire	▪ Défense contre les microorganismes, libération de l'histamine qui provoque rougeur et gonflement en présence de substances étrangères.

Sources : Wounds Canada. (2017). La peau : anatomie, physiologie et cicatrisation des plaies.

5.2 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA PEAU

La peau 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 elle est composée de cellules épithéliales. Celle-ci est attachée au derme, une couche interne plus épaisse, formée de tissus conjonctifs. La dernière couche, l'hypoderme ou le tissu sous-cutané est constitué de tissus 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.

COUCHES	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 qui 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 (papilles dermiques).	Permet l'ancrage de l'épiderme au derme.
Derme	■ Constitué de tissus conjonctifs, il contient des fibroblastes, des macrophages, des mastocytes et des lymphocytes; ■ 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 tissus conjonctifs et de cellules adipeuses; ■ Relie la peau aux tissus et organes sous-jacents.	■ Assure une isolation thermique; ■ Protège les tissus sous-jacents et absorbe les chocs; ■ Est une réserve d'énergie; ■ Abrite les nerfs, les vaisseaux lymphatiques et sanguins.

5.3 CLASSIFICATION

Au départ, toute plaie est considérée 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.

Plaie aiguë

Plaie qui progresse selon un processus de guérison rapide et ordonné. La cause de la plaie a été éliminée et l'environnement est optimal pour une cicatrisation dans un délai approximatif de 2 à 4 semaines :

- Abrasion, contusion, lacération, plaie punctiforme;
- Déchirure cutanée;
- Brûlure;
- Chirurgicale.

Plaie chronique

Plaie qui ne progresse pas selon un processus de guérison ordonné. La cicatrisation est retardée par des facteurs non résolus ou des causes non éliminées. Plaie qui prend plus de 4 semaines pour cicatriser.

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

5.4 CICATRISATION

La cicatrisation est le résultat d'un processus dynamique, composé de plusieurs événements physiologiques ordonnés qui se chevauchent dans le temps, 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. Les quatre phases du processus de cicatrisation sont les suivantes :

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 une inflammation qui provoque de l'érythème, 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.

Phase de prolifération (du 4^e jour au 21^e jour après la lésion)

Active les cellules endothéliales qui ont pour but de combler la cavité de la lésion en restaurant les vaisseaux vasculaires (angiogenèse) et en formant de nouveaux tissus de granulation, ainsi les kératinocytes qui ont pour but de recouvrir la plaie d'un nouvel épithélium.

Phase de remodelage

S'échelonne sur quelques semaines à deux ans afin d'atteindre une structure interne qui est le plus près possible des cellules normales de la peau.

6 ÉVALUER ET INTERVENIR EN PRÉVENTION SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET LES CAUSES

La section suivante explore les différents facteurs pouvant influencer l'intégrité de la peau ainsi que les processus de cicatrisation. Le repérage structuré des facteurs de risque permet d'orienter les interventions, tant préventives que curatives, selon trois niveaux complémentaires :

6.1 NIVEAUX D'INTERVENTIONS

Interventions préventives universelles

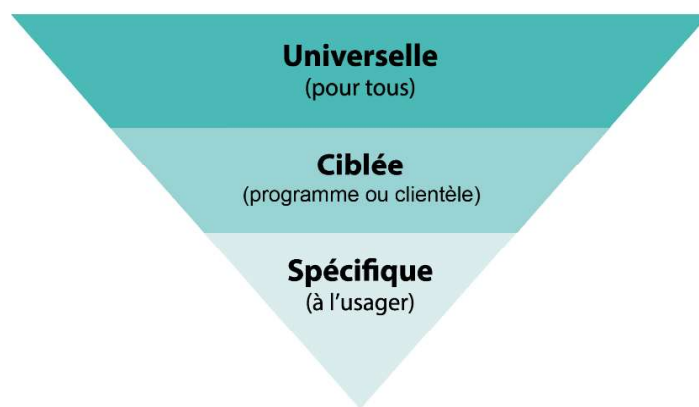
- Interventions de base intégrées dans les soins courants;
- Vise l'ensemble des personnes, sans égards à leur niveau de risque;
- Incluent des activités de sensibilisation, d'enseignement et de promotion de la santé et des habitudes de vie favorables à l'optimisation de l'intégrité de la peau.

Interventions ciblées

- Visent des groupes de personnes présentant des facteurs de risque communs;
- Favorisent une prévention plus efficace en s'ajustant à des profils de risque définis.

Interventions spécifiques

- Reposent sur une évaluation approfondie des facteurs de risque chez une personne en particulier;
- Visent une personnalisation des soins;
- Tiennent compte des priorités et des besoins de la personne;
- Peuvent être appliquées dans un objectif préventif ou curatif.



Plusieurs facteurs de risque sont présentés dans les sections suivantes. Ils sont à considérer tant dans l'application des interventions préventives universelles, de celles ciblées par direction clientèle que des interventions spécifiques pour une personne à la suite d'une évaluation.

Certaines sections suggèrent des pistes pour approfondir l'évaluation à la suite du repérage d'un risque ainsi que des interventions visant à l'atténuer ou à en limiter l'impact. Il est important de noter que les suggestions fournies ne sont pas exhaustives.

6.2 FACTEURS LIÉS À L'ÉTAT GÉNÉRAL DE LA PERSONNE

Âge

Bien que l'âge ne puisse être modifié, il est à prendre en considération dans la prévention et les soins de la peau et des plaies. En effet, avec le vieillissement, la peau :

- Devient plus mince, plus sèche, plus fragile et se renouvelle plus lentement;
- Perd de sa résistance, de sa souplesse et de son élasticité;
- Devient moins sensible aux stimuli et assume moins bien sa fonction de thermorégulation.

Maladies chroniques et comorbidités

La probabilité d'altération du processus de cicatrisation est plus élevée lorsqu'une maladie chronique est associée, notamment en présence de :

Diabète

- Le diabète a un impact sur le risque de développer une plaie ainsi que sur le processus de cicatrisation à plusieurs niveaux;
- Le contrôle glycémique sous-optimal peut ralentir significativement le processus de guérison.

Maladie circulatoire

- L'insuffisance veineuse et l'œdème diminuent l'apport en oxygène et en nutriments, ce qui contribue à la formation d'ulcère;
- L'insuffisance artérielle est une diminution du débit artériel à la suite d'une modification d'athérosclérose ou d'une obstruction. L'obstruction cause une ischémie grave entraînant la mort tissulaire.

Maladie cardiovasculaire

- L'athérosclérose diminue l'oxygénation dans la circulation sanguine, ce qui nuit à la migration des cellules et du processus de cicatrisation.

Maladie pulmonaire

- Les maladies pulmonaires diminuent l'activité des cellules responsables du processus de cicatrisation relié à la condition hypoxique.

Maladie hématologique

- L'anémie affecte le processus de cicatrisation et le transport de l'oxygène vers les tissus. Médication affectant la peau ou la cicatrisation

La médication peut affecter le processus de cicatrisation. Une attention devrait être portée pour les classes de médicaments suivants :

- | | |
|-------------------------|--|
| - La radiothérapie; | - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens; |
| - La chimiothérapie; | - Les vasoconstricteurs; |
| - Les antinéoplasiques; | - Les antibiotiques; |
| - Les anticoagulants; | - Les anticonvulsivants. |

6.3 HABITUDES DE VIE

De saines habitudes de vie contribuent significativement à la prévention des atteintes cutanées et à la cicatrisation des plaies. Ainsi, les interventions de prévention universelle incluent la promotion des saines habitudes dans les domaines suivants :

Consommation (tabac, drogues et alcool)

- Le tabagisme provoque une altération du fonctionnement des cellules dans les quatre phases de cicatrisation;
- La nicotine, par son effet vasoconstricteur, diminue l'apport en oxygène et en nutriments aux tissus;
- La consommation d'alcool nuit à la défense immunitaire, à la synthèse du collagène et à l'angiogenèse;
- Les utilisateurs de drogues, plus particulièrement ceux injectables, sont à risque d'altération cutanée.

Pour la prévention chez cette clientèle, voir la règle de soins (RSI-018 Counseling sur l'injection intraveineuse auprès d'un utilisateur de drogue injectable).

Suggestions de pistes d'intervention

- Soutenir, au besoin, les démarches de réduction ou d'arrêt de consommation;
- Orienter vers les ressources appropriées selon les besoins identifiés.

Niveau de stress et qualité du sommeil

Le niveau de stress et la qualité du sommeil ont un impact sur le fonctionnement endocrinien et modifient la réponse inflammatoire. Ils ont une incidence sur la capacité de guérison. Il est important de sensibiliser les personnes aux effets du stress et du manque de sommeil sur la santé cutanée.

Activité physique

Réfère à « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. La pratique d'activités physiques régulières joue un rôle dans la prévention et la prise en charge de diverses maladies étant des facteurs de risque de plaies, dont les maladies cardiovasculaires et le diabète. » (OMS) De plus, elle aide à la cicatrisation des plaies.

Suggestions de pistes d'intervention

- S'assurer d'inclure l'activité physique et ses bienfaits à l'enseignement donné;
- Explorer les intérêts et les préférences en matière d'activité physique avec l'utilisateur;
- Offrir le niveau d'assistance adapté aux capacités de la personne afin de favoriser son autonomie;
- Mettre en place un programme de prévention du déconditionnement contenant des activités physiques générales à l'ensemble de la clientèle;
- Offrir un programme d'activités et d'exercices physiques adaptés aux caractéristiques et aux capacités de l'utilisateur.

6.4 LIMITATIONS DE LA MOBILITÉ

La mobilité réfère à la capacité d'une personne d'effectuer de façon fréquente et automatique des changements de position et des ajustements posturaux. Une mobilité réduite limite la redistribution des forces de pression et de cisaillement exercés sur la peau, augmentant ainsi le risque d'altération de la peau ou de plaie.

En prévention universelle, il importe de repérer et d'évaluer les éléments suivants :

- Incapacité ou difficultés à :
 - Se lever d'un fauteuil ou d'un lit;
 - Se retourner et se remonter au lit;
 - Se repositionner dans un fauteuil.
- Altération du tonus musculaire, par exemple :
 - Paraplégie ou paralysie;
 - Spasticité, contractures ou déformations articulaires.
- Posture/positionnement inadéquat(e), par exemple :
 - Glissement vers l'avant du siège ou vers le bas du lit;
 - Appui constant sur une partie du corps, par exemple le coude sur l'appui-bras.

Pour en savoir plus sur [les interventions](#), voir la section sur les lésions de pression.



6.5 DOULEUR

Réfère à une expérience désagréable et émotive associée au dommage réel ou potentiel des tissus anatomiques atteints. La douleur étant rapportée par la personne qui souffre, la prémisse est qu'il faut croire et écouter la personne pour être efficace dans nos interventions.

La genèse de la douleur n'est pas seulement liée à un problème de peau ou à une plaie elle-même, mais elle est plutôt multifactorielle. Elle comprend aussi des facteurs liés à la personne comme les comorbidités, les croyances, les valeurs, les expériences antérieures et le contexte psychosocial. La douleur peut occasionner un retard sur le processus de cicatrisation d'une plaie comme elle peut limiter les mobilisations et devenir un facteur de risques pour un maintien de l'intégrité de la peau.

Il importe de repérer et d'évaluer les éléments suivants :

- La localisation;
- La qualité;
- L'intensité;
- La fréquence;
- La durée;
- Les facteurs qui augmentent ou soulagent la douleur.

Des outils validés peuvent être utilisés afin d'objectiver et de suivre l'évolution de la douleur dans le temps, notamment :

- Échelle visuelle analogue (de 0 à 10);
- Échelle numérique (de 0 à 10);
- Grille d'évaluation de la douleur chez la personne non communicante (PACSLAC) (de 0 à 60).

Suggestions de pistes d'intervention

- Tenir compte de la douleur lors de toute intervention afin d'éviter de l'induire ou de l'aggraver;
- Identifier et respecter les facteurs qui augmentent ou soulagent la douleur;
- Adapter les techniques de mobilisation et de repositionnement;
- Planifier et réaliser les soins de plaies et les changements de pansement de manière à minimiser la douleur.

Lorsque requis, considérer des interventions spécifiques en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, incluant :

- Les modalités pharmacologiques, en concertation avec le médecin, l'IPS ou le pharmacien;
- Les modalités non pharmacologiques, telles que le positionnement, les exercices, les massages, l'utilisation d'attelles, la réduction de la mise en charge ou toute autre mesure appropriée.

6.6. FACTEURS NUTRITIONNELS ET HYDRIQUES

6.6.1 REPÉRER ET PRÉVENIR LA MALNUTRITION

Le repérage des facteurs de risque de la malnutrition (voir Tableau 1) et le dépistage de la malnutrition systématique, pour toute personne ayant une plaie ou à risque d'en développer une, peuvent réduire ou renverser le risque de plaies ainsi que les risques de complications associées (ex. : inflammation, infections, tension cicatricielle, retard dans la guérison)^{9,10}. Le dépistage de la malnutrition avec un outil validé et adapté à la clientèle concernée (ex. : MNA, MUST, OCDN, SCREEN) est recommandé. Un tableau est présenté en [Annexe 10](#) pour vous guider dans le choix du dépistage adapté à la clientèle.

La malnutrition survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre les besoins et l'apport en nutriments ou en cas d'apport nutritionnel insuffisant, de malabsorption des nutriments ou de besoins énergétiques accrus (comme en présence d'une plaie)¹¹.

Il importe de fournir les nutriments essentiels tout au long des quatre phases du processus de cicatrisation, car les besoins énergétiques et protéiques sont augmentés considérablement et peuvent être exacerbés par la présence de pertes en nutriments (ex. : un exsudat abondant) ou lors d'une thérapie par pression négative (TPN).

Les personnes obèses (IMC ≥ 30 kg/m² et présence de comorbidités ou atteinte à la mobilité¹²) sont plus à risque de développer des lésions de pression et elles ont un risque élevé de développer des complications en lien avec les plaies. Elles peuvent également être en état de malnutrition, la perte de poids n'est donc pas recommandée en présence d'une plaie chez cette clientèle.

⁹ National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2025). Nutrition in Pressure Injury Prevention. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition. Emily Haesler (Ed.). Disponible en ligne : <https://internationalguideline.com>

10 Wounds Canada (Canadian Association of Wound Care). 2025. Best Practice Recommendations for Skin Health and Wound Management 2025. Nutrition for Wound Prevention and Management for Dietitians (Adults) P.55-61 https://www.woundscanada.ca/doclink/bpr-final-2025-ebook/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJhcHltZmluYWwtMjAyNS1Ym9vayIsImh0dCI6MTczOTIwMzU3OSwiZXBwIjoxNzNmMjg5OTc5fQ.mal-aOxINJ-Rjh9GVBM_xQvV7opUCERzbSm7mdivb3eQ

¹¹ Groupe de travail canadien sur la malnutrition [GTCM]. (2025). Aperçu de la malnutrition. <https://nutritioncareincanada.ca/about-us/malnutrition-overview>

¹² Wharton S, Lau DCW, Valis M, et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ doi: 10.1503/cmaj.191707. Appendix 1: The Edmonton Obesity Staging System, Obésité Canada. Canadian-Adult-Obesity-CPG-Appendix-1-The-Edmonton-Obesity-Staging-System.pdf

Tableau 1 : Principaux facteurs de risque de malnutrition à repérer en contexte de plaie

- Perte de poids involontaire (de $\geq 2\%$ en 1 semaine, $\geq 5\%$ en 1 mois, $\geq 7,5\%$ en 3 mois, $\geq 10\%$ en 6 mois, $\geq 20\%$ en 12 mois);
- Poids insuffisants (IMC $\leq 18,5$ kg/m² pour l'adulte, ou IMC ≤ 20 kg/m² pour la personne âgée de plus de 65 ans) ou présence d'un retard de croissance chez le nourrisson ou l'enfant
- Anorexie, réduction des apports alimentaires;
- Signes de carences nutritionnelles (ex. : peau sèche, craquée), fonte musculaire ou adipeuse, présence d'œdème (attention : l'œdème peut masquer la perte de poids);
- Troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, constipation, malabsorption et autres;
- Difficulté de mastication et de déglutition;
- Mauvaise santé dentaire et buccale;
- Effets secondaires de la médication (ex. : altération du goût);
- Perte d'autonomie pouvant causer une difficulté ou une incapacité à s'alimenter;
- Accessibilité réduite à des aliments, insécurité alimentaire;
- État inflammatoire (ex. : maladie aiguë, traumatisme, chirurgie, hypercatabolisme);
- Maladies chroniques (ex. : diabète, insuffisance rénale);
- Présence de plaies aiguës ou chroniques qui augmentent les besoins nutritionnels.

Les paramètres biochimiques, telles l'albumine ou la préalbumine, ne sont pas des indicateurs valables de l'état nutritionnel et doivent être interprétés avec prudence.

Dès qu'un facteur de risques de malnutrition est repéré ou qu'un dépistage de la malnutrition est positif, la nutritionniste doit être interpellée pour procéder à une évaluation nutritionnelle^{13,14}. Le dépistage de la malnutrition devrait être reconduit lors de tout changement dans la condition de la personne. Pour les clientèles nécessitant des soins aigus (ex. : soins intensifs, soins intensifs pédiatriques, néonatalogie), une évaluation nutritionnelle à l'admission est recommandée¹⁴.

Suggestions de pistes d'intervention :

- Faire réviser les goûts/aversions et habitudes alimentaires par le technicien en diététique;
- En présence de dysphagie, assurer la sécurisation des textures par l'infirmière ou un professionnel habilité;
- Évaluer les barrières à l'alimentation (ex. : accès aux aliments, difficultés à avaler, douleurs, nausées, effets secondaires de la médication) et agir lorsque possible;
- Encourager la prise de suppléments nutritionnels oraux si recommandés sur le plan nutritionnel. Veiller à les offrir selon les modalités établies sur le plan nutritionnel (entre les repas, avec la médication ou encore à la fin des repas).

Rappel : Une perte de poids n'est pas recommandée durant le processus de cicatrisation et ce peu importe l'indice de masse corporelle (IMC).

¹³ National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2025). Nutrition in Pressure Injury Prevention. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition. Emily Haesler (Ed.). Disponible en ligne : <https://internationalguideline.com>

¹⁴ Wounds Canada (Canadian Association of Wound Care). (2025). Best Practice Recommendations for Skin Health and Wound Management 2025. Nutrition for Wound Prevention and Management for Dietitians (Adults) P.55-61 https://www.woundscanada.ca/doclink/bpr-final-2025ebook/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWwiOiJicHhZmluYWwtMjAyNS1lYm9vayIsImh0dCI6MTczOTIwMzU3OSwiZXhwIjoxNzY5MjU5OTc5fQ.malaOxINJ-RJh9GVBM_xOyv7opUCErzbSm7mdivb3eQ

6.6.2 REPÉRER ET PRÉVENIR LA DÉSHYDRATATION

La déshydratation se définit comme étant un désordre hydroélectrolytique caractérisé par une diminution du volume d'eau corporel. Elle peut résulter de pertes hydriques excessives (ex. : brûlures, plaies très exsudatives, sudation abondante, diarrhées, vomissements, fièvre), de troubles digestifs ou rénaux, d'apports hydriques insuffisants ainsi que de 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. 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. Les apports hydriques provenant des aliments doivent également être considérés.

Des besoins additionnels pourraient s'avérer nécessaires pour compenser les pertes hydriques documentées (diarrhées, vomissements, fièvre, fistules, exsudats abondants, thérapie à pression négative) et si l'apport en protéines est élevé.

Le repérage des signes de déshydratation (**Tableau 2**) peut aider au maintien de l'intégrité de la peau et à favoriser la guérison de la plaie.

Tableau 2 : Signes de déshydratation à repérer en contexte de plaie^{15, 16}

- Sensation de soif;
- Bouche sèche;
- Maux de tête;
- Rougeur et sécheresse de la peau;
- Hypotension artérielle;
- Constipation;
- Perte de turgescence de la peau;
- Oligurie, urine foncée, malodorante (< 800 ml/24 h);
- Certains paramètres biochimiques (osmolalité sérique supérieure à 300 mOsm/kg ou osmolarité calculée supérieure à 295 mmol/L).

Il n'existe pas d'outils de dépistage de déshydratation à l'heure actuelle.

Suggestions de pistes d'intervention

- Encourager la personne à consommer des apports hydriques adéquats, adaptés à sa condition, afin de maintenir l'intégrité de la peau, et ce, particulièrement pour les personnes à risque ou ayant des plaies de pression;
- Rendre accessible et offrir fréquemment des liquides sécuritaires lors des interventions auprès de la personne lorsque cela est possible (en conformité avec le plan nutritionnel);
- Augmenter l'offre de liquides en période de canicule ou lors de pertes hydriques accrues (ex. : fièvre, diarrhée, vomissements, exsudats abondants);
- Si une diminution des apports hydriques est soupçonnée ou que des signes et symptômes de déshydratation sont repérés (voir **Tableau 2**), interpeller l'infirmière ou référer en nutrition.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2017). *Déshydratation - Fiche clinique « Nutrition » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Disponible au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-05W.pdf>

¹⁶ European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. (2022), *ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics*, Clinical Nutrition. Vol. 41, p. 958-989.

6.7 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET MÉCANIQUES

6.7.1 FORCES MÉCANIQUES

Pression

La pression se définit comme la force appliquée de façon perpendiculaire aux couches cutanées. Si la pression est supérieure à 32 mmHg, les artérioles et capillaires sont écrasés et le flot sanguin est interrompu. Une cascade de conséquences s'en suit : l'ischémie locale, la nutrition cellulaire compromise, l'accumulation de déchets métaboliques, la mort cellulaire, des lésions.

Cisaillement

Le cisaillement se définit comme la force mécanique qui agit parallèlement sur les couches de la peau, provoquant une déformation des tissus et des vaisseaux sanguins. Il survient principalement lorsque la gravité pousse le corps vers le bas, alors que la peau reste fixée à une surface (ex. : draps, vêtements, matelas) et est tirée en sens opposé. Exemple : lorsqu'une personne glisse lentement dans son lit en position semi-assise.

Friction

La friction se définit comme 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 la personne au lieu de la soulever.

Suggestions de pistes d'interventions :

- Assurer des repositionnements fréquents;
- Favoriser des positions et des surfaces qui redistribuent la pression sur une plus grande surface corporelle ;
- Éviter de lever la tête du lit (au-delà de 30 degrés);
- Appuyer les pieds au sol ou sur des appuis-pieds afin de limiter le glissement;
- Soulever la personne au lieu de la glisser.

Pour en savoir plus sur les lésions de pression.



6.7.2 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Soins de la peau

La peau joue un rôle de barrière protectrice. Les produits utilisés ainsi que la fréquence des soins d'hygiène et de la peau peuvent avoir un impact sur cette fonction.

Pour en savoir plus sur les soins de peau.



Humidité excessive

Le contact prolongé avec un milieu humide accélère la formation des lésions et nuit à la guérison des plaies existantes. Une peau humide devient plus fragile et sujette aux déchirures. L'hypersudation, l'incontinence, l'exsudat abondant d'une plaie et l'humidité excessive à une zone contribuent à la macération de la peau et diminuent sa résistance. L'humidité augmente le coefficient de friction, la perméabilité de la peau et la colonisation bactérienne. L'incontinence multiplie par cinq le risque de développer une lésion.

Il importe donc de repérer et d'évaluer les éléments suivants :

- Incontinence;
- Plaie exsudative;
- Transpiration excessive;
- Échelle de Braden.

Suggestions de pistes d'interventions

En présence de transpiration excessive :

- Changer les vêtements et la literie fréquemment;
- Privilégier des tissus qui laissent circuler l'air;
- Préconiser des matelas et des coussins de sièges conçus pour gérer l'humidité (voir annexe 7).

En présence d'incontinence :

- Assurer des soins d'incontinence en temps opportun;
- Protéger la peau par des produits de protection cutanée (crème barrière);
- Choisir des protections d'incontinence de taille et au niveau d'absorption appropriés;
- Retirez la protection d'incontinence lorsque possible.

En présence de plaies exsudatives :

- Augmenter la fréquence de changement de pansement;
- Modifier le plan de traitement pour des produits plus absorbants;
- Gérer la cause de l'augmentation de l'exsudat;
- Protéger la peau environnante.

6.8 FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ET LIÉS AU CONTEXTE DE SOINS

Le stress, les problèmes psychosociaux et la dépression peuvent retarder la cicatrisation tandis que la tension psychologique, la douleur et le bruit peuvent induire un retard à la cicatrisation. L'exposition chronique au stress affecte le système immunitaire et retarde la cicatrisation par la sécrétion du cortisol, l'hormone du stress.

La peau a également une fonction esthétique et des lésions cutanées peuvent être source d'inconfort et de souffrance psychologique.

Certaines psychopathologies peuvent augmenter le risque de développer une plaie ou une altération de la peau.

Les facteurs économiques, sociaux et culturels ainsi que la motivation, la compréhension et l'importance accordée par la personne à sa condition influencent également la prise en charge et le suivi.

7 DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE

La présence d'une plaie ou son absence d'évolution font partie des indices de maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité. Tous les intervenants doivent s'assurer de connaître les indices et les indicateurs 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 en situation de vulnérabilité 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 : malmenier 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.

Dans tous les cas, l'intention doit être explorée :

- Maltraitance intentionnelle : la personne maltraitante veut causer du tort à l'autre personne;
- Maltraitance 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 la personne présumée maltraitante :

- Est-ce qu'il est en mesure de comprendre les recommandations faites (atteintes cognitives, intelligence limite, 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.

8 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

8.1 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.

8.2 PRATIQUES DE BASE

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.

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 Clostridioïdes 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 excréments, 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 avant la mise en place et 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 :

- Pratiquer l'hygiène des mains avant la mise en place et après le retrait;
- 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 :

- Pratiquer l'hygiène des mains avant la mise en place et après le retrait;
- 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;
- Pratiquer l'hygiène des mains avant la mise en place et après le retrait;
- Jeter la protection oculaire à usage unique;
- Les lunettes personnelles ne sont pas considérées comme une protection.

En cas d'exposition au sang 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.

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 tels que les ciseaux, les pinces, les stylets, les surfaces et les appareils. Ces derniers peuvent être à usage unique ou réutilisable. 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 et 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 chirurgicaux. Il faut assurer le pré nettoyage 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.

9 DÉMARCHE DE SOINS ET SERVICES PAR DISCIPLINE

Des soins de qualité reposent sur une démarche systématique professionnelle, soutenue par les concepts cliniques présentés au chapitre 5, et comprenant les étapes suivantes :

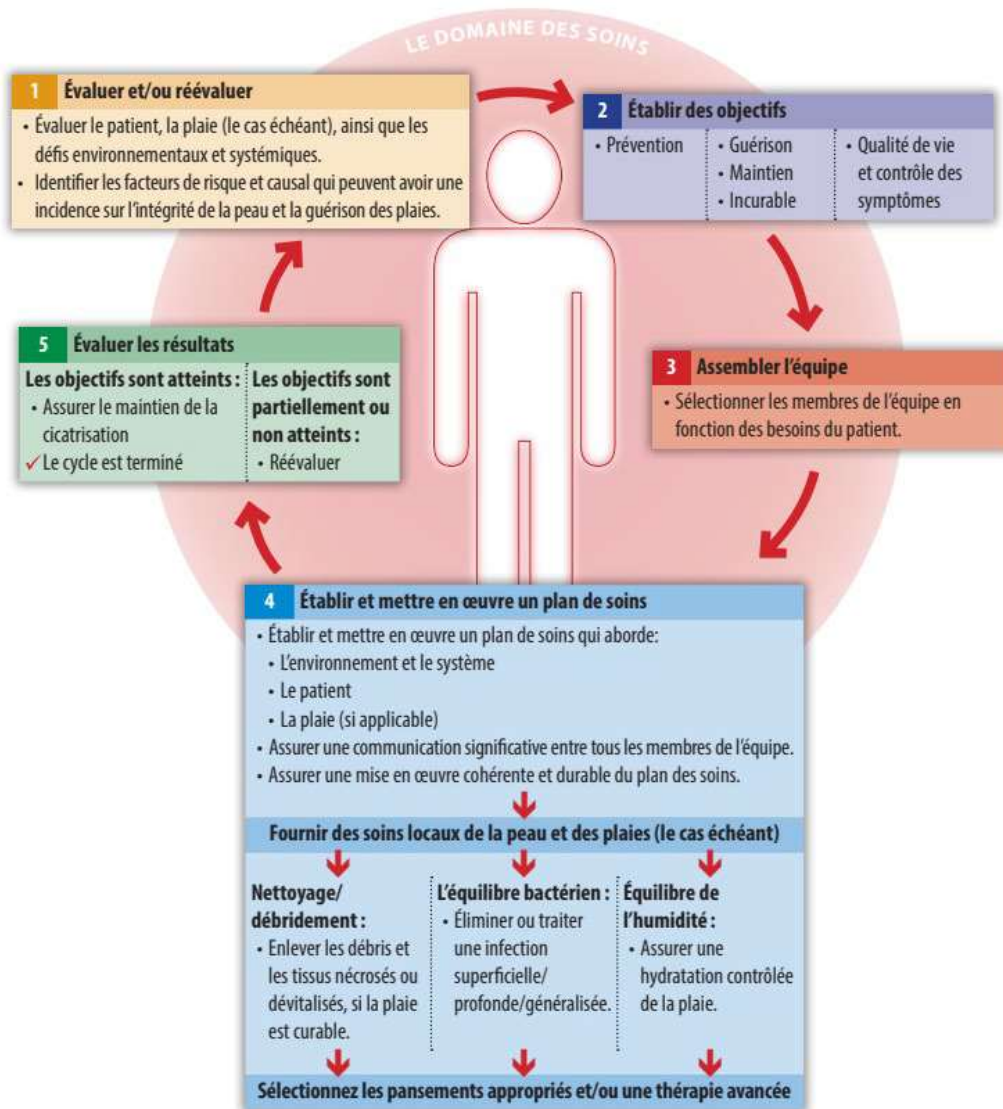
- **Collecte de données** : recueillir les données subjectives et objectives;
- **Analyse de données** : analyser les données obtenues et en faire une synthèse. Établir des constats ou des hypothèses cliniques;
- **Planification** : convenir du plan de traitement et établir les priorités en collaboration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

9.1 DÉMARCHE 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 la présence de facteurs de risque, le type de plaie et son étiologie ainsi que son potentiel de guérison. Il est primordial de connaître le ou les diagnostics principaux en lien avec la plaie. Par la suite, elle procède à l'examen physique selon l'analyse effectuée ainsi que l'évaluation de la plaie. Cette évaluation permet d'élaborer un plan de traitement, de mettre en place des interventions pertinentes, de faire la surveillance clinique requise de la personne et de référer vers les autres professionnels au besoin.

Chaque plaie exige une évaluation exhaustive des divers facteurs relatifs à la personne et à son environnement ainsi que de la cause associée 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 plaies :



Source : Wound Canada 2017

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

Situations cliniques nécessitant une réévaluation systématique de la plaie :

- Après un débridement de la plaie;
- Lorsque la plaie présente des signes de détérioration ou d'infection;
- Après un changement de traitement.

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

9.1.1 COLLABORATION DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Responsabilité	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
	L'infirmière évalue : ■ La présence de facteurs de risque; ■ 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.
	L'infirmière détermine : ■ Le plan de traitement de la plaie à effectuer : ○ Le type de pansement; ○ Le type de produit nettoyant; ○ La fréquence des changements de pansement; ○ La 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 plan de traitement; ○ Applique le type de pansement au plan de traitement.
	L'infirmière évalue : ■ L'évolution de la plaie; ■ 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 plan de traitement et la plaie; ■ Ses impressions par rapport à l'évolution de la plaie.
	L'infirmière documente : ■ Les évaluations 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.	L'infirmière auxiliaire documente : ■ Le changement de pansement; ■ Les observations effectuées concernant les caractéristiques de la plaie; ■ Les observations rapportées à l'infirmière.

9.1.2 ÉVALUATION DE LA PLAIE

Données à recueillir dans l'évaluation de la plaie

Classification	■ Identifier le type de plaie.			
Emplacement	■ 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 peau; ■ Sinus/espace sous-jacent : distance et indication de la direction par rapport à l'aiguille d'une montre.			
Sinus	■ Espace sous forme de trajet étroit (linéaire) situé sous le bord d'une plaie.			
Espace sous-jacent	■ Zone large de destruction tissulaire sous les bords d'une plaie.			
Lit de la plaie (voir p. 42)	■ 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 fibreux; ○ Hypergranulation; ○ Muscle; ○ Tendon; ○ Os. Attribuer un pourcentage total de 100 % et le distribuer le plus justement possible par type de tissu dans la plaie.			
Pourtour cutané	■ Évalué jusqu'à 4 cm au pourtour de la plaie : I : Intact M : Macéré R : Rosé B : Bleuté IN : Induré SD : sèche, desquamé			
Bords de la plaie (voir p. 44)	■ 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 Hyperkératose Callosité			
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 des pansements selon s'ils sont primaires et secondaires (de 0 % à 100 %).			
Odeur	■ Doit être évaluée après le nettoyage : A : absence d'odeur dans la plaie; L : légère odeur près du pansement; M : odeur modérée à forte dans la pièce; F : odeur forte perceptible à l'extérieur de la pièce.			
	Température (°C)	Chaleur	Œdème	Douleur nouvelle ou augmentée
	Exsudat purulent	Odeur augmentée	Retard de cicatrisation	Granulation friable
Culture	■ Effectuer une culture après nettoyage si les signes cliniques d'infection sont présents et si une antibiothérapie systémique est envisagée.			
Douleur	■ Utiliser l'échelle de douleur adaptée à la personne.			

Lit de la plaie

CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTIONS	SIGNIFICATIONS CLINIQUES
Tissus nécrotiques secs		
	Croûte noire ou brunâtre de texture cuirassée ou sèche qui recouvre la plaie.	Peut indiquer une perte tissulaire sur plusieurs couches cutanées.
Tissus nécrotiques humides		
	Débris jaunes, blanchâtres ou grisâtres, humides, de texture filamenteuse, attachés ou lâches dans le lit de la plaie.	L'aspect lâche indique que le tissu non viable se détache du lit de la plaie par l'autolyse ou par l'action de produits ou pansements qui favorisent le débridement.
Tissus fibrineux		
	Dépôt de nécrose adhérente de coloration jaunâtre et plutôt sec 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 il y a un risque de dessèchement et de nécrose du tendon.
	Muscle : tissu composé de fibres rouge vif, normalement recouvert du fascia.	Signifie une atteinte des structures profondes. Fascia pas toujours présent. Lorsque la coloration est plus prononcée, cela peut indiquer une congestion ou une ischémie.
	Os : structure blanche, jaunâtre, très dure au toucher.	Signifie une atteinte des structures profondes. Constitue un risque important d'ostéomyélite lorsque le tissu osseux est exposé dans le lit de la plaie.

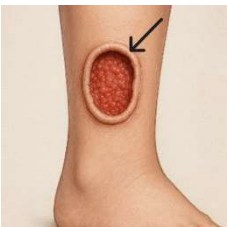
Image créée par Microsoft 365 Copilot (2025)

Lit de la plaie (suite)

CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTIONS	SIGNIFICATIONS CLINIQUES
Tissus sains		
	Tissu de couleur rouge ou rosée, lisse et luisant.	Indique une perte de l'épiderme sans profondeur ni tissu de granulation ou nécrose (humide ou sèche).
Tissus de granulation		
	Tissu de couleur rouge ou rosée luisant et d'apparence granuleuse.	Indique la présence de tissu de prolifération, en plus d'être un signe d'angiogenèse active.
Hypergranulation		
	Tissu rouge framboise surélevé par rapport au niveau des bords de la plaie.	Freine la cicatrisation en empêchant la fermeture de la plaie : la couche épithéliale ne peut migrer à la surface.
Tissus épithéliaux		
	Tissu de teinte rosée ou lavande, sec, luisant et très fragile.	Signe de progression de la migration épithéliale ou de cicatrisation achevée ; peut apparaître en îlots au centre ou en bordure de la plaie.

Image créée par Microsoft 365 Copilot (2025)

Bords de la plaie

CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTIONS	SIGNIFICATIONS CLINIQUES
Diffus 	Bords de plaie dont la forme irrégulière rend difficile la délimitation précise de la lésion.	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 les limites de la plaie sont bien visibles. Ce type de bord de plaie est souhaité.
Non attachés 	Espace entre la marge du lit de la plaie et de la bordure épithéliale.	Indique la présence d'espaces sous-jacents ou de sinus. Fréquents dans les lésions de pression 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 de la plaie et se fixe en profondeur.	Signifie que le niveau d'humidité en surface est insuffisant. Migration des cellules épithéliales du bord vers le lit de la plaie : la plaie demeure ouverte jusqu'à ce que cette zone soit excisée. Généralement observés dans les plaies chroniques.

Bords de la plaie (suite)

CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTIONS	SIGNIFICATIONS CLINIQUES
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.	Confirme la présence de points de pression accrus liés à la morphologie du pied ou aux difformités. Se trouvent typiquement au pourtour des ulcères plantaires diabétiques neuropathiques.
Fibrosés 	Bords indurés à cause de la présence d'un tissu rigide et peu élastique.	Indiquent une hyperplasie du tissu conjonctif. Tissu cicatriciel fragile qui peut s'endommager au moindre traumatisme mécanique (pression, friction ou cisaillement).

Image créée par Microsoft 365 Copilot (2025)

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; ■ Combler 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.
--	--	---

9.2 DÉMARCHE DE LA NUTRITIONNISTE

Cette section propose des exemples de ce que peut représenter la démarche clinique de la nutritionniste en présence de plaies ou de risque de plaies. Le tableau suivant est inspiré des dernières lignes directrices canadiennes publiées en 2025 par Plaies Canada (*Wounds Canada*) et des lignes directrices internationales pour la prévention des lésions de pression^{17,18}.

Une approche privilégiant les aliments en premier lieu est préconisée et la libéralisation des régimes thérapeutiques peut s'avérer une stratégie intéressante dans certaines situations.

Le jugement clinique de la nutritionniste guidera son évaluation et les interventions qui en découleront.

ÉVALUER
La nutritionniste effectue son processus clinique et une évaluation nutritionnelle en fonction des particularités de la personne et de l'évolution de la plaie (type de plaie, le stade, la phase de guérison, la présence ou non d'exsudat et les pertes liées à la thérapie pression négative). Plus spécifiquement, son évaluation peut inclure : ■ D'évaluer les apports alimentaires et les besoins en énergie et nutriments estimés; ■ De déterminer l'état nutritionnel de la personne, le risque ou la présence de malnutrition, les signes physiques et les symptômes de carence en nutriments (ex. : évaluation globale subjective [ÉGS]¹⁹, examen physique axé sur la nutrition); ■ D'évaluer l'état d'hydratation, les apports hydriques; ■ De mesurer et d'évaluer les paramètres anthropométriques et biochimiques pertinents (Formule sanguine complète, électrolytes, azote uréique sanguin, bilan ferrique, créatinine, protéine C réactive, glucose à jeun, hémoglobine glyquée, vitamines et minéraux); ■ D'identifier les facteurs de risque susceptibles d'influencer les apports nutritionnels et hydriques; ■ D'identifier les médicaments pouvant entrer en interaction avec certains nutriments; ■ D'évaluer le contrôle glycémique et les facteurs nutritionnels qui l'influencent; ■ De déterminer le(s) problème(s) nutritionnel(s) nuisant à la guérison des plaies.
ANALYSER
La nutritionniste tient compte des éléments médicaux, psychosociaux, environnementaux et des habitudes de vie de la personne dans son analyse et détermine les problèmes nutritionnels nuisant à la guérison des plaies. Exemples de problèmes nutritionnels nuisant à la guérison des plaies : ■ Apport protéino-énergétique insuffisant (AP 5.3.) démontré par l'absence de protéine au déjeuner et des besoins augmentés par une plaie de stade 3; ■ Besoins nutritionnels accrus en énergie, eau et protéines (AP 5.1) liés à une plaie avec 300 ml exsudat/jour.
PLANIFIER
La nutritionniste détermine avec la personne les objectifs à prioriser et les interventions nutritionnelles spécifiques à mettre en place pour prévenir l'apparition et améliorer la guérison des plaies. Elle planifie également les suivis et la surveillance requise.

¹⁷ Wounds Canada (Canadian Association of Wound Care). 2025. *Best Practice Recommendations for Skin Health and Wound Management 2025*. P.55-61 https://www.woundscanada.ca/doclink/bpr-final-2025-ebook/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWwiOiJicHItdmliYWwtMjAyNS1Ym9vayIsImhhdCI6MTczOTIwMzU3OSwiZXhwIjoxNzY1MjQ5OTc5fQ.maIaOxIJN-RJh9GVBM_xOyv7opUCErzbSm7mdivb3eQ

¹⁸National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2025). Nutrition in Pressure Injury Prevention. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition. Emily Haesler (Ed.). Disponible en ligne : <https://internationalguideline.com>

¹⁹ Groupe de travail canadien sur la malnutrition [GTCM]. (2017). Évaluation globale subjective (ÉGS). Disponible au https://nutritioncareinCanada.ca/sites/default/uploads/files/SGA%20Tool%20FR%20colour_2017.pdf

INTERVENIR

La nutritionniste détermine, avec la personne, le plan de traitement nutritionnel en adaptant l'enseignement et les stratégies d'intervention en fonction de ses besoins (ex. : régimes thérapeutiques riches en énergie et protéines), de ses capacités et limites cognitives, sociales, physiques, environnementales et financières.

Elle peut également :

- Déterminer les moyens qui faciliteront sa capacité à s'alimenter (ex. : préparer les repas, se procurer les aliments, utiliser les ressources communautaires disponibles dans le milieu);
- Prescrire des analyses de laboratoires en lien avec l'intervention nutritionnelle;
- Ajuster l'alimentation, l'insuline ou la médication antidiabétique pour optimiser le contrôle glycémique;
- Recommander ou prescrire des formules nutritives (supplément nutritionnel oral, alimentation entérale ou parentérale) ou des macronutriments et micronutriments si requis;
- Surveiller l'état nutritionnel et l'évolution de la plaie et réajuster le plan;
- Préciser les résultats attendus par les interventions nutritionnelles et les paramètres de surveillance.

Afin de soutenir l'évaluation nutritionnelle en contexte de plaies, vous trouverez en [Annexe 11](#) des recommandations spécifiques destinées aux nutritionnistes. Ces informations sont liées à l'évaluation des besoins hydriques et nutritionnels et contiennent des exemples de prescriptions en micronutriments en contexte de plaies.



9.3 DÉMARCHE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

ÉVALUÉE

L'ergothérapeute détermine les informations nécessaires à son analyse et la façon la plus appropriée de les recueillir en fonction de la situation (ex. : entrevues, mises en situation, observations, outils standardisés). Son évaluation porte sur les habiletés fonctionnelles et les facteurs qui contribuent au développement d'une plaie ou qui en limitent la guérison. Plus spécifiquement, son évaluation peut porter sur :

Les occupations significatives et les habitudes de vie qui ont un impact sur l'intégrité de la peau ou qui sont affectées par la présence d'une plaie, en considérant :

- Les routines quotidiennes et les horaires liés à ces occupations;
- L'effort, le degré d'autonomie et les méthodes utilisées;
- Le positionnement nécessaire à leur réalisation (particulièrement les positions assises ou couchées);
- Les forces mécaniques présentes, soit la pression, la friction et le cisaillement;
- Les préférences, les habitudes et le confort;
- Les méthodes de transfert et de déplacement;
- Les méthodes, la capacité et la fréquence des relâchements de pression ou des repositionnements.

Les caractéristiques de la personne :

- Les caractéristiques physiques (morphologie, contractures, déformations, œdème, état de la peau, etc.);
- Les amplitudes de mouvement, force musculaire et capacité à maintenir une position;
- Les capacités sensorielles et la présence de douleur;
- Les capacités cognitives (compréhension des recommandations, expression des besoins, etc.);
- Les attitudes, les comportements, la motivation, la disposition au changement, etc..

Les caractéristiques de l'environnement :

- Physiques (milieu de vie, humidité, chaleur, espace, aide technique, surface d'appui, etc.);
- Sociales (présence/disponibilité des aidants, capacité des aidants, etc.);
- Liées à d'autres facteurs socio-économiques (précarité financière, alimentaire ou professionnelle, conditions de vie, etc.).

ANALYSER

L'ergothérapeute analyse l'influence mutuelle du fonctionnement de la personne (autonomie, sécurité, efficacité, effort, engagement et satisfaction) ainsi que des facteurs personnels et environnementaux. Cela l'amène à préciser leur impact sur l'intégrité de la peau et la génération de forces mécaniques pouvant affecter la peau.

PLANIFIER

L'ergothérapeute convient avec la personne et ses proches, des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. De manière générale, les objectifs sont en lien avec les défis occupationnels de la personne et leur impact sur l'intégrité de la peau. Ils peuvent concerner :

- La promotion de la mobilité et de saines habitudes de vie;
- Le positionnement nécessaire aux habitudes de vie et son impact sur l'intégrité de la peau;
- L'atténuation des facteurs de risque présents dans les occupations ou l'environnement;
- La réalisation sécuritaire des soins de la peau ou de la plaie;
- Le maintien d'occupations significatives malgré la présence d'une plaie;
- La maturation optimale des cicatrices afin de prévenir les limitations dans les occupations.

INTERVENIR

En lien avec les objectifs convenus, l'ergothérapeute propose des modalités d'intervention cohérentes et appuyées sur les bonnes pratiques.

Ces modalités peuvent inclure :

- La recommandation d'aides techniques, de surfaces thérapeutiques et l'adaptation de l'environnement;
- La recommandation, la conception et l'ajustement d'aides à la posture, d'orthèses, etc.;
- La recommandation et l'enseignement de méthodes différentes pour effectuer les occupations, les transferts et les déplacements;
- Un horaire occupationnel adapté et de relâchement de pression, si pertinent;
- L'enseignement et l'entraînement;
- L'ergothérapeute assure auprès de la personne et ses proches l'enseignement, l'entraînement et la transmission des informations pertinentes pour chacune des modalités identifiées.

9.4 DÉMARCHE DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

ÉVALUÉE

À partir des données disponibles au dossier, le physiothérapeute complète sa cueillette de données afin d'effectuer l'analyse de la situation. Plus spécifiquement, son évaluation comprend notamment :

- Le type de plaie et ses caractéristiques;
- La douleur, liée directement ou non à la plaie;
- La présence et la mesure de l'œdème;
- Les amplitudes de mouvement et la force musculaire;
- La capacité aux transferts et déplacements;
- La capacité cardiorespiratoire et la tolérance à l'effort;
- Dans le cas où une modalité adjuvante est envisagée, se référer à l'Annexe 4 pour les précautions et contre-indications à repérer.

OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Le physiothérapeute convient avec la personne et ses proches, des objectifs visant à favoriser la guérison de la plaie, par exemple :

- Contribuer au soulagement de la douleur;
- Diminuer l'œdème;
- Favoriser la guérison de la plaie en améliorant la mobilité articulaire;
- Exécuter les transferts, favoriser les déplacements et l'utilisation des escaliers (au besoin) de façon sécuritaire et en évitant, par exemple, la mise en charge sur la plaie;
- Favoriser la guérison de la plaie par électrothérapie lorsque le processus de guérison est incomplet (éléments de chronicité).

INTERVENIR

Exemples d'interventions utilisées en physiothérapie, tant par le physiothérapeute que le technologue en physiothérapie :

- Procéder à un entraînement relatif aux transferts et aux déplacements de façon sécuritaire tout en réduisant les impacts sur la plaie;
- Établir un programme d'exercices en tenant compte du type de plaie et de sa localisation, notamment :
 - Lésion de pression : favoriser la mobilité fonctionnelle telle que la marche afin de diminuer la pression sur la peau;
 - Ulcère diabétique : inclure la marche et des exercices de renforcement;
 - Ulcère artériel : favoriser la marche selon la tolérance de la personne;
 - Ulcère veineux : inclure des exercices de renforcement et de pompage veineux afin de favoriser la circulation sanguine ainsi que la marche;
 - Utilisation des modalités adjuvantes pour favoriser la guérison de la plaie.

À noter que de son côté, le technologue en physiothérapie « peut, lorsqu'il dispose également de la liste de problèmes, des objectifs de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient présentant : [...] une affection cutanée, un ulcère de pression ou une brûlure à l'exception d'une brûlure grave²⁰. »

²⁰ https://oppq.gc.ca/wp-content/uploads/OPPQ-Cahier-explicatif-Art4-reglement94m-mars2022_VF.pdf

9.4.1 MODALITÉS ADJUVANTES

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.

Pour en savoir plus sur la fonction, les indications, les contre-indications et les précautions



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 <i>high voltage pulsed current</i> (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 % d'O ₂ à une pression plus élevée que la pression normale. Cette technique vise à accélérer le processus de guérison.	
Oxygène hyperbare topique simplifié ou <i>topic hyperbaric oxygen</i> (tHBo)	■ Accroît la prolifération capillaire; ■ Favorise la croissance du collagène ou sa résistance; ■ Diminue la croissance bactérienne.

10 SOINS DE LA PEAU

10.1 SOINS D'HYGIÈNE ET DE LA PEAU

Des soins d'hygiène et de la peau optimaux sont essentiels pour le maintien de l'intégrité cutanée.

Nettoyer la peau

Différents types de nettoyant peuvent être utilisés :

- Nettoyant avec rinçage pour le corps et les cheveux;
- Nettoyant sans rinçage pour le corps, les cheveux et les soins d'incontinence;
- Lotion nettoyante sans rinçage, hydratante et protectrice pour les soins d'incontinence.

Maintenir l'hydratation de la peau

Différentes lotions ou crèmes peuvent être appliquées selon le type de peau et de sécheresse :

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

Protéger la peau

Différents produits sont disponibles pour prévenir et pour traiter une altération cutanée :

- Onguent protecteur pour prévenir et traiter;
- Crème protectrice pour traiter.

Pour en savoir plus



MODE DE CONSERVATION

Produits pour les soins de la peau

Personne admise/hébergée :

- Les produits de soins de la peau doivent être réservés à l'usage exclusif d'une seule personne, 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 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.

10.2 INTERVENTIONS POUR MAINTENIR UNE INTÉGRITÉ CUTANÉE

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS CLINIQUES
Utiliser de l'eau tiède.	L'eau chaude risque d'assécher la peau.
Nettoyer la peau dès qu'elle est souillée.	Élimine le surplus de liquide biologique et de bactéries qui ne font pas partie de la flore cutanée normale et réduit les risques d'irritation.
Réduire les forces de friction lors des soins d'hygiène : ▪ Éviter de frotter la peau vigoureusement; ▪ Tapoter délicatement.	Le frottement peut traumatiser les tissus.
Utiliser les nettoyants sans rinçage lorsqu'un soin d'hygiène au lit est requis.	Simplifie la procédure, diminue les risques de friction et laisse un film émollient qui conserve l'hydratation cutanée.
Adapter la fréquence des soins d'hygiène aux besoins de chaque personne.	Selon l'âge, la texture de la peau, la présence d'incontinence ou de plaie.
Appliquer des émollients quotidiennement selon le type de peau.	Maintient l'hydratation et la souplesse cutanée.

11 SOINS DE PLAIES

11.1 INTERVENTIONS EN PRÉSENCE D'UNE PLAIE

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 :

- Décider de la mesure d'asepsie;
- Procéder au nettoyage de la plaie;
- Déterminer la méthode de débridement;
- Déterminer les produits et les pansements;
- Orienter vers d'autres professionnels selon les indicateurs de référence.

11.1.1 MESURE D'ASEPSIE

Les soins de plaie s'effectuent selon la technique aseptique/stérile ou la technique sans contact, choisie en fonction des facteurs de risque infectieux liés à la personne et à la plaie :

- **Technique aseptique/stérile** : port de gants stériles, utilisation d'instruments et produits stériles au contact direct de la plaie.
- **Technique sans contact** : port de gants non stériles; seuls des instruments stériles touchent la plaie.

11.1.2 NETTOYAGE DE LA PLAIE

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

La solution saline physiologique (NaCl 0,9 %) est privilégiée pour toutes les plaies puisqu'elle est de faible toxicité. Elle doit être utilisée à une température ambiante avec une quantité recommandée de 100 ml.

Le professionnel 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. En revanche, 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.

11.1.3 DÉBRIDEMENT

Le débridement vise à retirer les tissus dévitalisés dans le lit de la plaie, mais aussi au niveau des berges et au pourtour de la plaie. Seuls les tissus non viables doivent être retirés. Il permet :

- De diminuer le risque d'infection locale ou systémique;
- De réduire les odeurs;
- D'évaluer le lit de la plaie et le degré d'atteinte des structures anatomiques qui peuvent être exposées ;
- De stimuler la cicatrisation d'une plaie.

Le débridement peut s'effectuer de différentes façons. Il est primordial d'évaluer si présence de contre-indication avant d'effectuer un débridement ainsi que de connaître l'objectif de traitement.

Types de débridement et description

TYPES	DESCRIPTIONS
Autolytique	■ Consiste en une méthode sélective de dégradation des tissus nécrotiques sous l'action des enzymes protéolytiques, des neutrophiles et des macrophages de l'exsudat qui entrent en jeu normalement dans le processus inflammatoire de la cicatrisation; Est favorisé par un environnement de plaie humide contrôlé et suffisamment vascularisé.
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 0,9 %, le tampon de débridement; Indiqué pour le retrait des contaminants et des tissus nécrotiques à la surface de la plaie.
Chimique	■ Consiste à l'utilisation d'agent chimique pour retirer les tissus nécrotiques; La solution Dakin, le peroxyde d'oxygène, le nitrate d'argent procurent 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; La scarification de l'escarre est requise pour favoriser la pénétration de l'enzyme dans les tissus.
Chirurgical conservateur*	■ Retrait rapide et très sélectif des tissus nécrotiques à l'aide d'instruments (bistouri, ciseaux, curette, pince); Indiquée 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; Plusieurs contre-indications à ce type de débridement.

*Règle de soins en vigueur

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

AUTRES TYPES	DESCRIPTIONS
Retrait de callosité*	Utilisé afin de retirer l'épaississement et le durcissement de l'épiderme, en couches minces et successives.
Application de nitrate d'argent (AgNO₃)*	Utilisé afin d'interrompre un saignement involontaire lors d'un débridement ou pour réduire l'hypergranulation.

*Règle de soins en vigueur

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.

11.1.4 SIGNES ET SYMPTÔMES D'INFECTION

Signes et symptômes associés aux stades du continuum d'une infection de plaie

Contamination	■ Des microorganismes sont présents dans toutes les plaies; ■ 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.			
Colonisation	Les espèces microbiennes : ■ Réussissent à croître et à se diviser; ■ Ne causent pas de dommage à l'hôte; ■ Ne déclenchent pas d'infection; ■ Aucun retard de cicatrisation n'est observé.		Vigilance requise	Pas d'indication pour l'usage de produits antimicrobiens
Infection locale	Signes subtils d'infection locale : ■ Hypergranulation; ■ Granulation qui saigne ou friable; ■ Pont épithélial et pochette dans le tissu de granulation; ■ Augmentation de l'exsudat; ■ Retard dans la cicatrisation.	Biofilm* voir note à la page suivante	Intervention requise	Antimicrobien topique
	Signes classiques d'infection locale : ■ Érythème; ■ Chaleur locale; ■ Œdème; ■ Écoulement purulent; ■ Détérioration de la plaie et de ses dimensions; ■ Douleur nouvelle ou augmentée; ■ Odeur augmentée.			

Signes et symptômes associés aux stades du continuum d'une infection de plaie (suite)

Infection en progression	■ Extension de l'induration; ■ Érythème diffus; ■ Lymphangite; ■ Crépitation; ■ Détérioration de la plaie; ■ Déhiscence avec ou sans lésions satellites; ■ Inflammation, enflure des ganglions lymphatiques.			
Infection systémique	■ Malaise; ■ Léthargie ou détérioration générale non spécifique; ■ Perte d'appétit; ■ Fièvre; ■ Sepsie grave; ■ Choc septique; ■ Défaillance des organes; ■ Mort.	Biofilm*	Intervention requise	Anti-microbien systémique et topique

Source : St-Cyr, Diane ; Martineau, Luce. L'ulcère du pied diabétique. Partie 2, Le soigner de manière optimale, mars-avril 2017, vol. 14, no 2, INTERNATIONAL CONSENSUS UPDATE 2016 | WOUND INFECTION IN CLINICAL PRACTICE Version 2022.

Biofilm

* Le biofilm est une communauté multicellulaire de microorganismes qui adhèrent entre eux et à une surface. Le biofilm protège cette communauté et leur permet de survivre dans des conditions environnementales hostiles. Les microorganismes du biofilm peuvent résister à la réponse immunitaire de l'hôte et sont beaucoup plus résistants aux antibiotiques et aux désinfectants. Les biofilms sont difficiles à traiter et à éradiquer et ils sont invisibles à l'œil nu. Des auteurs proposent que les biofilms soient omniprésents dans toutes les plaies chroniques. Le débridement est l'une des méthodes nécessaires pour réduire sa présence sur les plaies.

11.1.5 PRODUITS ET PANSEMENTS

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

Une fréquence de changement de pansement minimale permet de maintenir une température constante au lit de la plaie 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 :

- Décoller doucement le pansement à changer, tirer délicatement en maintenant la peau afin d'éviter tout traumatisme à l'épiderme. Si nécessaire, humidifiez le pansement avec du NaCl 0,9 %;
- Évaluer l'état du pansement primaire et secondaire en place (% de saturation);
- Nettoyer la plaie en irriguant avec une solution de NaCl 0,9 % (quantité recommandée : 100 ml);
- Procéder à l'évaluation de la plaie;
- Choisir la bonne dimension de pansement : certains pansements doivent dépasser les bords de la plaie de 3 à 4 cm pour conserver leur propriété spécifique;
- Rechercher les propriétés suivantes :
 - Évite la douleur;
 - Doit être étanche;
 - Doit être confortable;
 - Doit bien tenir à la zone anatomique.
- Protéger le pourtour de la plaie : fixer le pansement en tenant compte des peaux fragilisées.
- Documenter l'évaluation, les objectifs et la détermination du plan de traitement au dossier de la personne.

Produits et pansements et leur utilisation

Produits et pansements	Utilisations
Produit hydratant « hydrogel »	■ Composé principalement d'eau ou de solution physiologique avec une consistance gélifiante qui procure un milieu humide aux plaies pas ou peu exsudatives. La scarification de l'escarre nécrotique doit être réalisée pour permettre la pénétration du produit.
Pansement absorbant	■ Inclut les pansements alginates, les hydrofibres, les mousses hydrophiles, les pansements hypertoniques, les acryliques transparents et les polymères super absorbants; ■ 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.
Pansement interface	■ Préviend l'adhérence au lit de la plaie d'un autre produit; ■ Préviend un retrait traumatique; ■ Tulle souvent imprégné de paraffine, de gelée de pétrole, de silicone ou d'agent antimicrobien.
Pansement rétention de l'humidité	■ Inclut les pansements hydrocolloïdes et la pâte hydrophile; ■ Pansement occlusif à semi-occlusif qui maintien un milieu humide.
Pansement contre les odeurs	■ Composé de charbon actif et de différentes couches plus ou moins absorbantes; ■ Le charbon réduit les mauvaises odeurs en filtrant ou en emprisonnant les molécules responsables des odeurs nauséabondes.

Produits et pansements et leur utilisation (suite)

Pansement antimicrobien	■ Indiqué pour les plaies présentant des signes d'infection ou colonisées ; ■ Les produits antimicrobiens à base d'argent ou d'iode et autres sont à prioriser en cas de colonisation ou d'infection.
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; ○ 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. Un guide d'utilisation de la TPN de l'INESSS encadre la pratique ainsi que les méthodes de soins informatisées.

*Règle de soins en vigueur

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 à la clientèle inscrite.

Pour connaître les particularités et les modalités d'utilisation des différents pansements et produits, consultez l'[Aide-mémoire : Particularités des pansements \(23 fiches\)](#) de l'INESSS.

MODE DE CONSERVATION

Produits et pansements pour les soins des plaies

Personne admise/hébergée :

- Chaque produit ou pansement est réservé à l'usage exclusif d'une seule personne;
- Dès l'ouverture de l'emballage, toute portion non utilisée doit être jetée;
- L'utilisation du plus petit format est recommandée;
- Les produits antimicrobiens et enzymatiques dans un tube (ex. : iodosorb) peuvent être conservés jusqu'à 7 jours. Jeter si contaminés.

Personne inscrite* :

- L'infirmière peut commencer un traitement avec les produits et pansements du CIUSSS afin de valider l'efficacité du traitement. Par la suite, ils doivent être achetés par la personne ;
- Les produits et pansements pour les soins des plaies achetés par la personne doivent être :
 - Conservés dans leur emballage original, déposés dans un sac ZiplocMD, identifiés au nom de la personne avec la date d'ouverture;
 - Conservés par la personne pour une période maximale de 2 semaines et jetés après cette période ou si contaminés;
 - Les produits antimicrobiens et enzymatiques dans un tube (ex. : iodosorb) peuvent être conservés jusqu'à épuisement du produit. Jeter si contaminés.

* Pour les soins à domicile, limiter la quantité de matériel nécessaire pour la visite et laisser au domicile tout le matériel ayant été en contact avec l'environnement.

Dans la mission communautaire, il peut arriver qu'un produit ou un pansement, appartenant à la personne inscrite, 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.

Le répertoire des médicaments d'exception et la liste des médicaments couverts par la RAMQ sont en constante révision et ils sont accessibles sur le site Web de la RAMQ (Section DE- pour les codes d'exception et Peau et muqueuse 84:00 pour la liste).

12 INTERVENTIONS SUR LES CAUSES ET LES FACTEURS DE RISQUE

Au-delà des soins appliqués directement à la plaie, la prise en charge efficace d'une lésion repose aussi sur la capacité à agir sur les causes sous-jacentes et à mettre en place les conditions propices à la cicatrisation.

Le chapitre 6, Évaluer et intervenir en prévention sur les facteurs de risque et les causes, propose des pistes utiles pour identifier et cibler les causes ainsi que les facteurs de risque. Les mêmes éléments clés doivent être pris en compte en présence d'une plaie, notamment : l'état général de la personne, les facteurs nutritionnels et hydriques, les facteurs systémiques intrinsèques affectant l'intégrité de la peau, la prévention des infections, les facteurs environnementaux et mécaniques, ainsi que les dimensions psychosociales et contextuelles.

De plus, des interventions complémentaires sont pertinentes pour soutenir activement le processus de cicatrisation :

- **Créer un environnement propice aux soins :**
 - Planifier les soins et les changements de pansements en respectant les périodes de repos et les routines de la personne;
 - Aménager l'espace et prévoir les équipements afin de faciliter les soins tout en réduisant les sources de friction, d'humidité ou de traumatisme.
- **Soulager la douleur et réduire l'inconfort :**
 - Mettre en place une analgésie efficace, incluant des approches non pharmacologiques;
 - Adapter les soins pour réduire les inconforts liés à la température, à l'exposition ou à la manipulation;
 - Offrir un cadre rassurant et respectueux pour les soins.
- **Soutenir les besoins accrus liés à la cicatrisation :**
 - Collaborer avec les professionnels concernés pour ajuster l'apport nutritionnel et hydrique;
 - Renforcer les messages éducatifs sur l'importance de l'alimentation et de l'hydratation pendant la guérison.
- **Mobiliser sans nuire à la plaie :**
 - Adapter le positionnement et l'équipement pour limiter la pression ou les tensions sur la zone atteinte;
 - Encourager une mobilisation sécuritaire favorisant la circulation et l'autonomie;
 - Revoir les aides techniques en fonction de l'évolution de la plaie.
- **Offrir un soutien psychosocial adapté à la situation :**
 - Rester attentif à la détresse, au découragement ou à l'isolement liés à la présence d'une plaie;
 - Proposer un accompagnement ou référer selon les besoins exprimés.
- **Assurer une coordination fluide des soins :**
 - Communiquer efficacement les informations pertinentes lors des transferts ou des changements de soignants;
 - Revoir régulièrement l'ensemble du plan de soins en fonction de l'évolution de la plaie et de la condition de la personne.

13 ÉVOLUTION ET CHRONICISATION

13.1 NIVEAU D'EXPERTISE INFIRMIÈRE 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, des autres professionnels et des gestionnaires.

1^{er} NIVEAU d'expertise : infirmière ou infirmière auxiliaire responsable de la personne

Exigences

- Formation de base en soins de plaies.

Rôles et responsabilités

- Assure le suivi de la plaie;
- L'infirmière assure la référence et la coordination entre les différents professionnels et interpelle l'infirmière ressource en soins de plaies si la cicatrisation ne suit pas son cours normal.

2^e NIVEAU d'expertise : infirmière ressource en soins des plaies

Exigence

Formation avancée en soins de plaies.

Rôles et responsabilités

- Agir à titre d'expert clinique pour soutien de proximité;
- Collabore avec l'infirmière soignante et l'infirmière experte en soins de plaies;
- Contribue à la mise en place des meilleures pratiques;
- Favorise la collaboration interprofessionnelle;
- Contribue à l'utilisation optimale des ressources;
- Collabore aux essais cliniques de produits ou de pansements;
- Réfère à l'infirmière experte en soins de plaies pour du soutien dans les situations complexes.

3^e NIVEAU d'expertise : infirmière experte en soins de plaies

Exigence

Conseillère en soins infirmiers - volet soins de plaies.

Rôles et responsabilités

- Agir à titre d'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;
- Collabore à l'évaluation de produits, aux essais cliniques et à la mise en service.

13.2 MODALITÉS DE CONSULTATION À L'INFIRMIÈRE EXPERTE EN SOINS DE PLAIE

L'infirmière experte soutient les infirmières ressources via : consultation électronique, téléphonique, en personne ou par téléassistance en soins de plaies (TASP). Ces modalités offrent un accompagnement clinique, un partage de connaissances et des recommandations pour optimiser la prise en charge.

13.3 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Revoir la composition de l'équipe

En situation clinique complexe, il peut être pertinent d'élargir l'équipe en intégrant d'autres professionnels selon la situation et les besoins spécifiques de la personne. Cette collaboration élargie permet de mobiliser des expertises complémentaires et de soutenir une prise en charge globale et cohérente.

Adapter les pratiques collaboratives

Les contextes complexes appellent à des pratiques de collaboration plus soutenues, marquées par une communication fluide et des interactions plus fréquentes. Ces pratiques adaptées permettront :

- De favoriser l'émergence d'une vision commune, afin d'établir des objectifs, des actions et des priorités partagées;
- D'assurer la complémentarité et la cohérence des interventions, en tenant compte des rôles et des expertises de chacun.

Soutenir activement la personne et ses proches

Le soutien actif de la personne et de ses proches dans leur implication, dans la mesure de leurs capacités et leurs préférences, est nécessaire pour que les décisions soient alignées avec leur vécu, leurs besoins et leurs objectifs.

Pour en savoir plus sur les rôles et responsabilités des différents professionnels.>

Voir
[Annexe
3](#)

14 GESTION PAR PROBLÉMATIQUE

14.1 DERMATITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE

Définition

La dermatite associée à l'incontinence (DAI) peut être définie comme une inflammation cutanée apparaissant dans la région périnéale ou génitale en raison d'un contact prolongé de la peau avec l'humidité. Elle se manifeste par des rougeurs. Dans des cas aigus, on peut également observer une érosion de la peau, une présence de phlyctènes, vésicules, bulles ou une exsudation claire. La DAI se développe à partir d'une simple macération résultant d'une exposition plus ou moins prolongée.

Lorsque les selles sont liquides, l'activité des enzymes fécales augmente, le pH augmente 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 douloureuse et inconfortable.

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

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

Facteurs	Lésions de pression	Dermatites liées à l'incontinence
Cause	■ Pression directe; ■ Friction; ■ Cisaillement.	■ Humidité.
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 ou d'un dispositif médical; ■ Démarcation précise.	■ Souvent au niveau des plis cutanés; ■ Rarement au niveau des régions osseuses; ■ Démarcation imprécise.
Nécrose	■ Présence possible.	■ Absence.

Source : Association canadienne du soin des plaies (CAWC)

Interventions préventives

- Identifier la cause de l'incontinence et agir, si possible (fécale ou urinaire);
- Évaluer le risque de DAI 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;
- Hydrater la peau sèche en évitant l'application de crème dans les plis;
- Utiliser une barrière protectrice;
- Envisager le recours à des dispositifs de gestion de l'incontinence adaptés à la personne;
- Proscrire l'utilisation de serviettes et de champs imperméables jetables à l'intérieur des protections d'incontinence.

Interventions curatives

DAI légère

- Nettoyer la peau doucement avec un nettoyant sans rinçage tout-en-un ;
- Protéger et restaurer la peau avec une barrière cutanée;
- Répéter après chaque épisode d'incontinence, tant et aussi longtemps que la rougeur persiste.

DAI Modéré à sévère

- Nettoyer la peau doucement avec une lingette nettoyante sans rinçage;
- Protéger et restaurer la peau avec une barrière cutanée;
- Répéter après chaque épisode d'incontinence, tant et aussi longtemps que la rougeur persiste.

14.2 INTERTRIGO

Définition

Appelé aussi dermatite intertrigineuse, l'intertrigo se définit comme une rougeur au niveau d'un pli du corps de la présence d'humidité et d'une friction. Elle peut progresser vers une rougeur inflammatoire, une érosion, la présence de papules, pustules, vésicules, voire même la formation de croûte. Cette altération de la peau peut entraîner une infection bactérienne ou fongique.

ÉVALUATION

Caractéristique clinique

L'intertrigo se manifeste généralement sous forme d'une rougeur symétrique des deux côtés d'un pli. Des pustules, des papules, des vésicules, des croûtes ainsi qu'une odeur peuvent s'ajouter à cet érythème. L'intertrigo peut s'accompagner de démangeaison, de sensation de brûlure et de douleur.

Clientèles à risque

- Personne à faible mobilité;
- Personne obèse;
- Personne diabétique;
- Personne avec un excès de peau après une perte de poids;
- Personne incontinente urinaire;
- Personne immunosupprimée;
- Personne ayant une hypersudation (hyperhidrose);
- Personne vivant dans un environnement chaud et humide.

Zones corporelles de l'intertrigo

Zones	Caractéristiques
Sous les seins Tablier abdominal Plis cutanés	■ Seins tombants ou volumineux; ■ Abdomen pendulum; ■ Plis profonds.
Aines Pli interfessier Aisselles	■ Clientèle âgée, obèse, incontinente avec port d'une culotte d'incontinence; ■ Fesse ferme et pli profond; ■ Hyperhidrose.
Espaces interdigitaux Orteils Doigts	■ 4e espace interdigital du pied – les autres espaces par la suite; ■ Clientèle travaillant régulièrement avec les mains dans l'eau.

Interventions préventives

- Nettoyer délicatement les plis cutanés avec des produits sans rinçage et un pH équilibré, puis les assécher complètement, mais doucement (éponger, ne pas frotter) ;
- Enseigner à la personne les soins d'hygiène pour les plis cutanés ;
- Conseiller le port de vêtements adaptés :
 - Chaussures à bout ouvert;
 - Vêtements amples, légers, composés de fibres naturelles;
 - Vêtements de sport qui évacuent l'humidité;
 - Vêtements de soutien;
- Utiliser le textile d'ions d'argent pour les plis cutanés dans un contexte de prévention d'une récurrence.

Interventions curatives

- 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.

	Produit	Mode d'emploi
TRAITEMENT	Interdry®. ■ Textile avec complexe d'argent antimicrobien. ■ Évacue l'humidité, réduit la friction, maîtrise l'odeur et les infections. ■ 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; ■ Inscrire 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.

Malgré la mise en place d'un traitement, il est important de maintenir les mesures préventives.

Complications

Infection fongique ou bactérienne secondaire.

14.3 LÉSIONS DE PRESSION

Définition

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

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

14.3.1 DÉPISTAGE DU RISQUE

Échelle de Braden et Braden QD

Les intervenants possédant les compétences requises utilisent l'échelle de Braden pour la clientèle adulte et l'échelle de Braden QD pour la clientèle pédiatrique comme outil de dépistage. Le pointage total informe davantage sur l'intensité du risque tandis que le pointage individuel des paramètres permet d'individualiser le plan de traitement.

Scores à l'échelle de Braden (adulte)	Risques
De 23 à 19	Nul à très faible
De 15 à 18	Faible
De 13 à 14	Modéré
De 10 à 12	Élevé
≤ 9	Très élevé

Échelle de Braden – Facteurs
■ Perception sensorielle
■ Mobilité
■ Activité
■ Humidité
■ Nutrition
■ Friction et cisaillement

Scores à l'échelle de Braden QD (pédiatrie)	Risques
≥ 13	Considéré à risque
≤ 12	Aucun risque

Échelle de Braden QD – Facteurs
■ Mobilité
■ Perception sensorielle
■ Friction et cisaillement
■ Nutrition
■ Perfusion tissulaire et oxygénation
■ Présence de dispositifs médicaux

Moment de dépistage selon le type d'installation

En centre hospitalier et unité de courte durée (personne admise)

Compléter l'échelle de Braden ou Braden QD pour toute personne :

- À l'admission, dans un délai de 24 h à 48 h, si des facteurs de risque sont présents;
- En cours de suivi, dès la présence d'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 ou Braden QD pour toute personne :

- À l'admission, dans un délai de 72 h;

ET

- Aux deux semaines pendant le premier mois;
- Par la suite, selon le dernier score :

Scores à l'échelle de Braden (adulte)	Braden QD
15 à 23 = annuel	
Score 13 à 14 = tous les 6 mois	13 et plus = selon la directive infirmière
Score 10 à 12 = selon la directive de l'infirmière	12 et moins = annuel
Score ≤9 = selon la directive de l'infirmière	En cours de suivi, lors d'un épisode de santé instable ou après une hospitalisation
En cours de suivi, lors de l'épisode de santé instable ou après une hospitalisation.	

Au domicile ou inscrite*

- Compléter l'échelle de Braden ou Braden QD pour toute personne :
 - À l'inscription, dans un délai de 5 jours, si des facteurs de risque sont présents;
 - En cours de suivi, lors d'un épisode de santé instable, après une hospitalisation ou dès la présence de facteurs de risque préoccupants.

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

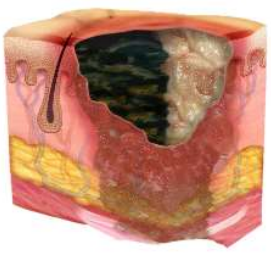
14.3.2 STADES DES LÉSIONS DE PRESSION

Le stade de la lésion ne change pas lors des évaluations subséquentes, sauf si une couche plus profonde de tissus est atteinte. Il y a changement du stade lorsqu'il y a détérioration de la lésion ou lors du retrait des tissus dévitalisés du stade indéterminé qui permet la visualisation réelle du niveau d'atteinte.

Évaluation

Stades	Descriptions cliniques	Interventions
Stade 1 : Érythème de la peau intacte qui ne blanchit pas 	Peau intacte avec zone localisée d'érythème qui ne blanchit pas à la pression. Chez les personnes avec pigmentation foncée, le blanchiment peut être difficile à percevoir; il est suggéré de palper la zone pour déceler un changement de température, de fermeté ou de sensibilité. Les changements de coloration n'incluent pas la décoloration violacée ou marron qui peut indiquer une lésion des tissus profonds. La présence d'un érythème qui blanchit, des changements dans la sensation, la température ou la fermeté de la peau peuvent précéder ce type de lésion.	■ Dégager de la zone de pression. ■ Agir sur les facteurs de risque (échelle de Braden). ■ Inspecter la peau toutes les 8 heures. ■ Surveiller l'évolution de la lésion toutes les 24 à 48 heures. ■ Changer de position toutes les 2 heures. ■ Instaurer un horaire de positionnement. ■ Encourager la personne à se mobiliser régulièrement, si possible. ■ Encourager la personne assise au fauteuil roulant à faire des exercices de transfert de poids. ■ Référer aux professionnels concernés au besoin. Produits suggérés : ■ Pansement protecteur (pellicule transparente, hydrocolloïde mince); ■ Pansement mousse; ■ Pansement multicouche bordé.
Stade 2 : Perte cutanée partielle de la peau qui expose le derme 	Le lit de la plaie viable, rosé ou rouge, humide qui peut avoir l'aspect d'une phlyctène séreuse, intacte ou rompue. Absence de tissu de granulation, ni de nécrose humide ou d'escarre. Le tissu adipeux et les tissus profonds ne sont pas visibles. Souvent associé à un microclimat (humidité) défavorable et au cisaillement de la peau dans la région du bassin et aux talons. Ce stade ne doit pas être utilisé pour décrire les dommages cutanés associés à l'humidité (dermatite associée à l'incontinence, intertrigo) ou les plaies traumatiques.	■ Maintenir les interventions pour la lésion de stade 1; ■ Surveiller l'évolution de la plaie; ■ Nettoyer la plaie; ■ Référer aux professionnels concernés au besoin. Produits suggérés : ■ Pansement mousse; ■ Hydrocolloïde; ■ Pansement absorbant; ■ Pellicule transparente absorbante (changer tous les 3 à 7 jours); ■ En présence de signes d'infection : pansement mousse avec argent; ■ En présence d'incontinence et d'une plaie au siège : pansement en pâte.

Stades	Descriptions cliniques	Interventions
Stade 3 : Perte cutanée complète 	Perte cutanée complète qui expose le tissu adipeux. Présence possible de tissus nécrotiques humides d'escarres ou de granulation. Les muscles, fascias, tendons, ligaments, cartilages et os ne sont pas exposés. Présence possible d'espaces sous-jacents, de sinus ou d'épibole (bords de plaie roulés). La profondeur varie selon la région anatomique. Si les tissus nécrotiques humides ou l'escarre dissimulent l'étendue de la perte tissulaire, il s'agit d'une plaie de stade indéterminé.	■ Maintenir les interventions pour le stade 1. ■ Surveiller l'évolution de la plaie. ■ Nettoyer la plaie. ■ Réaliser le débridement de la plaie. ■ Référer aux professionnels concernés au besoin ■ Un avis spécifique peut être requis (médecin traitant, IPS ou IRSP). Produits suggérés : ■ Pansement primaire : ○ Comblant la cavité avec un pansement absorbant. ■ Pansement secondaire selon quantité d'exsudat : ○ Hydrocolloïde; ○ Pansement mousse; ○ Pansement super absorbant. ■ En présence de signes d'infection : ○ Pansement avec argent. ■ En présence d'incontinence et d'une plaie au siège : pansement en pâte. ■ Envisager une méthode de traitement adjuvant.
Stade 4 : Perte cutanée et tissulaire complète 	Perte cutanée et tissulaire complète qui expose ou atteint directement le fascia, 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 les tissus nécrotiques humides ou l'escarre dissimulent l'étendue de la perte tissulaire, il s'agit d'une plaie de stade indéterminé.	■ Maintenir les interventions pour la lésion de stade 1. ■ Surveiller l'évolution de la plaie. ■ Nettoyer la plaie. ■ Réaliser le débridement de la plaie. ■ Envisager une méthode de traitement adjuvant. ■ Référer aux professionnels concernés au besoin. ■ Un avis spécifique peut être requis (médecin traitant, IPS ou IRSP). ■ Consultation possible : ○ Chirurgie orthopédique; ○ Chirurgie générale; ○ Chirurgie plastique; ○ Chirurgie vasculaire. Produits suggérés : ■ Pansement primaire : ○ Comblant la cavité avec un pansement absorbant. ■ Pansement secondaire selon quantité d'exsudat : ○ Hydrocolloïde; ○ Pansement mousse; ○ Pansement super absorbant.

Stades	Descriptions cliniques	Interventions
		■ En présence de signes d'infection : ○ Pansement avec argent. ■ En présence d'incontinence et d'une plaie au siège : pansement en pâte. ■ Envisager une méthode de traitement adjuvant.
Lésion des tissus profonds (LTP) 	Peau avec ou sans bris cutané qui présente une zone localisée de décoloration persistante rouge foncé, marron ou violacée qui ne blanchit pas, phlyctène sanguine. La décoloration peut varier selon la pigmentation de la peau. Évolution possible vers un stade indéterminé, un stade 3, ou cicatrisation sans perte tissulaire.	■ Maintenir les interventions pour la lésion de pression stade 1; ■ Nettoyer la plaie; ■ Débrider lorsque la lésion est bien définie, selon la région anatomique, le statut vasculaire et le type de nécrose. Produits suggérés : ■ Pansement protecteur sec; ■ Éviter les pansements adhésifs.
Stade indéterminé ou inclassable 	Perte cutanée et tissulaire dont la profondeur ne peut être confirmée en raison de la présence de tissus nécrotiques humides ou d'une escarre. Après retrait des tissus nécrotiques humides ou de l'escarre la lésion de pression de stade 3 ou 4 sera révélée.	■ Maintenir les interventions pour la lésion de stade 1; ■ Scarifier la nécrose (sauf pour les plaies stables au talon*); ■ Instaurer un type de débridement; ■ Lorsque la nécrose est retirée, référer aux interventions selon l'identification du stade de la lésion; ■ Référer aux professionnels concernés au besoin; ■ Un avis spécifique peut être requis (médecin traitant, IPS ou IRSP). Voir produits suggérés stades 3 et 4 : ■ Pour plaie stable au talon ou sur un membre ischémique : ○ Désinfection avec chlorhexidine ou proviodine; ○ Pansement sec.
Lésion de pression causée par un dispositif médical 	Causée par un dispositif appliqué pour des fins diagnostiques ou thérapeutiques. La lésion se conforme généralement à la forme du dispositif. Classifier selon le stade approprié.	■ Inspecter la peau toutes les 8 heures; ■ Mobiliser le dispositif toutes les 2 heures; ■ Ne pas masser la rougeur; ■ Maintenir la peau sèche; ■ Surveiller l'évolution de la plaie; ■ Nettoyer la plaie; ■ Référer aux professionnels concernés au besoin; ■ Produits suggérés : Voir selon le stade.
Lésion de pression aux muqueuses 	Associée à un dispositif médical utilisé sur une muqueuse (Lunette O₂, sonde urinaire, cathéter, etc.). Non classifiable par stade dû à l'anatomie des muqueuses	■ Inspecter la muqueuse toutes les 8 heures; ■ Mobiliser le dispositif toutes les 2 heures; ■ Éviter d'installer le dispositif sur la lésion; ■ Surveiller l'évolution de la plaie; ■ Référer aux professionnels concernés au besoin.

STADE NPIAP 2019 Traduction libre Danielle Gilbert et Diane St-Cyr ©

Talons

Les talons sont particulièrement sujets aux lésions de pression puisqu'il y a absence de muscles et que les couches cutanées sont très minces. La circulation sanguine y est fréquemment diminuée, ce qui nuit à la cicatrisation. Par sa forme proéminente, les talons subissent souvent une pression importante et parfois, tout le poids de la jambe repose sur la surface du talon.

IMPORTANT - Une escarre stable sur un talon, c'est à dire qui est sèche, adhérente, intacte, sans érythème, ni fluctuation liquidienne ou sur un membre ischémique ne devrait pas être ramollie ni retirée.

14.3.3 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 doit être déclarée au moyen du formulaire prévu (AH-223).

- Les lésions de pression de stade 2 et plus, comprenant le stade LTP, doivent être déclarées dans G-Autres types d'évènement Plaie de pression;
- Les lésions de pression de stade 1 doivent être déclarées dans G-Autres types d'évènement Plaie de pression stade 1.

Ces types de lésions sont considérés comme un accident puisque des mesures de prévention auraient pu éviter ces conséquences pour la personne et des mesures sont mises en place à la suite de la présence de la lésion de pression.

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

Pour la clientèle inscrite, la déclaration doit être effectuée seulement si la lésion de pression s'est développée durant la prestation de soins et de services.

14.3.4 INTERVENTIONS

Positionnement et changements de position ²¹ :

Importance du positionnement et impact d'une immobilité prolongée :

Les forces de pression, de friction et de cisaillement sont présentes sur différentes parties du corps, tant en position assise que couchée. Normalement, une personne ajuste sa position et modifie sa posture de manière automatique et régulière. Lorsque la mobilité d'une personne est réduite, ces ajustements deviennent plus difficiles, ce qui affecte le confort et la qualité de vie de la personne. Elle ne parvient plus à modifier les forces qui affectent et déforment sa peau. La circulation sanguine est alors compromise et des dommages en résultent.

Principes d'un positionnement optimal

- L'alignement des différentes parties du corps favorise le confort, la mobilité, l'autonomie et le maintien des habitudes de vie;
- Le corps et les membres sont supportés pour maintenir la position et l'alignement sans effort;
- La pression est répartie sur une grande surface corporelle et est minimale au niveau des proéminences osseuses ou des parties du corps à haut risque de plaies;
- La friction et le cisaillement sont réduits ou même éliminés.

Particularités en position couchée

- Le poids du corps est réparti de façon inégale entre les différentes parties du corps en contact avec le matelas;
- Un glissement vers le bas du lit ou une posture affaissée indique la présence de friction et de cisaillement;
- La position latérale à 30 degrés permet généralement la meilleure répartition de la pression;
- Les talons doivent être déchargés de toute pression;
- La position assise ou semi-assise au lit est particulièrement à risque et doit être évitée ou réservée aux périodes d'activités (ex. : alimentation, conversation, télévision).

Particularités en position assise

- Le poids du corps repose sur une plus petite surface corporelle, ce qui augmente le risque de lésions de pression, notamment au niveau des ischions;
- Une bascule du bassin vers l'arrière, une posture affaissée ou un glissement vers l'avant du siège augmente le cisaillement et le risque de lésion au sacrum et au coccyx;
- La position assise à privilégier comprend :
 - Être assis au fond du siège;
 - Avoir le dos bien appuyé au dossier;
 - Soutenir les cuisses sur toute leur longueur par le coussin;
 - Avoir les pieds bien appuyés au sol ou sur des appui-pieds.
- L'inclinaison du dossier doit être combinée à une bascule du siège vers l'arrière afin d'éviter le glissement de la personne;
- Les fauteuils inclinables de salon (ex. : La-Z-Boy®, auto-souleveur) sont à éviter dans un contexte de plaie, car ils augmentent la friction, le cisaillement et la chaleur.

L'importance des changements de position :

Les changements de position (retournements, passages au fauteuil ou en position debout) permettent de redistribuer la pression et de décharger temporairement les zones à risque, favorisant ainsi la récupération des tissus.

Chez les personnes qui ne peuvent être changées de position, de petits ajustements fréquents (micromouvements) peuvent aussi améliorer la perfusion tissulaire, à condition d'être réalisés fréquemment. Il est essentiel de porter une attention particulière à la tête, aux extrémités et aux talons, qui doivent être soulevés. Une inspection régulière des zones de pression ou de fragilité demeure primordiale.

La pression étant moins bien répartie en position assise, les périodes prolongées au fauteuil chez les personnes à risque ou présentant une lésion au siège nécessitent une attention particulière, tant dans la durée que dans les possibilités de redistribution de la pression.

Des manœuvres de décharge ou de redistribution peuvent être intégrées aux activités quotidiennes. Par exemple : bascule du fauteuil avec inclinaison du dossier, inclinaison vers l'avant, transfert de poids latéral (gauche/droite), poussé vers le haut (*push-up*).

Pour les détails et exemples sur le positionnement au lit ou au fauteuil.



Le saviez-vous ?

L'utilisation d'une surface thérapeutique n'élimine pas le besoin de changer de position. Ces 2 modalités sont complémentaires dans la prévention et le traitement des lésions de pression.

Fréquence des changements de position

La fréquence des changements de position doit permettre aux tissus de récupérer avant l'apparition de dommages. Toutefois, des changements fréquents peuvent perturber le sommeil, causer de la douleur ou être perçus comme un fardeau par les aidants. Une approche individualisée, basée sur la gestion des risques et le jugement clinique, est essentielle. Le plan doit être élaboré en partenariat avec la personne et ses proches, en tenant compte de ses priorités et de sa réalité.

Recommandations générales :

- Personne couchée : Repositionner ou lever toutes les 2 à 4 heures;
- Personne assise : Transfert de poids toutes les 15 minutes.

Facteurs influençant la fréquence :

- Objectifs, priorités et projet de vie de la personne;
- Habitudes sur 24 h (temps passé dans chaque position, activités réalisées);
- Niveau d'autonomie, de mobilité et d'activité;
- Condition de santé (physique, mentale, cognitive), douleur, sommeil;
- État de la peau et tolérance des tissus.

Pour les détails et exemples sur le positionnement au lit ou au fauteuil.>



Effectuer des changements de position optimaux

Avant et pendant la manœuvre :

- Questionner la présence de douleur ou d'inconfort;
- Encourager la participation de la personne selon ses capacités;
- S'assurer que les zones de la peau à risque sont bien dégagées pendant la manœuvre, sans friction ni cisaillement;
- Offrir les aides techniques (planches, trapèzes, barres d'appui) ou physiques nécessaires.

Principes de transfert sécuritaire :

- Privilégier de lever plutôt que de glisser;
- Utiliser les équipements ou techniques de transfert requis (ex. : lève-personne, draps de glissement, aidant supplémentaire);
- Porter une attention spéciale aux talons pendant la manœuvre;
- Positionner des coussins ou oreillers pour maintenir la position et décharger les zones à risque (ex. : talons), tout en évitant de créer une pression accrue ailleurs (ex. : sacrum).

Après la manœuvre :

- Valider la position;
- Vérifier le dégagement des points de pression en glissant une main entre la peau et le matelas;
- S'assurer de l'absence de cisaillement (matériel et draps bien relâchés, pas de tension sur la peau);
- Vérifier qu'aucun objet ou dispositif n'est coincé sous la personne;
- Requestionner la présence de douleur ou d'inconfort.

Particularités pour certaines clientèles

Enfants et bébés :

- Porter une attention particulière à la tête qui est proportionnellement plus lourde et plus à risque de lésion de pression que chez les adultes ;
- Utiliser des aides techniques adaptées à la clientèle pédiatrique.

Troubles neurocognitifs majeurs et/ou agitation :

- Utiliser une approche adaptée;
- Vérifier la présence de mouvements répétitifs créant de la friction et endommageant la peau;
- Privilégier les occupations et activités significatives et engager les capacités de la personne afin d'introduire des changements de position et pour répondre à son besoin de bouger.

Soins palliatifs :

- Prioriser le confort et la gestion de la douleur;
- Établir une routine de changement de position cohérente avec les objectifs de soins et la tolérance de la personne;
- Si de grands changements de position ne sont pas possibles, proposer de petits changements et modifier régulièrement la position des extrémités et de la tête;
- Discuter avec la personne et ses proches des positions et aides techniques qui améliorent leur confort.

Blessés médullaires :

La peau évolue avec le temps après une blessure (changements dans la composition de la peau, diminution de la masse musculaire, etc.) donc le risque, la condition des tissus et de la peau ainsi que les besoins en positionnement doivent être réévalués régulièrement tout au long de la vie de la personne.

14.3.5 SURFACES THÉRAPEUTIQUES

La surface, le matelas ou le coussin sur lequel le poids du corps repose est appelé la surface d'appui. Par leurs caractéristiques et les matériaux qui les composent, certains matelas et coussins sont conçus spécifiquement pour agir sur les facteurs de risque et les forces qui ont un impact sur l'intégrité de la peau. On les nomme alors les surfaces thérapeutiques.

Les surfaces thérapeutiques les plus fréquemment utilisées sont les matelas, les surmatelas (une couche supplémentaire par-dessus un matelas standard) et les coussins pour les fauteuils. Il existe également des surfaces thérapeutiques spécialisées adaptées à plusieurs autres équipements (siège de toilette, banc de voiture, fond de la baignoire, chaise de cuisine, etc.).

Utilisation judicieuse des surfaces thérapeutiques :

Les surfaces thérapeutiques font partie des interventions à envisager et à examiner avec la personne et ses proches pour la prévention ou le traitement des lésions de pression. Toutefois, leur efficacité n'étant pas suffisante pour prévenir ou traiter une plaie sans une combinaison de modalités et d'interventions, une réévaluation périodique avec la personne et l'équipe permet de s'assurer que la surface demeure une modalité pertinente et présente une efficacité optimale.

Indications en prévention :

- Pour les personnes à risque de développer une lésion de pression;
- Dans les unités de soins ou d'hébergement où la majorité des personnes sont à risque de développer des lésions de pression;

- Pour les personnes dont la mobilité est grandement diminuée.

Indications en présence d'une plaie :

- Pour tous, sauf s'il est possible de dégager complètement la partie du corps atteinte.

Toutefois, en plus de leurs caractéristiques utiles, les surfaces thérapeutiques ont également des limites et des inconvénients potentiels, en lien avec :

- **La mobilité** : en fonction des matériaux, l'immersion ou l'instabilité peut nuire aux transferts et à la propulsion en fauteuil roulant;
- **Le confort** : le bruit, les mouvements ou la chaleur peuvent être mal tolérés;
- **La sécurité** : un matelas trop épais ou mal ajusté peut augmenter le risque de chute ou de piégeage;
- **L'entretien** : certaines surfaces requièrent un entretien fréquent pour assurer leur bon fonctionnement et respecter les normes d'hygiène. Elles sont à risques d'usure ou de détérioration pouvant compromettre leur efficacité;
- **Les ajustements** : certaines surfaces nécessitent une vérification de la pression ou du calibrage de façon régulière.

Sélectionner une surface thérapeutique :

Les données actuelles ne démontrent pas la supériorité d'un type de surface versus un autre. Le succès repose donc sur l'adéquation entre les besoins de la personne et les caractéristiques de la surface choisie.

Exemples d'objectifs par l'utilisation d'une surface thérapeutique :

- Diminuer ou éliminer la pression sur les zones à risque ou atteintes;
- Réduire la douleur;
- Atténuer le cisaillement et la friction;
- Gérer le microclimat et l'humidité.

Critères généraux à considérer :

- Limite de poids compatible avec la personne;
- Dimensions et épaisseur adaptées au lit ou au fauteuil;
- Fermeté des bordures extérieures (pour faciliter les transferts et limiter les risques de piégeage).

Des caractéristiques influençant le confort et l'utilisation au quotidien varient d'une surface à l'autre et sont à considérer. De plus, certaines présentent des fonctions automatiques qui peuvent également influencer le choix (ex. : gonflement maximal pour les soins, ajustement à la position assise).

Pour détails et algorithme pour le choix de surface

Voir
[Annexe
Z](#)

Afin que la surface thérapeutique en place soit efficace, il est indispensable de :

- Limiter le nombre de couches entre la personne et la surface à ce qui est essentiel : considérer les vêtements, draps, housses, protections contre l'incontinence et les pansements;
- Limiter l'épaisseur des piqués et alèses;
- Idéalement, retirer la toile de transfert après les transferts. Si cela est impossible, dégager les cuissardes et s'assurer que la toile ne plisse pas et que les coutures ne créent pas une pression vis-à-vis des proéminences osseuses.

De plus, il est essentiel que la personne, ses proches et le personnel soignant connaissent les particularités d'utilisation, l'entretien et le fonctionnement de la surface choisie. L'ajustement des surfaces à air devrait être fait régulièrement

Pour en savoir plus sur l'ajustement de la pression d'une surface à air

Voir
[Annexe
8](#)

14.4 ULCÈRES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Les ulcères aux membres inférieurs peuvent être d’origines différentes dont les ulcères veineux, les ulcères artériels et les ulcères diabétiques ou neuropathiques. Il est impératif d’identifier leur cause pour mettre en place des mesures préventives et curatives appropriées. Les ulcères veineux représentent 60 % à 90 % des cas²¹.

14.4.1 DÉPISTAGE : INDICE DE PRESSION SYSTOLIQUE CHEVILLE-BRAS

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 de l’IPSCB permet de :

- Déterminer ou d’éliminer la présence d’une maladie artérielle;
- Déterminer le plan de traitement (en milieu humide);
- Déterminer s’il y a contre-indication à la thérapie de compression pour la prise en charge de l’ulcère veineux;
- Déterminer s’il y a une contre-indication au débridement.

Le dépistage des maladies artérielles périphériques et la prise de l’IPSCB guident l’intervenant dans sa prise de décision quant à son objectif de soins, son plan de traitement ainsi qu’à l’application de bandages ou de bas de compression. L’observation des signes et symptômes cliniques de la maladie artérielle périphérique est complémentaire au test non invasif.

Résultats IPSCB	Hypothèses cliniques
Plus grand que 1,40	Calcification des vaisseaux
1,00 - 1,40	Circulation artérielle normale (absence de maladie artérielle)
0,91-0,99	Circulation artérielle limite
0,7 - 0,90	Atteinte légère de la circulation artérielle
0,41 - 0,69	Atteinte modérée de la circulation artérielle
Plus petit que 0,40	Atteinte sévère de la circulation artérielle

(Wounds Canada, 2020)

Le formulaire CN00152 doit être rempli lors de présence d’une plaie au membre inférieur.

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

²¹ Pratique exemplaire en soins de plaies, Novice à expert, TOME 1, 2023, Presse de l’Université Laval.

14.4.2 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. Cette insuffisance veineuse entraîne une hypertension veineuse ainsi qu'une cascade inflammatoire en cause du développement d'une plaie.

Facteurs de risque

Il existe plusieurs facteurs de risque au développement de l'atteinte veineuse dont :

- Incompétence valvulaire : obésité, grossesses multiples, hérédité, antécédents thrombophlébites, sexe féminin;
- Dysfonction musculaire : âge avancé, mobilité réduite, sédentarité, usage intraveineux de drogues dans les membres inférieurs.

Évaluation

Caractéristiques cliniques de l'insuffisance veineuse sur le membre inférieur.

Apparence	■ Dilatation de la cheville ou, si l'état est chronique, cheville étroite et mollet œdémate; ■ Présence de varices, varicosité, télangiectasie.
Couleur	■ Normale à foncée; ■ Pigmentation permanente d'un brun rougeâtre des dépôts d'hémosidérine, particulièrement dans le tiers inférieur de la jambe; ■ Tache blanche au niveau perimalléolaire (atrophie blanche).
Peau	■ Sèche, squameuse, irritée; ■ Ligneuse et fibreuse au toucher; ■ Fragile.
Ongles	■ Normaux ou possible mycose.
Œdème	■ Œdème prenant le godet de léger à prononcer; ■ 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.

Caractéristiques cliniques de l'ulcère veineux

Siège	▪ Tiers inférieur de la jambe, région périmalleolaire; ▪ Un ou plusieurs ulcères peuvent être présents; ▪ L'ulcère peut être étendu.
Fond de l'ulcère	▪ Peu profond, humide, pouvant arborer un rouge foncé ou de la nécrose humide jaunâtre.
Bords de l'ulcère	▪ Diffus; ▪ Irréguliers.
Pourtour cutané	▪ Pigmentation foncée; ▪ Peau parfois macérée si l'écoulement est abondant.
Écoulement	▪ Abondant; ▪ Séreux.

Complications

Complications	Informations complémentaires
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, de protecteur cutané 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 observé chez les personnes présentant un contrôle non optimal de l'insuffisance veineuse. ◦ Peau sèche qui desquame sur le pourtour de l'ulcère et de la cheville; ◦ Peau rouge et enflammée; ◦ Prurit; ◦ Souvent confondue avec la cellulite; ◦ Absence de fièvre.

Interventions

Interventions préventives

- Exercice quotidien : exercice impliquant la contraction du mollet;
- Saine gestion de l'alimentation;
- Hydratation optimale;
- Périodes de repos adéquates : demeurer le moins longtemps possible en position debout, stationnaire;
- Élévation des membres inférieurs lorsque la personne est couchée : Les chevilles doivent être plus élevées que le niveau des hanches;
- Arrêt tabagique : la nicotine crée un effet vasoconstricteur;
- Port d'une thérapie de compression;
- Information à la personne et à ses proches en leur expliquant et en leur remettant le dépliant d'enseignement.

Interventions curatives

- Traiter la cause, la non-guérison de l'ulcère ou la détérioration de celle-ci;
- Prise de l'IPSCB afin d'éliminer une composante d'insuffisance artérielle concomitante;
- Déterminer le degré de compression pouvant être utilisé selon le résultat de l'IPSCB. La compression du membre inférieur est essentielle dans la prise en charge de l'ulcère veineux;
- 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;
- Intégrer les interventions préventives.

Bandage de compression

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

- 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;
- Compression inélastique : Systèmes composés de bandes n'ayant peu ou pas de propriétés d'étirement. Faible compression au repos, mais forte compression lorsque l'expansion du mollet butte contre le revêtement du tissu inextensible.

La force de compression produite par n'importe quel système 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 la personne.

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

La compression est la clé du traitement des ulcères veineux.

Le médecin ou l'IPS a la responsabilité du diagnostic. Ne pas avoir recours à une compression conduit souvent à une impossibilité de guérison dans plusieurs situations cliniques. L'infirmière ayant les connaissances et compétences peut initier* une compression en présence d'ulcères veineux.

*Référence à la RSI sur [Application d'activités spécifiques en soins de plaies](#) pour l'initiation de la compression en contexte d'ulcère veineux ou de prévention d'une récurrence.

Bas de compression

- Les bas de compression servent à contrôler et contenir l'œdème;
- Le bas de compression possède une compression > que 15 mmHg;
- Une ordonnance médicale est requise pour les bas procurant une compression > 20 mmHg si absence d'ulcère veineux ou d'un diagnostic d'insuffisance veineuse;
- 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.

Pour en savoir plus sur la compression

Voir
[Annexe
4](#)

Note : Le bandage tubulaire (Tubigrip®/Tensogrip®), système de compression légère selon la grandeur utilisée et la circonférence du mollet, peut être utilisé pour tester la tolérance à la compression. Il ne doit pas être considéré comme un système de compression permanent.

14.4.3 LES ULCÈRES ARTÉRIELS

Définition

Plaie située généralement sur le pied et les orteils. Causée par une obstruction du système artériel de la jambe qui mène à une ischémie et conduit éventuellement à une nécrose des tissus environnants.

Facteurs de risque

Modifiables : tabagisme, diabète, hypertension, dyslipidémie, obésité abdominale, alcool, sédentarité.

Non modifiables : âge, sexe masculin, hérédité, maladie athéromateuse autre qu'aux membres inférieurs.

Évaluation

Caractéristiques cliniques de l'insuffisance artérielle sur le membre inférieur

Apparence	■ Normale ou atrophie musculaire.
Couleur	■ Pâlisante 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; ■ Mince, luisante.
Ongles	■ Ongles jaunes, durs, épais et cassants.
Œdème	■ Nul ou très léger.
Pouls	■ Tibial postérieur et pédieux faible à absent.
Sensibilité	■ Douleur importante qui s'accroît avec la surélévation du membre ou l'activité (claudication intermittente).

Caractéristiques cliniques de l'ulcère artériel

Siège	■ Extrémité des orteils, talon, malléoles.
Fond de l'ulcère	■ Nécrose plutôt sèche (jaunâtre, brunâtre, noire). ○ Nécrose adhérente.
Bords de l'ulcère	■ Bien défini. ○ Semble découpé à l'emporte-pièce.
Pourtour cutané	■ Sec et fragile; ■ Présence possible de d'autres lésions.
Écoulement	■ Très faible. ○ Séreux ou purulent.

Complications

Complications	Informations complémentaires
Infection	Les tissus deviennent ischémiques ; il y a diminution de la réponse inflammatoire et de l'apport sanguin. 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.

Soins locaux selon l'aspect de l'ulcère

Ulcer artériel avec nécrose humide	■ Assécher l'ulcère et garder propre.
Ulcer artériel avec nécrose sèche	■ Désinfecter avec une solution antiseptique (providine iodée 10 % ou chlorhexidine 0,5 %). ○ Couvrir d'un pansement sec protecteur.
Ulcer artériel et articulation ouverte	■ Désinfecter avec une solution antiseptique; ■ Couvrir d'un pansement sec protecteur; ■ Informer rapidement le médecin ou l'IPS.
Gangrène sèche de plusieurs des orteils	■ Désinfecter avec une solution antiseptique; ■ Appliquer des compresses sèches entre les orteils pour diminuer l'humidité et les garder séparées; ■ Couvrir d'un pansement sec protecteur; ■ Informer rapidement le médecin ou l'IPS.
Gangrène avec odeur nauséabonde	■ Désinfecter avec une solution antiseptique; ■ 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; ■ Couvrir d'un pansement sec protecteur; ■ Informer rapidement le médecin ou l'IPS.

14.4.4 LES ULCÈRES D'ORIGINE DIABÉTIQUE OU NEUROPATHIQUE

Définition

Plaie qui résulte de la combinaison de plusieurs facteurs tels que les anomalies biomécaniques, la présence de maladie vasculaire artérielle ainsi que la présence de neuropathie. Elle découle souvent d'un traumatisme mineur causé par des chaussures inadéquates, une source de chaleur non perçue ou la pénétration d'un corps étranger.

Les différents types de neuropathies périphériques sont :

- Neuropathie sensorielle (affecte les nerfs sensitifs);
- Neuropathie autonome (affecte les glandes sudoripares et sébacées, entraîne la perte de sudation, la sécheresse, les fissures, les callosités);
- Neuropathie motrice (affecte la motricité, le déséquilibre des muscles, la déformation du pied).

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.

Facteurs de risque :

- Neuropathie sensorielle (perte de sensation);
- Présence de callosité au niveau du pied et des orteils (neuropathie autonome);
- Déformation du pied (neuropathie motrice);
- Maladie artérielle périphérique;
- Diabète non contrôlé (hyperglycémie);
- Tabagisme;
- Œdème périphérique;
- Chaussure inadéquate.

Évaluation

Caractéristiques cliniques du membre inférieur et du pied diabétique

Apparence	Déformation possible du pied et des orteils pouvant créer des points d'hyperpression : ■ Hallux valgus. ■ Orteils en marteau ou en griffe. ■ Déformation de l'articulation tarsienne. ■ Arche plantaire accentuée. ■ Affaiblissement de la cambrure du pied (pied plat). ■ Saillie des têtes métatarsiennes et amincissement des muscles. ■ Déplacement des coussins plantaires. ■ Pied de Charcot : neuroarthropathie évolutive. En phase aiguë : Présence d'un pied rouge, œdémateux, chaud et douloureux.
Couleur	■ Normale ou pâle, en présence d'une composante artérielle.

Caractéristiques cliniques du membre inférieur et du pied diabétique(suite)

Peau	■ Température variable; ■ Sèche; ■ Callosités sur les points de pression; ■ Peut se fendiller ou se fissurer.
Ongles	■ Épaississement possible.
Œdème	Nul ou très faible.
Pouls	■ Présent et bondissant. ■ Si atteinte artérielle : Non palpable ou faible, pulsation monophasique.
Sensibilité	■ Aucune douleur au site de l'ulcère. ■ Si la douleur augmente, rechercher une infection possible. ■ Engourdissement ou fourmillement dans le pied.

Caractéristiques cliniques des ulcères d'origine diabétique ou neuropathique

Siège	■ Sur la face plantaire du pied, du talon, sur les extrémités métatarsiennes, sur les points de pression et sous les callosités. ■ Espaces interdigitaux.
Fond de l'ulcère	Variable : ■ Granulation : Rosé à rougeâtre. Si ischémie, rosée pâle. ■ Peut être couvert de tissus nécrotiques secs ou humides. ■ Peut être très profond, surveiller la présence de structures profondes telles que le tendon, l'os (ostéite).
Bords de l'ulcère	■ Rond parfait. ■ Non attaché. ■ Avec hyperkératose. ■ Avec callosité. ■ Possibilité de macération.
Pourtour cutané	Sec et souvent entouré d'épaisses callosités.
Écoulement	Variable, sérosanguin.

Pour en savoir plus



Gradation des ulcères du pied diabétique et risque associé aux complications et à l'amputation.

Complications

Arthropathie de Charcot	■ Complication de la neuropathie sensitive et motrice caractérisée par la déformation des pieds. ■ Complication évolutive.
Infection	■ L'altération du système immunitaire combinée à l'œdème et l'hyperglycémie crée un milieu favorable à la croissance bactérienne et fongique. ■ Plus de 50 % des ulcères vont présenter une infection (Edmonds & al., 2021).
Amputation	■ Dernière solution au traitement des ulcères diabétiques. ■ La population diabétique est 15 à 40 fois plus à risque que la population générale à subir une amputation. ■ 85 % des amputations chez les diabétiques sont précédées par la présence d'ulcère.

Interventions

Interventions préventives

Pour tous les diabétiques :

- Examen annuel par un professionnel : examen du pied et test au monofilament chez toutes les personnes diabétiques;
- Exercice quotidien : la marche;
- Saine alimentation et gestion du poids;
- Arrêt tabagique : la nicotine crée un effet vasoconstricteur;
- Contrôle de la glycémie;
- Gestion du stress;
- Prévenir l'intertrigo interorteils;
- Corriger adéquatement, lorsque cela est possible, les callosités et les difformités;
- Autoexamen des pieds et effectuer des soins podologiques méticuleux;
- Soins des pieds (hygiène, crème hydratante, coupe des ongles);
- S'assurer que la personne porte de bonnes chaussures et éviter de marcher pieds nus, avec ou sans chaussettes;
- Information à la personne et à ses proches avec le dépliant d'enseignement.

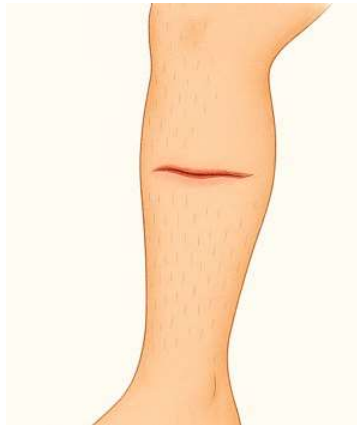
Interventions curatives

- Évaluer la ou les causes sous-jacentes : Neuropathie (type de neuropathie, test au monofilament, examen des membres inférieurs) ou ischémie (IPSCB requis);
- Sonder l'ulcère afin de déceler tout sinus/espace sous-jacent et tout contact osseux;
- En cas d'ulcère plantaire, il faut réduire la pression, 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;
- Effectuer une surveillance plus rapprochée des glycémies à l'aide d'un journal de bord afin de maximiser la guérison;
- Considérer l'ajustement de la médication pour le diabète et de l'alimentation afin d'améliorer le contrôle glycémique si requis;
- Prendre en charge les comorbidités;
- Traiter l'intertrigo interorteils, lorsque présent;
- Évaluer si une orientation vers une clinique spécialisée dans le traitement des plaies est possible.

14.5 PLAIES TRAUMATIQUES

Les plaies traumatiques sont des plaies qui se produisent habituellement de manière accidentelle ou volontaire. L'évaluation comprend entre autres l'agent causal, la localisation, les dimensions, les tissus ou organes pouvant être impliqués, la présence de saignement, la douleur, la mobilité et le risque de contamination.

14.5.1 ABRASION, CONTUSION, LACÉRATION, PLAIE, PUNCTIFORME

TYPES		ÉVALUATIONS	
	Lacération Déchirure de la peau ou des structures sous-jacentes causée par des objets tranchants (ex. : métal, bois, verre) ou par une force de cisaillement intense.	■ Agent causal. ■ Dimension. ■ Profondeur. ■ Localisation. ■ Saignement.	■ Contamination. ■ Sensibilité. ■ Mobilité du membre. ■ Douleur.
		INTERVENTIONS	
		■ Nettoyer avec du NaCl 0,9 %. ■ Évaluer si lacération linéaire et sans perte tissulaire pour une fermeture de première intention. ■ Appliquer un pansement non adhérent. ■ Appliquer un pansement secondaire selon les caractéristiques de la plaie.	
TYPES		ÉVALUATIONS	
	Abrasion Blessure traumatique par la force mécanique qui implique les couches superficielles de la peau. Bord de plaies irrégulier.	■ Agent causal. ■ Étendue. ■ Localisation. ■ Contamination.	■ Mobilité du membre. ■ Sensibilité. ■ Douleur.
		INTERVENTIONS	
Sans corps étranger (ex. : égratignure) : ■ Irriguer avec le NaCl 0,9 % abondamment; ■ Appliquer un antiseptique sans colorant (ex. : chlorhexidine); ■ Appliquer un pansement semi-occlusif selon les caractéristiques de la plaie.		Avec corps étranger (ex. : terre, gravier, écharde) : ■ Enlever les corps étrangers superficiels avec une pince; ■ Frotter en sens inverse du trajet de pénétration avec des compresses imbibées de NaCl 0,9 % ou une brosse chirurgicale; ■ Irriguer au NaCl 0,9 %; ■ Appliquer un antiseptique sans colorant (ex. : chlorhexidine); ■ Appliquer un pansement semi-occlusif selon les caractéristiques de la plaie.	

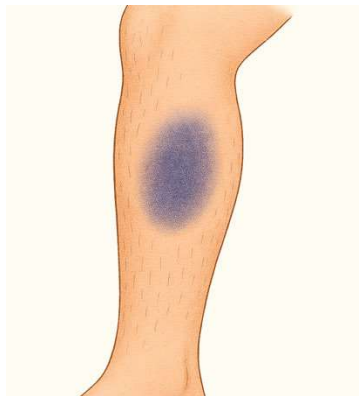
TYPES	ÉVALUATIONS
 Contusion Blessure sans bris cutané impliquant une fuite de sang dans le derme causé par un choc direct entre une partie du corps et un objet contondant. Elle est caractérisée par une décoloration cutanée et de l'œdème.	■ Agent causal. ■ Localisation. ■ Œdème. ■ Décoloration de la peau. ■ Tuméfaction, hématome. ■ Mobilité du membre. ■ Sensibilité. ■ Douleur. INTERVENTIONS ■ Appliquer des compresses froides ou de la glace pendant 20 minutes aux heures durant les 48 premières heures; ■ Appliquer, par la suite, des compresses humides, tièdes à chaudes, durant 10 minutes et trois fois par jour par la suite.

Image créée par Microsoft 365 Copilot (2025)

TYPES	ÉVALUATIONS
 Plaie Punctiforme Blessure causée par la pénétration dans les tissus d'objets pointus ou tranchants (ex. : lame, aiguille), de corps étrangers (ex. : clou, verre, bois, hameçon). Ceci comprend aussi les piqûres d'insectes et les morsures.	■ 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.

INTERVENTIONS

Avec corps étranger :

- Nettoyer ou irriguer avec le NaCl 0,9 %;
- Retirer le corps étranger et contrôler le saignement;
- Appliquer un pansement selon les caractéristiques de la plaie.

Sans corps étranger :

- Nettoyer ou irriguer avec le NaCl 0,9 %;
- Appliquer un pansement selon les caractéristiques de la plaie.

Écharde :

- Nettoyer la zone avec une solution saline ou un antiseptique;
- Utiliser une aiguille stérile ou curette à usage unique pour ouvrir l'épiderme au-dessus de l'écharde;
- Extraire l'écharde avec des pinces stériles, en douceur;
- Irriguer la plaie post-extraction avec une solution saline.

Hameçon :

- Nettoyer la zone avec une solution saline ou un antiseptique.

Plusieurs techniques de retrait peuvent être utilisées :
Technique du fil poussé coupé, technique de poussée.

Piqûre d'insecte :

- Retirer rapidement le dard avec une pince;
- Éviter de gratter;
- Nettoyer la zone touchée;
- 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 ou si les démangeaisons persistent. Prendre un bain d'eau tiède avec 250 ml de bicarbonate de soude, 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;
- Rincer avec du NaCl 0,9 %;
- Éviter de faire saigner la plaie afin de ne pas créer de traumatisme supplémentaire;
- Éviter de brosser et d'utiliser une solution corrosive ou irritante (contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool);
- Appliquer un pansement selon les caractéristiques de la plaie et fixer sans constriction;
- Se référer au Protocole d'immunisation du Québec 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 antiseptique iodé (ex. : proviodine);
- Appliquer un pansement selon les caractéristiques de la plaie et fixer sans constriction;
- Se référer au Protocole d'immunisation du Québec pour l'évaluation de l'exposition;
- En cas de doute, si l'exposition est à risque de transmission du virus de la rage, consulter la Direction de santé publique.

Image créée par Microsoft 365 Copilot (2025)

14.5.2 DÉCHIRURES CUTANÉES

Définition

Les déchirures cutanées sont des plaies traumatiques causées par une cause mécanique (cisaillement, friction, contact avec objet contondant) provoquant la séparation des couches cutanées. Elles touchent principalement les membres supérieurs et les membres inférieurs chez la clientèle des âges extrêmes (nouveau-nés et personnes âgées de plus de 75 ans) et chez les personnes avec une maladie chronique. Les déchirures cutanées sont directement liées aux modifications tégumentaires inhérentes au processus de vieillissement de la personne.

Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque peuvent être associés aux déchirures cutanées dont les principaux sont : âge extrême, xérose cutanée, prurit, mobilité réduite, personne ayant besoin d'aide dans les AVQ, malnutrition, médicaments (corticostéroïdes), déficits visuels et sensoriels, type d'adhésif médical utilisé et troubles cognitifs.

Dépistage

Il n'existe aucun outil de dépistage validé donc le dépistage réside dans l'évaluation et la détection des facteurs de risque présents chez la personne.

Évaluation

Classifications des déchirures cutanées²²

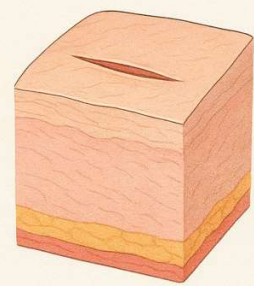
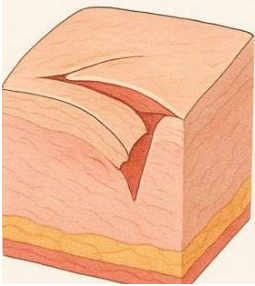
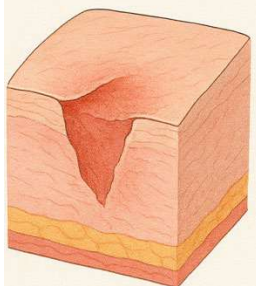
TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
Sans perte tissulaire	Perte tissulaire partielle	Perte tissulaire totale
		
Déchirure linéaire ou en lambeau qui peut être repositionnée pour recouvrir le lit de la plaie.	Perte partielle du lambeau qui ne peut pas être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie.	Perte totale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

Image créée par Microsoft 365 Copilot (2025)

²² SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES DÉCHIRURES CUTANÉES DE L'ISTAP, 2018.

Interventions préventives

INTÉGRITÉ DE LA PEAU	POSITIONNEMENT	ENVIRONNEMENT
■ Utiliser un savon avec pH équilibré ainsi qu'une eau tiède.	■ Utiliser une alèse ou des équipements recommandés pour la mobilisation de la personne.	■ Assurer un environnement bien éclairé et libre d'obstacles.
■ Hydrater quotidiennement la peau avec une lotion ou une crème.	■ Positionner la personne de façon à diminuer la friction et le cisaillement.	■ Utiliser des oreillers ou des coussins pour maintenir les membres instables.
■ Ne pas frotter vigoureusement la peau lors des soins d'hygiène.	■ Manipuler la personne avec délicatesse.	■ Recouvrir les ridelles de lit et les parties métalliques des appareils orthopédiques avec de la mousse.
■ Encourager l'hydratation et l'alimentation.	■ Ne pas porter de bijoux pour ne pas blesser la peau de la personne.	■ Encourager le port de vêtements longs.
■ Utiliser un pansement non adhérent sur la peau pour fixer le pansement. ■ Les produits adhésifs sont à éviter : décoller un coin, maintenir les tissus cutanés et tirer parallèlement à la peau.	■ Garder les ongles courts de la personne.	■ Installer et retirer les vêtements de compression avec délicatesse.

Interventions et traitements

- Nettoyer avec NaCl 0,9 %;
- Approximer le lambeau avec les bords de la peau et classer le type de déchirure cutanée;
- Appliquer un plan de traitement selon le type de déchirure cutanée.

PRODUITS	INDICATIONS	TYPES DE DÉCHIRURE	CONSIDÉRATIONS
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.
Protecteur cutané liquide	Sécurise les bords rapprochés de la plaie.	Type 1	■ À utiliser dans les 24 h suivant le trauma; ■ Ensemble pour déchirure cutanée de type 1.
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 jusqu'à 28 jours.
Alginate 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 sèche.	Types 2-3	■ Attention : Macération périlésionnelle possible; ■ Favorise le débridement autolytique des plaies pas ou peu exsudatives; ■ Pansement secondaire nécessaire.
Mousse hydrocellulaire	Exsudat modéré à abondant.	Types 2-3	■ Préférence pour une mousse non bordée ou bordée de silicone.
Interface non adhérente	Plaie sèche ou humide.	Types 1-2-3	■ Retrait atraumatique; ■ Nécessite souvent un pansement secondaire.
Pansement antimicrobien	Présence de signes d'infection.	Types 1-2-3	■ Ne pas utiliser indéfiniment; ■ Contre-indiqué : allergie au produit; ■ Utiliser les versions non adhérentes si possible.

Non recommandé

- Sutures, les agrafes et les bandes adhésives de rapprochement 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 de forte adhérence;
- Les gazes, par leur caractéristique non-semi-occlusive, assèchent le lit de la plaie et ne permettent pas une bonne tenue du lambeau (risque de nécrose).

En présence d'une déchirure cutanée aux membres inférieurs, le risque ou la présence d'œdème périphérique devrait être pris en considération.

14.5.3 PLAIE CHIRURGICALE

Définition

La plaie chirurgicale est une incision cutanée intentionnelle ayant pour but d'ouvrir, de réparer ou de retirer une structure ou un organe.

Facteurs de risque

La cicatrisation de ce type de plaie est reliée à plusieurs facteurs qui peuvent compromettre le processus de cicatrisation : âge avancé, malnutrition, obésité, médication, diabète, immunosuppression, tabagisme, alcool, facteurs chirurgicaux (type d'intervention et techniques utilisées) et facteurs anesthésiques.

Évaluation

Une évaluation et une surveillance du site chirurgicale doivent être effectuées afin de s'assurer d'un processus de cicatrisation normale. Les éléments suivants doivent être évalués, observés et documentés au dossier : la localisation et la longueur de l'incision, la méthode de fermeture utilisée, l'état des berges de la plaie, la qualité et la quantité d'exsudat, la présence ou non de signe infectieux et l'état de la peau environnante.

Types de fermeture

FERMETURES	CARACTÉRISTIQUES	GUÉRISONS
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 empêchent 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.

Retrait des sutures

Des normes de pratiques pour le délai avant le retrait des sutures sont recommandées, mais ne remplacent pas le jugement du professionnel.

SITE ANATOMIQUE	PÉRIODE RECOMMANDÉE
Visage, tête et cou	3 à 5 jours
Cuir chevelu et bras	7 à 10 jours
Haut du corps, membres inférieurs, face dorsale des mains et des pieds	10 à 14 jours
Paume des mains et plante des pieds	14 à 21 jours

Labrecque et Gilbert, 2020

Interventions

- Laisser le pansement opératoire en place minimalement 48 h suivant l'intervention sauf si saturé ou en présence de fuites. La réépithélialisation de l'incision se produit dans les premiers jours;
- Limiter l'irrigation de l'incision avec une pression forte/vigoureuse afin d'éviter l'entrée des microorganismes au niveau de l'incision.

La prise en charge d'une complication au niveau de la plaie chirurgicale nécessite une communication avec le chirurgien. Selon la complication, l'évaluation et le jugement clinique du professionnel, certaines interventions peuvent être effectuées :

- Nettoyer avec NaCl 0,9 %;
- Débrider si indiqué par le chirurgien;
- Mettre en place un plan de traitement selon la complication;
- Combler l'espace mort au besoin : utiliser une mèche ou un pansement en un seul morceau. Ne pas trop combler la cavité pour éviter la compression des bords et du lit de la plaie. Faire dépasser un bout de mèche de la cavité pour faciliter le retrait. Si utilisation de plus d'un morceau, s'assurer du décompte exact à chaque changement de pansement;
- Utiliser un pansement antimicrobien en présence d'infection;
- Recouvrir d'un pansement secondaire selon le niveau de l'exsudat;
- Gérer la douleur.

Complications possibles

Hématome/ sérôme	■ Collection de sang ou de liquide séreux dans les tissus ; ■ Augmentation du risque avec les anticoagulants postopératoires en prophylaxie; ■ Augmente la pression sur les berges de la plaie et peut entraîner une nécrose tissulaire.
Infection	Le risque de développer une infection du site opératoire varie selon le type de chirurgie (colorectale, vasculaire).
Déhiscence	■ Séparation des berges d'une incision chirurgicale qui avait initialement été fermée par des sutures, agrafes ou autre méthode; ■ Séparation partielle ou complète; ■ Profondeur variable.

14.6 BRÛLURES ET ENGELURES

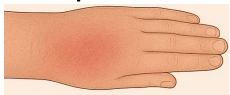
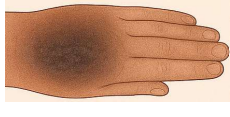
14.6.1 BRÛLURES

Définition

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

Évaluation

Classification des brûlures

BRÛLURES	STRUCTURES ANATOMIQUES ATTEINTES	SYMPTÔMES	ÉVOLUTIONS
1^{er} degré Superficielle 	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.
2e degré Superficielle 	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.
2e degré Profonde 	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).
3e 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.
4e degré 	Atteinte cutanée jusqu'aux structures : 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.

Images créées par Microsoft 365 Copilot (2025)

Estimation de l'étendue des brûlures

Il existe plusieurs méthodes d'estimation de l'étendue d'une brûlure. Celle retenue dans le CIUSSS est la méthode de la paume de la main. Cette méthode s'effectue à l'aide de la grandeur de la main de la personne (paume et doigts), ce qui correspond à 1 % de la surface corporelle. Toute brûlure superficielle de 1^{er} degré doit être exclue de ce calcul.

Interventions

Soins et traitements d'une brûlure thermique

BRÛLURES	INTERVENTIONS
1 ^{er} degré	■ Immerger dans l'eau froide (de 10 à 20 °C) idéalement dans les 30 minutes qui suivent l'accident; ■ Appliquer de la crème hydratante non parfumée plusieurs fois par jour; ■ Administrer des analgésiques afin de contrôler la douleur, au besoin.
2 ^e degré Superficielle de 1 % et moins de la surface corporelle	■ Nettoyer avec NaCl 0,9 %; ■ Appliquer un onguent antibiotique avec tulle gras et gaze stérile à changer chaque jour; ou Appliquer un pansement mousse hydrophile d'argent à changer aux 3 jours; ■ Vérifier le statut vaccinal de la personne (vaccin antitétanique) et se référer au protocole d'immunisation du Québec (PIQ); ■ Administrer des analgésiques afin de contrôler la douleur.
Superficielle de plus de 1 % de la surface corporelle OU 2 ^e degré profond	■ Référence vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée; ■ Nettoyer avec NaCl 0,9 %; ■ Appliquer un onguent antibiotique avec tulle gras et gaze stérile à changer chaque jour; ou Appliquer un pansement mousse hydrophile d'argent à changer aux 3 jours; ■ Vérifier le statut vaccinal de la personne (vaccin antitétanique) et se référer au protocole d'immunisation du Québec (PIQ); ■ Administrer des analgésiques afin de contrôler la douleur.
3 ^e degré 4 ^e degré	■ Transfert au centre des grands brûlés; ■ Couvrir les brûlures avec des compresses stériles humides (éviter le TelfaTM qui rend les plaies très humides et qui n'absorbe pas l'écoulement); ■ Administrer des analgésiques afin de contrôler la douleur.

Complications possibles selon leur localisation

LOCALISATIONS	COMPLICATIONS POTENTIELLES
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).

14.6.2 LES PHLYCTÈNES PAR BRÛLURE

Définitions/interventions

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

Le débridement des phlyctènes demeure un aspect du soin des brûlures qui est encore aujourd'hui controversé et qui n'a pas encore été prouvé scientifiquement de façon indiscutable (Reeves & Chaplain, 2023);

Si la dimension de la phlyctène est supérieure à 0,6 cm, il y a un risque qu'elle se rompt spontanément, que le liquide crée une pression sur les tissus ou entrave le processus de cicatrisation. Il est donc préférable de débrider la phlyctène 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 la personne vers une clinique externe des grands brûlés.

14.6.3 ENGELURES

Définition

Les engelures sont le résultat d'un contact prolongé variable des tissus avec une température sous le point de congélation.

Évaluation

Classification des engelures

ENGELURES	STRUCTURES ANATOMIQUES ATTEINTES	SYMPTÔMES
1 ^{er} degré	Couche superficielle de l'épiderme	Œdème léger, paresthésies (picotements, engourdissement), pâleur ou érythème réversible, douleur modérée au réchauffement. Absence de phlyctènes.
2 ^e degré	Épiderme	Œdème marqué, phlyctènes ou vésicules claires, douleur intense au réchauffement, érythème, peau chaude après réchauffement. Sensibilité généralement conservée.
3 ^e degré	Épiderme et derme	Phlyctènes hémorragiques, œdème important, cyanose persistante, douleur initiale suivie d'hypoesthésie ou d'anesthésie, altération de la circulation sanguine locale, coloration violacée ou bleuâtre.
4 ^e degré	Épiderme, derme et structures sous-jacentes	Nécrose tissulaire, peau noire ou violacée, perte complète de la sensibilité, atteinte vasculaire sévère, gangrène possible, délimitation progressive des tissus non viables, risque élevé d'amputation.

Interventions

Soins et traitements d'une engelure

ENGELURES	INTERVENTIONS
1 ^{er} et 2 ^e degrés	■ Réchauffer la peau en l'immergeant dans l'eau (tiède) afin de rétablir rapidement la circulation sanguine et diminuer les risques d'ischémie tissulaire; ■ Si plaies sèches : Air libre ou compresses sèches; ■ Si plaies humides : Onguent antibiotique, tulle gras et compresse sèche; ■ Si présence de phlyctène ou de nécrose : Ne pas débrider sauf si compromission vasculaire et transférer rapidement (moins de 24 h) afin de diminuer le risque d'amputation; ■ Observer la saturation des zones (doigts et orteils); ■ Éviter le grattage, pour prévenir l'apparition d'ulcères difficiles à cicatriser.
3 ^e et 4 ^e degrés	■ Transférer rapidement la personne (moins de 24 h) vers un centre de grands brûlés.

14.6.4 CRITÈRES DE RÉFÉRENCE ET DE TRANSFERT

RÉFÉRENCE VERS UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE	
■ Engelures; ■ Brûlure chimique; ■ Brûlure électrique;	■ Brûlure thermique; ■ Au visage, au cou; ■ Aux organes génitaux; ■ À un pli de flexion articulaire ou circonférentielle sur un membre ou un tronc.
RÉFÉRENCE VERS UN CENTRE DE GRANDS BRÛLÉS	TRANSFERT VERS UN CENTRE DE GRANDS BRÛLÉS
Brûlures de 2^e degré avec absence de cicatrisation après 14 jours; Engelure de 2^e degré avec présence de phlyctène séreuse de plus de 1 cm²; Brûlure de 2^e degré au visage, mains, pieds, organes génitaux, périnée, articulation.	■ Brûlures de 2^e degré : ■ 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; ■ Brûlures de 3^e et 4^e degré; ■ Brûlures chimiques; ■ Brûlures électriques; ■ Brûlures avec atteintes des voies respiratoires; ■ Engelure de 3^e et 4^e degré.

15 CONTEXTE LÉGAL ET NORMATIF

15.1 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 hauts risques de préjudice, le législateur a voulu préciser le rôle et les responsabilités des principaux intervenants impliqués.

Les activités réservées à l'infirmière

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 infirmier²³ pris en application de la Loi médicale (chapitre M-9, a. 19 b), 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.

Les activités prévues au Code des professions, chapitre C-26, article 37

En vertu de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, le physiothérapeute :

- Utilise des formes d'énergie invasives;
- Prodigue des traitements liés aux plaies.

En vertu de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec, l'ergothérapeute :

- Prodigue des traitements liés aux plaies.

En vertu de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'infirmière auxiliaire :

- 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.

En vertu de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec, la nutritionniste :

- Évalue l'état nutritionnel et détermine un plan de traitement nutritionnel pour maintenir ou rétablir la santé de la peau;
- Surveille l'état nutritionnel et ajuste le plan de traitement nutritionnel selon l'évolution de la plaie.

En vertu du Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes (Loi médicale, chapitre M-9, r. 12.0001) la nutritionniste :

- Prescrit des formules nutritives, des micronutriments, des macronutriments pour favoriser la guérison de la plaie;
- Prescrit des analyses de laboratoire en lien avec son plan de traitement nutritionnel;
- Ajuste l'insuline et les antidiabétiques pour optimiser le contrôle glycémique et la guérison de plaie.

²³ 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.

15.2 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'établissement.

Une pratique en lien avec l'optimisation de l'intégrité de la peau est évaluée :

- C'est une approche interprofessionnelle et collaborative utilisée pour repérer les risques et évaluer les besoins des personnes en matière de prévention en soins de la peau et des plaies. Applicable à toutes les directions, elle permet d'offrir des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la prévention et la guérison, et qui réduisent les cas de morbidité et de mortalité.

15.3 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 doit être déclarée au moyen du formulaire prévu (AH-223).

15.4 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.

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, l'enseignement, les réactions de la personne et les résultats obtenus.

D'autres outils de documentation sont utilisés par les professionnels, notamment le PI, les formulaires de liaison et ceux de référence.

Documentation en soins infirmiers

- Évaluation initiale d'une personne avec une plaie;
- Évaluation et suivi de plaie;
- Plan de traitement infirmier en soins de plaie.

Formulaires d'examens paracliniques :

- Échelle de dépistage des lésions de pression (Braden);
- Échelle de risque de lésions de pression (Braden QD - 0 à 21 ans);
- Dépistage des maladies vasculaires périphériques.

15.5 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 en considérant les 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'emmagasiner les photographies sur des clés USB ou tout autre support amovible, et leur transmission n'est pas autorisée par les réseaux sociaux, les sites de partage de document (iCloud, Dropbox, etc.) ou les messages textes.

Les principes à respecter lors de la prise de photographies

- S'assurer que le formulaire de consentement est signé;
- S'assurer que l'éclairage est suffisant;
- Prendre une première photographie à une distance permettant de situer la plaie anatomiquement;
- Utiliser une réglette de papier pour référence à une échelle et l'identifier par la date et le numéro de dossier de la personne;
- Indiquer la présence d'un sinus à l'aide d'une tige montée introduite dans la plaie;
- 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;
- Déposer la photographie dans une zone sécurisée;
- Effacer la photographie de l'appareil.

16 MESURES DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME

L'évaluation du programme s'effectue selon les trois critères suivants : mesurer l'implantation du programme, vérifier la fidélité à la mise en œuvre du programme, analyser l'efficacité des interventions réalisées.

Mesurer l'implantation du programme

- Suivre le taux de formation du personnel par titre d'emploi, type de formation;
- Mesurer le degré de satisfaction et l'appropriation des connaissances des utilisateurs via des sondages.

Vérifier la fidélité à la mise en œuvre du programme

- Réaliser des audits de dossiers pour évaluer la conformité des pratiques cliniques au programme (données d'évaluation, plan de traitement, analyse du suivi...);
- Confirmer la référence au bon professionnel;
- Réaliser l'échelle de Braden ou Braden QD aux bons moments.

Analyser l'efficacité des interventions réalisées

- Suivre le nombre de lésions de pression de stade 2 à 4 (incluant LTP) via les déclarations AH-223;
- Déterminer si les pratiques implantées produisent les résultats attendus.

17 RÔLES ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES

Direction des soins infirmiers et de la santé physique

- Diriger le comité de rédaction et de révision du programme;
- Rédiger et réviser le programme;
- Élaborer et soutenir 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 de santé et de services sociaux

- Participer au comité de rédaction et de révision du programme;
- Contribuer à la rédaction et à la révision du programme;
- Contribuer à l'élaboration et au soutien 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 médicale et des services professionnels

- S'assurer des consultations auprès du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femme (CMDPSF);
- S'assurer de la participation active des membres de la direction 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 clientèle

- Assurer l'application du programme;
- Assurer le suivi des recommandations suivant tout constat issu de l'évaluation de l'efficacité du programme.

CONCLUSION

La mise en application d'un programme avec une méthodologie rigoureuse peut nous donner des résultats prometteurs dans la prévention et les 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.

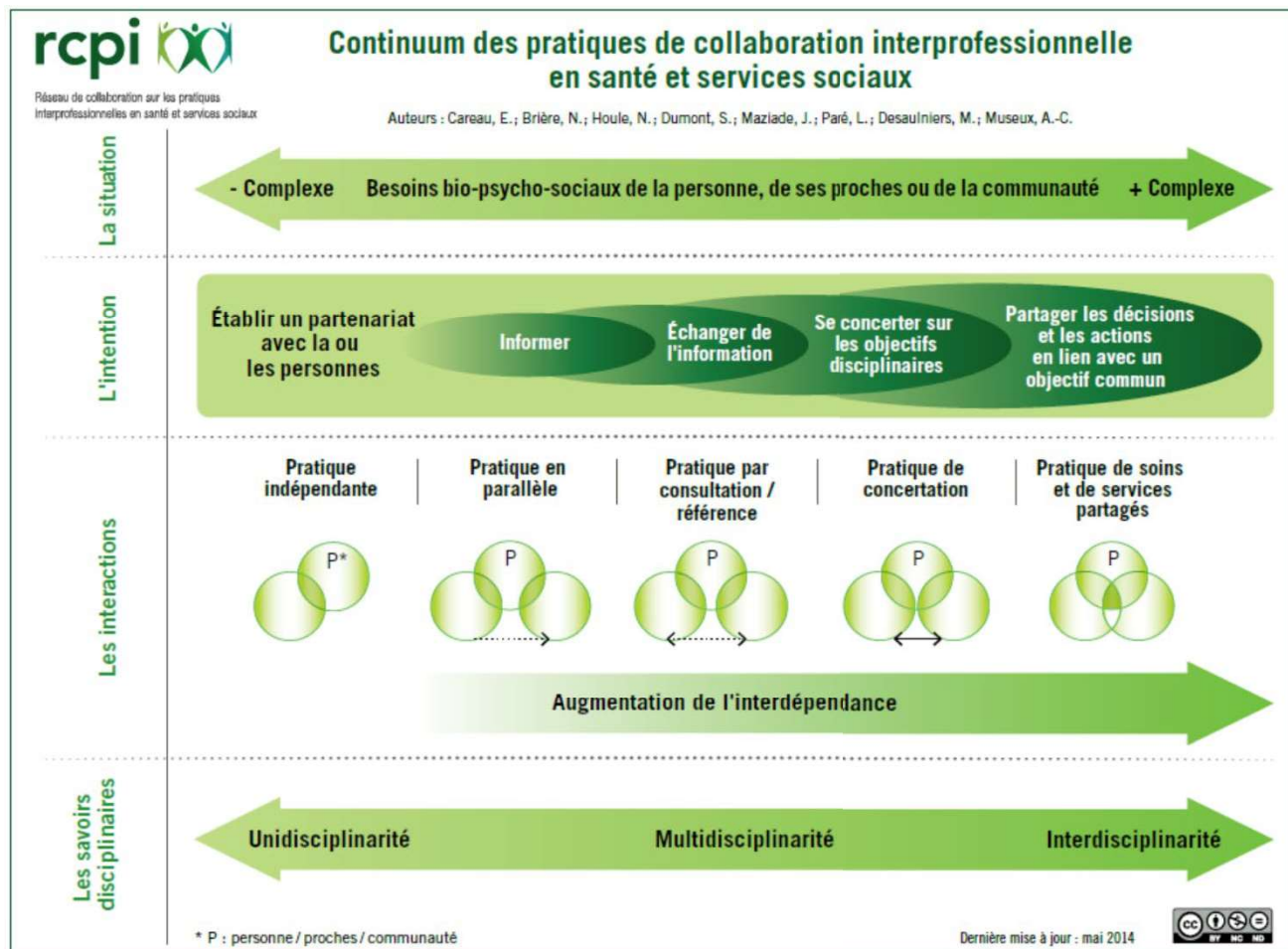
La prévention et le traitement des plaies évoluent constamment. Au fil des ans, de nouvelles pratiques sont adoptées afin d'offrir des soins effectifs et de qualité à la clientèle du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

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

ANNEXES

1. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux
2. Processus d'amélioration continue
3. Guide d'utilisation des produits en soins de la peau
4. Tableaux des compressions élastiques et inélastiques
5. Classification de l'université du Texas et pourcentage du risque d'amputation associé
6. Positionnement et changement de position
7. Choix d'une surface thérapeutique
8. Ajustement de la pression dans une surface à air (coussin ou matelas)
9. Modalités adjuvantes en physiothérapie et en oxygénothérapie
10. Exemples d'outils de dépistage nutritionnel validés
11. Recommandations nutritionnelles spécifiques en contexte de plaies (destinées aux nutritionnistes)

ANNEXE 1 - CONTINUUM DES PRATIQUES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



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.

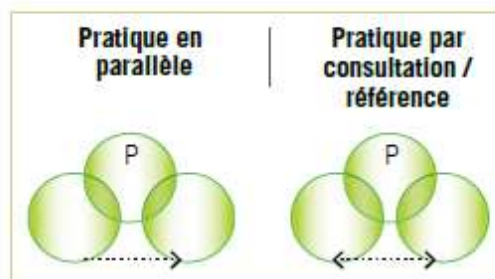
L'infirmière constate, lors d'un autre rendez-vous de suivi, que malgré l'enseignement effectué sur l'utilisation des bandages de compression et l'engagement de madame envers le plan de traitement suggéré par le médecin, l'œdème ne semble pas diminuer.

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.

ANNEXE 2 - PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE

Optimiser l'intégrité de la peau est la pratique organisationnelle requise (POR) en lien avec la prévention et les soins de la peau et des plaies.

L'équipe participe au programme de l'établissement visant à optimiser l'intégrité de la peau fondé sur des données probantes.

Test(s) de conformité

- L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.
- L'équipe suit la procédure organisationnelle pour s'assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour la personne dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.
- L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisés de la personne.
- L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.
- L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.
- L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.

ANNEXE 3 - GUIDE D'UTILISATION DES PRODUITS EN SOINS DE 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. Shampooing : ■ Appliquer sur les cheveux humides et rincer abondamment.
	Sproam® Nettoyant sans rinçage pour le corps, les cheveux et les soins d'incontinence. Tirer l'embout pour la mousse. Pousser l'embout pour le vaporisateur.	Bain au chevet et soins d'incontinence : ■ Appliquer sur une débarbouillette humide et chaude, nettoyer doucement la peau et sécher en épongeant délicatement. Shampooing 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.
	Lingette EasiCleanse® Lingette nettoyante sans rinçage pour le corps et les soins d'incontinence.	Appliquer de l'eau tiède sur la lingette; Faire mousser entre les mains; Nettoyer doucement la région et sécher en épongeant délicatement.

	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.

	PRODUIT	MODE D'EMPLOI
PROTÉGER	Baza Cleanse & Protect® Nettoyant SANS rinçage, hydratant et protecteur tout-en-un 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.	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 au besoin. Ne pas tenter de faire pénétrer dans la peau.
	Baza® Protect II Barrière protectrice à base d'oxyde de zinc et de diméthicone.	Appliquer la barrière cutanée lorsqu'il y a des indicateurs persistants d'irritation. Répéter au besoin.

ANNEXE 4 - TABLEAUX DES COMPRESSIONS ÉLASTIQUES ET INÉLASTIQUES

Systèmes de compression élastique

Les systèmes de compression élastique sont faits de fibres élastiques qui ont la capacité de s'étirer au double de sa longueur. La pression exercée sur le membre présente peu de variation entre le repos et le travail.

TYPE	INDICATION	CONSIDÉRATION CLINIQUE
Bas de compression à degré variable : ■ 20-30 mmHg; ■ 30-40 mmHg; ■ 40-50 mmHg; ■ 50-60 mmHg.	Selon le résultat de l'IPSCB, pour le traitement de : ■ Insuffisance veineuse; ■ Ulcère veineux/récidive; ■ Ulcère veineux réfractaire; ■ Lymphœdème.	Selon le degré de compression, des aides techniques existent pour faciliter la mise en place par la personne. L'adhérence/compliance peut être un facteur. Doit être remplacé tous les 3 à 6 mois selon les recommandations du fabricant. Application par un non-professionnel après enseignement.
Système multicouche : ■ 20-30 mmHg; ■ 30-40 mmHg; ■ Ex. : Comprifore, Profore.	Traitement des ulcères veineux.	La mesure de la cheville est nécessaire avant chaque utilisation pour le suivi. Peut être porté jusqu'à 7 jours.

Systèmes de compression inélastique

Les systèmes de compression inélastiques ne contiennent peu ou pas de fibres élastiques. La longueur se modifie très peu lorsqu'étirée à son maximum. La pression exercée au membre est faible au repos et plus élevée au travail. Ce type de compression est habituellement mieux toléré.

TYPE	INDICATION	CONSIDÉRATION CLINIQUE
Bandage 2 couches : ■ Jobst® Compri 2; ■ Jobst® Compri 2 Lite; ■ 3M Coban®; ■ 3M Coban Lite®; ■ Comprilan®.	Traitement des ulcères veineux ou mixtes 20-30 mmHg; 30-40 mmHg.	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. Peut être porté jusqu'à 7 jours. Application par une personne qualifiée. Une couche d'ouate protectrice doit être appliquée. Usage unique.

Système de compression inélastique (suite)

TYPE	INDICATION	CONSIDÉRATION CLINIQUE
Bande tissée imprégnée : ■ Viscopaste (oxyde de zinc); ■ Ichthopaste (oxyde de zinc et ichtyolammonium).	Traitement des ulcères veineux ou mixtes. Soulagement des irritations cutanées.	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®, Circaid®, Farrow Wrap®.	Traitement des ulcères veineux ou mixtes : ■ 20-30 mmHg; ■ 30-40 mmHg; ■ 40-50 mmHg.	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.

Sources :

St-Cyr, Diane. Traitement des ulcères veineux, la thérapie de compression, Perspective infirmière, mars-avril 2013, vol 10, no 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 l'ulcère est guéri, la prévention des récurrences est essentielle. La personne à risque ou celle qui a souffert d'un ulcère veineux doit intégrer à son mode de vie le port d'une compression. 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 de compression, ceux-ci devront être d'un degré supérieur.

BAS DE COMPRESSION	
Type de bas élastique	■ Le choix doit être effectué en fonction de la morphologie et des dimensions du membre inférieur.
Application	■ Il doit être enfilé avant le lever et porté jusqu'au coucher.
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.
Bandage tubulaire (tubigrip, tensogrip ou autre)	■ Ne remplace pas le bas ou le bandage de compression. Ne procure pas une compression dégressive sur le membre.

ANNEXE 5 - CLASSIFICATION DE L'UNIVERSITÉ DU TEXAS ET POURCENTAGE DU RISQUE D'AMPUTATION ASSOCIÉ

C L A S S E	DEGRÉS				
		0	1	2	3
	A	État du pied en phase préulcération ou post-ulcération (ulcère complètement épithélialisé).	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os.	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire.	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation.
		0A 0 %	1A 0 %	2A 0 %	3A Non défini
	B	État du pied en phase préulcération ou post-ulcération (ulcère complètement épithélialisé), avec infection.	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os avec infection.	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire, avec infection.	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation, avec infection.
		0B 12,5 %	1B 8,5 %	2B 28,6 %	3B 100 %
	C	État du pied en phase préulcération ou post-ulcération (ulcère complètement épithélialisé), avec ischémie.	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os, avec ischémie.	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire, avec ischémie.	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation, avec ischémie.
		0C 25 %	1C 20 %	2C 25 %	3C 100 %
	D	État du pied en phase préulcération ou post-ulcération (ulcère complètement épithélialisé), avec infection et ischémie	Ulcère superficiel qui n'atteint pas le tendon, la capsule articulaire ou l'os, avec infection et ischémie.	Ulcère qui pénètre jusqu'au tendon ou à la capsule articulaire, avec infection et ischémie.	Ulcère qui pénètre jusqu'à l'os ou à l'articulation, avec infection et ischémie.
		0D 50 %	1D 50 %	2D 100 %	3D 100 %

Sources : Reeves, I. & Chaplain, V. (2023) Pratiques exemplaires en soins des plaies : de novice à expert, Tome 1. Presse de l'Université Laval, Québec, page 820.

ANNEXE 6 - POSITIONNEMENT ET CHANGEMENT DE POSITION

POSITIONNEMENT À PRIVILÉGIER AU LIT POUR LES PERSONNES À RISQUE DE LÉSION DE PRESSION

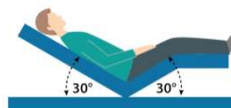
En latéral :

- Angle de 30 degrés avec la surface maintenu par un coussin derrière le dos.
- Stabiliser le corps et les membres à l'aide de coussins de positionnement.
- Au besoin, protéger les talons, chevilles et genoux à l'aide de coussins entre les jambes.



Sur le dos :

- La position sur le dos entraîne généralement du cisaillement au niveau du sacrum et du coccyx. Elle est à éviter pour les personnes à haut risque de plaies.
- Garder la tête de lit basse, sous les 30 degrés d'élévation autant que possible.
- Lever le pied de lit en même temps ou avant la tête du lit pour limiter le glissement.
- Soulever les talons, en soutenant la jambe, du genou jusqu'au tendon d'Achille, à l'aide d'un coussin en biseau ou d'un oreiller.
- Réserver les périodes en position semi-assise aux périodes d'activités (repas, télé, lecture, conversations, etc.).
- En cas de mouvements répétitifs, protéger les talons de la friction en utilisant une surface glissante ou une double épaisseur de tissu.



CHANGEMENTS DE POSITION :

- Faire participer la personne autant que possible. Faire des rappels si elle a la capacité de se retourner elle-même.
- Éviter que la peau frotte sur la surface, utiliser les équipements nécessaires (draps de glissement, piqués, etc.).
- La fréquence des changements de position est convenue avec la personne et ses proches. De manière générale, un retournement toutes les 2 heures est recommandé.

POINTS DE VIGILANCE

Porter attention aux éléments ou accessoires qui pourraient se trouver entre la personne et la surface du matelas, par exemple : les bandes de détection de mouvements, les épaisseurs supplémentaires de piqués, tubulures, etc. Éviter de coucher la personne dans une position ou sur le côté du corps où la lésion est en contact avec la surface.

POSITIONNEMENT À PRIVILÉGIER AU FAUTEUIL ²⁴

Choisir un fauteuil qui permet d'avoir :

- Les fesses au fond du siège et le dos en appui;
- Toute la longueur de la cuisse et les fesses en contact avec le coussin;
- Les pieds en appui sur le sol ou sur les appuis-pieds;

Utiliser les éléments de positionnement recommandés (coussin personnalisé, supports au tronc, etc.).

Pour une position de repos, basculer le fauteuil (incluant l'assise) vers l'arrière, plutôt que d'incliner seulement le dossier. Éviter de laisser la toile de lève-personne sous une personne à risque élevé ou avec une lésion de pression, à moins que celle-ci soit conçue pour cela.



CHANGEMENT DE POSITION

Encourager ou assister la personne pour des relâchements de pression :

- En se levant debout;
- En soulevant les fesses par poussées des membres supérieurs (push-up);
- En se penchant vers l'avant ou les côtés pour effectuer un transfert de poids;
- En basculant le fauteuil complètement vers l'arrière.

La fréquence des relâchements de pression est convenue avec la personne en fonction de ses objectifs et du contexte. Des relâchements de pression à toutes les 10 minutes pour 30 secondes sont généralement recommandés.



POINTS DE VIGILANCE

S'assurer que l'assise du fauteuil n'est pas trop étroite pour éviter la pression aux grands trochanters;
Éviter de pencher seulement le dossier du fauteuil vers l'arrière, mais effectuer une bascule complète du fauteuil;
Dans un contexte de prévention et de plaies, éviter les fauteuils inclinables (ex. : La-Z-Boy®, autosouleveur), car ils augmentent la friction et le cisaillement;

Le cas échéant, s'assurer que le coussin thérapeutique est bien installé et en bonne condition (ex. : quantité d'air, état de la mousse, sens du coussin).

²⁴ National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Preventing Pressure Injuries in Seated Individuals. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition. Emily Haesler (Ed.). 2025. [cited: **download date**]. Available from: <https://internationalguideline.com>.

ANNEXE 7 - CHOIX D'UNE SURFACE THÉRAPEUTIQUE

Redistribution de la pression

Les surfaces thérapeutiques permettent de répartir sur une plus grande surface corporelle la pression exercée sur le corps de la personne, réduisant ainsi la concentration sur les proéminences osseuses où les lésions de pression se développent généralement.

De façon générale, on distingue deux catégories de surfaces thérapeutiques :

Surface réactive

- Répartit la pression selon le poids de la personne;
- La surface est statique, c'est-à-dire que la répartition de la pression demeure la même tant que la personne ne bouge pas;
- Peut-être motorisée ou non.

Surface active

Modifie la pression de façon dynamique, même lorsque la personne est immobile. Fonctionne avec une motorisation (ex. : alternance, pulsation).

Réduction du cisaillement

Certains matériaux (gel, mousse viscoélastique, microfluides) permettent un léger glissement du corps, diminuant la traction sur la peau et ainsi, les forces de cisaillement. Aussi, les housses extensibles ou à faible friction accompagnent les mouvements corporels et réduisent les forces de cisaillement à l'interface peau-surface.

Gestion du microclimat

Certaines surfaces intègrent des caractéristiques visant à évacuer l'humidité et contrôler la température à la surface de la peau. Par exemple :

- Housses respirantes ;
- Matériaux absorbants ;
- Faible perte d'air (ex. : *low air loss*).

Étape 1 : En fonction des résultats de l'échelle de Braden et des facteurs de risque identifiés, sélectionner le niveau de performance nécessaire pour une surface thérapeutique :

		CAPACITÉ À CHANGER DE POSITION (Score Mobilité sur l'échelle de Braden)		
		Autonome (4)	Assistance partielle (2-3)	Assistance totale (1)
RISQUE DE DÉVELOPPER UNE LÉSION DE PRESSION (Score total échelle de Braden)	Risque léger (score 15 ou plus); ou Changements à la peau probablement dus à la pression.	Surface préventive	Surface préventive	Surface préventive
	Risque modéré (score 13-14); ou Une plaie de pression qui peut être dégagée du matelas.	Surface préventive	Surface thérapeutique intermédiaire	Surface thérapeutique intermédiaire
	Risque élevé (score 10 à 12); ou Une plaie de pression et des changements à la peau à d'autres localisations.	Surface thérapeutique intermédiaire	Surface à haute performance	Surface à haute performance
	Risque très élevé (score 9 ou plus); ou Plusieurs plaies de pression ou; Une plaie qui ne peut être dégagée de la pression.	Surface à haute performance	Surface à haute performance	Surface à haute performance

Étape 2 : En fonction des facteurs de risque identifiés, certaines caractéristiques sont à rechercher

SOUS-SCORE ÉCHELLE DE BRADEN OU FACTEUR DE RISQUES	CARACTÉRISTIQUE RECHERCHÉE
Score humidité 1 ou 2	Gestion du microclimat, ex. : faible perte d'air.
Score activité 2, 3 ou 4	Bordures fermes pour permettre des transferts sécuritaires.
Score friction et cisaillement 1 ou 2	Housse et matériau qui suivent les mouvements du corps, gestion du cisaillement.

Étape 3 : Dans la catégorie de surface thérapeutique identifiée à l'étape 1, sélectionner le type de surface en fonction des particularités et des mises en garde.

TYPES DE SURFACES PRÉVENTIVES			
Matériaux	Particularités	Mises en garde	Exemples ²⁵
Mousse avec propriétés de redistribuer la pression.	Généralement confortable et peu d'inconvénients; Constitué de couches de mousse avec différentes propriétés; De façon générale, plus la couche de viscoélastique est épaisse, plus la surface est performante.	Les mousses s'affaissent avec le temps et sont moins efficaces; L'épaisseur et l'enveloppement de la couche de viscoélastique peuvent nuire à la mobilité et aux transferts.	

²⁵ Les exemples sont issus de l'entente globale sur les surfaces d'appuis du Centre d'acquisitions gouvernementales. Les différents milieux sont invités à compléter leur propre tableau avec les modèles qu'ils ont en inventaire.

TYPES DE SURFACES THÉRAPEUTIQUES INTERMÉDIAIRES			
Matériaux	Particularités	Mises en garde	Exemples
Surfaces hybrides avec mousse et insertions de gel, d'élastomère, de silicone ou d'air (réactive).	Confortables; Plusieurs permettent de gérer le cisaillement; Aucun ajustement.	Peuvent nuire à la mobilisation et aux transferts, lorsque dépourvus de bordures fermes.	Mensa (Leika); AtmosAir 9000 (ARJO); AtmosAir Velaris (sans la pompe).
Section de cellules d'air encastrée dans une surface de mousse (réactive).	Action de redistribution de la pression pour une section du corps spécifique.	Nécessite une surveillance de la pression d'air; Attention à l'effet garrot à l'interface entre les 2 types de matériaux.	Roho-OSS.

TYPES DE SURFACES HAUTE PERFORMANCE			
Matériaux	Particularités	Mises en garde	Exemples
Cellules d'air sans motorisation (surface totale)	Confortable pour les personnes.	- Ajustements de la pression d'air peuvent être nécessaires; - Difficultés à la mobilisation et aux transferts possibles.	
Cellules d'air avec motorisation (mode statique et/ou faible perte d'air)	La motorisation permet un ajustement constant de la pression d'air dans les cellules.	- Nécessite de l'électricité en continu; - Ajustements de la pression d'air peuvent être nécessaires.	
Viscofluide	Grande capacité d'immersion et d'enveloppement; Offre une bonne gestion de la friction et du cisaillement.	- Matériau très lourd; - Difficultés à la mobilisation et aux transferts possibles; - Peut occasionner une impression de mouvement.	Rik
Cellules d'air à alternance de pression (Surface active)	Les cellules se gonflent et se dégonflent de façon cyclique et alternée, dégageant temporairement la pression; La durée, la fréquence et l'amplitude des cycles peuvent varier.	- Nécessite de l'électricité en continu; - Difficultés à la mobilisation et aux transferts possibles; - Peuvent être inconfortables ou nuire au sommeil;	
Cellules d'air pulsé (Surface active)	Les cellules se gonflent et se dégonflent de façon à provoquer l'effet d'une vague des pieds aux épaules; Peut favoriser la circulation et contribuer à la gestion de l'œdème.	- Contreindiquées en cas de fracture instable, de métastases osseuses ou d'agitation et de délirium; - Soins palliatifs/cachexie : avec analyse approfondie seulement.	

ANNEXE 8 - AJUSTEMENT DE LA PRESSION DANS UNE SURFACE À AIR

VÉRIFICATION MANUELLE DU NIVEAU D'AIR DANS UN COUSSIN D'AIR (COUSSIN À BULLES D'AIR)

Glisser la main entre le coussin et la personne et localiser les saillies osseuses les plus basses;
Utiliser l'épaisseur des doigts pour mesurer l'espace entre la personne et le fond du fauteuil : la distance recommandée entre la saillie osseuse la plus basse et la base du coussin est de 1,5 à 2,5 cm (0.5 à 1 pouce), c'est-à-dire juste assez pour bouger légèrement les doigts.

Surgonflé :

- Il n'y a pas d'immersion dans le coussin, l'espace entre la personne et le siège est > 1 pouce :



Sous-gonflé :

- Impossible de glisser les doigts, l'espace entre la personne et le siège est minimal :



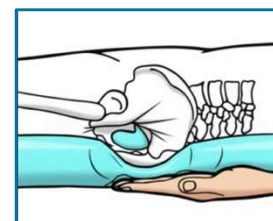
Correctement gonflé :

- La personne est bien soutenue par le coussin, il est possible de bouger légèrement les doigts :



VÉRIFICATION MANUELLE DU NIVEAU D'AIR DANS UN MATELAS D'AIR.

- Glisser une main, entre le matelas et la personne.
- Attention ! Ne vous appuyez pas sur la surface et ne relevez pas le côté, cela pourrait fausser la lecture.
- Localiser les saillies osseuses les plus basses, généralement au bassin ou aux hanches.
- Utiliser l'épaisseur des doigts pour mesurer l'espace entre la personne et le fond du matelas. La distance généralement recommandée est de 1,5 à 2,5 cm (0,5 à 1 pouce), c'est-à-dire juste assez pour bouger légèrement les doigts.
- Répéter la vérification pour chacune des positions habituelles de la personne. Porter une attention particulière à la position semi-assise au lit : les ischiens doivent être supportés par le matelas et ne pas toucher le fond.



AJUSTEMENT DE LA PRESSION D'AIR

Surface sans moteur :

- Libérer la surface de toute pression (la personne ne doit pas être positionnée dessus);
- Insérer la valve dans une pompe manuelle et dévisser la valve;
- Ajouter de l'air jusqu'à ce que la surface soit ferme. Refermer la valve;
- Installer la personne sur la surface et glisser la main sous les proéminences osseuses;
- Laisser échapper de l'air par la valve jusqu'à avoir la distance recommandée entre les ischiens et le fond.

Surface avec moteur :

- Voir le manuel d'utilisation.

ANNEXE 9 - MODALITÉS ADJUVANTES EN PHYSIOTHÉRAPIE ET EN OXYGÉNOTHÉRAPIE

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'ultrason (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 de l'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. 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.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS

INDICATION	CONTRE-INDICATION		PRÉCAUTION
Stimulation électrique (<i>high voltage pulsed current</i>)	Très appropriée pour : ■ Lésion 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; ■ Dysrèflexie autonome.
Ultrason pulsé	Approprié pour : ■ Lésion 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 : ■ Lésion de pression; ■ Tous types de plaie non infectée.	■ Plaie infectée en croissance; ■ Implant métal, enceinte stimulateur cardiaque, (distance de 5 mètres) implant électronique - Parties génitales. ■ Cancer; ■ Désordre vasculaire; ■ Hémorragie ischémique; ■ Épiphyse; ■ Femme; ■ Yeux.	■ Ulcère diabétique; ■ Ulcère artériel; ■ Ulcère veineux.
Oxygène hyperbare topique simplifié (thbo)	Très approprié pour : ■ Lésion de pression; ■ Ulcère veineux. Approprié pour : ■ Plaies infectées; ■ Ulcères diabétiques; ■ Brûlure; ■ Postchirurgie (greffe/lambeaux/dé hiscence postamputation).	■ Thrombophlébite aiguë.	■ Risque de toxicité cellulaire (respecter le repos biologique); ■ Bactéries <i>Pseudomonas</i>; ■ Plaie préalablement débridée; ■ Risque de toxicité augmenté en présence d'un ulcère diabétique; ■ Ulcère artériel.

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 : Alternier 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).	■ 30 à 60 minutes; ■ Plus long=plus efficace; ■ Selon la tolérance de la personne.
Bipolaire	■ 2 électrodes 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 la tolérance de la personne.

Ultrason (US)

Fréquence recommandée :

- En aigu, davantage de traitements pour une courte période;
- En chronique moins de traitements par semaine pour une plus longue période;
- Si aucune évolution : Essai d'ultrasons tous les 2 jours;
- Effectuer 14 traitements 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; ■ Appliquer une pression très légère et déplacer la tête de l'appareil sur toute la surface affectée selon des mouvements lents, continus et multidirectionnels -Maintenir une vitesse de déplacement d'environ 4 cm/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 60 secondes; ■ 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 (remodelage)	■ 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.
	Dyathermie pulsée thermique : ■ Augmente l'activité métabolique cellulaire, le flux sanguin et l'extensibilité du collagène.	Prolifération	Pulsé ou continu; Chaleur modérée et confortable	■ Durée et fréquence élevée; ■ De 20 à 30 minutes, 1 fois par jour.
		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	O2	DURÉE
■ La peau doit être propre, pas de résidu. ■ La plaie doit avoir été débridée.	Utiliser un sac pour obtenir un dispositif 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.

ANNEXE 10 - EXEMPLES D'OUTILS DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL VALIDÉS^{26,27}

OUTIL DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL	POPULATION/CLIENTÈLE CIBLÉE
Outil Canadien de Dépistage Nutritionnel (OCDN) OCDN en couleur	Adultes hospitalisés.
Mini Nutritional Assessment (version courte) (MNA®-SF) MNA en français Disponible en plusieurs langues https://www.mna-elderly.com/mna-forms	65 ans et plus, dans tous les contextes de soins (communautaire, hospitalier, hébergement).
Self-Mini Nutritional Assessment (MNA®-autodépistage) MNA autodépistage par l'utilisateur en français	65 ans et plus, dans tous les contextes de soins (communautaire, hospitalier, hébergement).
Screen®-3 (3 questions) <i>(Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition)</i> Screen-3 étendu Version française Screen®-8 (8 questions) Screen-8 Version française Screen®-14 étendu (14 questions) Screen-14 Version française Disponible en anglais également : Lien vers version anglaise	Personnes âgées vivant à domicile (55 ans et plus).
MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) Questionnaire MUST en français Disponible en plusieurs langues The 'MUST' Toolkit BAPEN	Adultes dans tous les contextes de soins (communautaire, hospitalier, hébergement).
STRONGkids STRONGkids en français	Clientèle pédiatrique hospitalisée : enfants de 1 mois à 18 ans.
Outil de dépistage nutritionnel pédiatrique (PNST) PNST en français	Clientèle pédiatrique hospitalisée : enfants de 16 ans ou moins.

²⁶ Wounds Canada (Canadian Association of Wound Care). 2025. Best Practice Recommendations for Skin Health and Wound Management 2025. Nutrition for Wound Prevention and Management for Dietitians (Adults) P.50 <https://www.woundscanada.ca/doclink/bpr-final-2025-ebook/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWUiOiJicHltZmluYWwtMjAyNS1Ym9vayIsImh0dCI6MTczOTIwMzU3OSwiZXhwIjoxNzY1MjU0OTUwmal>

²⁷ Groupe de travail canadien sur la malnutrition [GTCM]. (s.d.) *Guide : Outils de dépistage nutritionnel chez les personnes âgées vivant à domicile*. Disponible au : https://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Pathways/Outils_de_de%CC%81pistage_nutritionnel_pour_les_personnes_a%CC%82qe%CC%81es.pdf

ANNEXE 11 - RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES SPÉCIFIQUES EN CONTEXTE DE PLAIES (DESTINÉES AUX NUTRITIONNISTES)

Plaies Canada/Wounds Canada a mis à jour ses lignes directrices en 2025 et a consacré une annexe spécifique à l'intervention nutritionnelle en contexte de plaie **chez l'adulte** (excluant la grossesse et l'allaitement)²⁸. Un sous-comité de diététistes-nutritionnistes a émis des recommandations sur les bonnes pratiques à adopter par les nutritionnistes en contexte de plaies. Les recommandations émises s'appliquent pour tous les types de plaies, sauf pour les brûlures excédant 10 % de la surface corporelle pour lesquelles des interventions spécialisées en nutrition sont requises.

L'application de ces lignes directrices étant générale, ces dernières doivent être ajustées et individualisées selon les objectifs du plan de traitement nutritionnel, les comorbidités, la tolérance et l'acceptation de l'intervention nutritionnelle par la personne. Certaines informations sont également issues de formations récentes sur les plaies en nutrition et de documents en soutien à la prescription des nutritionnistes.

Les sections suivantes servent à guider les interventions nutritionnelles, mais le jugement clinique de la nutritionniste prime.

L'évaluation des besoins et les recommandations nutritionnelles **en pédiatrie** doivent être ajustées en fonction des formules de calcul des besoins et des apports nutritionnels de référence (ANREF)²⁹ adaptés pour l'âge et le sexe ainsi que pour la croissance normale, mais les considérations cliniques de la nutritionniste restent sensiblement les mêmes.

Pour des informations complémentaires ou plus spécifiques à certaines clientèles (pédiatrie, néonatalogie, soins intensifs, blessure médullaire, etc.), consultez les lignes directrices internationales publiées en 2025³⁰.

²⁸ Wounds Canada (Canadian Association of Wound Care). (2025). *Best Practice Recommendations for Skin Health and Wound Management 2025*. P.55-61 https://www.woundscanada.ca/doclink/bpr-final-2025-ebook/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWwiOiJicHltZmluYWwtMjAyNS1Ym9vayIsImVudCI6MTczOTIwMzU3OSwiZXhwIjoxNzU5MjQ5OTc5fQ.mal_aOXlNJ-RJh9GVBM_xOyv7opUCErzbSm7mdivb3eQ

²⁹ Santé Canada. (2023). *Tableau des Apports nutritionnels de référence : Aperçu*, Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/apports-nutritionnels-reference/tableaux.html>

³⁰ National Pressure Injury Advisory Panel[NPIAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2025). *Nutrition in Pressure Injury Prevention*. In: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. The International Guideline: Fourth Edition. Emily Haesler (Ed.). Disponible en ligne : <https://internationalguideline.com>

SECTION 1 : ÉVALUATION DES BESOINS EN ÉNERGIE

Recommandation quotidienne en présence de plaies ou de malnutrition/risque de plaies	Fournir de 30 à 35 kcal par kg de poids corporel ■ (Utiliser la formule Mifflin St-Jeor pour le métabolisme de base ou le poids ajusté si IMC > 30 kg/m² ou 11-14 kcal/kg de poids actuel).
Considérations cliniques	■ Ajuster les besoins en énergie en tenant compte de la condition médicale (malnutrition, perte de poids non intentionnelle, maladie inflammatoire en phase aiguë, situation catabolique, blessure médullaire) et du niveau d'activité; ■ 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; ■ Une libéralisation des régimes thérapeutiques devrait être considérée, si les restrictions alimentaires entraînent une baisse de la prise alimentaire et liquidienne; ■ Envisager une alimentation enrichie en énergie ou un supplément nutritionnel oral riche en calories (et protéines), si les besoins ne peuvent être comblés par les apports alimentaires; ■ Attention, l'hyperalimentation et la surcharge énergétique pourraient conduire à des hyperglycémies, l'immunosuppression ou l'hyperventilation, ce qui pourrait nuire à la guérison des plaies.

SECTION 2 : ÉVALUATION DES BESOINS EN PROTÉINES

Recommandations quotidiennes en présence de plaies ou de malnutrition/risque de plaies	■ Fournir de 1,25 à 1,5 g de protéines par kg de poids corporel (utiliser le poids ajusté pour évaluer les besoins protéiques si IMC > 30 kg/m²); ■ Ajuster les besoins en protéines en fonction du stade de la plaie et du nombre de plaies : ○ Fournir de 1,5 à 2 g de protéines par kg de poids corporel si plaie de stade 3 et 4 ou si plaies multiples ou si état hypercatabolique³¹.
Considérations cliniques	■ Calculer les besoins en protéines en fonction du stade de la plaie, de sa superficie, de la perte azotée liée à l'exsudat, de la présence ou non de plaies multiples, d'une thérapie à pression négative (TPN), de l'état nutritionnel, des autres maladies et de la tolérance aux interventions nutritionnelles; ■ Viser un bilan azoté positif³²; ■ Considérer les fonctions rénales et hépatiques afin de bien évaluer si des apports élevés sont appropriés; ■ Assurer la répartition protéique dans la journée afin de favoriser leur utilisation optimale et le maintien de la masse musculaire^{33,34}; ■ Assurer une hydratation optimale, car un apport élevé en protéines peut contribuer à la déshydratation particulièrement chez la personne âgée; ■ Envisager une alimentation enrichie en protéines (et calories) ou un supplément nutritionnel oral riche en protéines (et calories), si les besoins ne peuvent être comblés par les apports alimentaires; ■ De nouvelles données probantes démontrent une possible amélioration de la guérison de plaies de pression lors de l'utilisation de suppléments nutritionnels oraux contenant de l'arginine (3-9g)^{35,36}.

³¹ Lages Rodrigues A. et Deaconu C. (2021). *Prévenir et guérir les lésions de pression : volet nutrition*. Formation en ligne. (non accessible au public)

³² 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, no 4, p. 175-188.

³³ Farsijani S, Morais JA, Payette H, Gaudreau P, Shatenstein B, Gray-Donald K, Chevalier S. (2016). Relation between mealtime distribution of protein intake and lean mass loss in free-living older adults of the NuAge study. *Am J Clin Nutr*. 104(3):694-703. doi: 10.3945/ajcn.116.130716. Epub 2016 Jul 27. PMID: 27465379.

³⁴ Arentson-Lantz E, Clairmont S, Paddon-Jones D, Tremblay A, Elango R. (2015). Protein: A nutrient in focus. *Appl Physiol Nutr Metab*. 40(8):755-61. doi:10.1139/apnm-2014-0530. Epub 2015 Jul 22. PMID: 26197807.

³⁵ Liu P, Shen WQ, Chen HL. (2017). Efficacy of arginine-enriched enteral formulas for the healing of pressure ulcers: a systematic review. *J Wound Care*. 26(6):319-323. DOI: 10.12968/jowc.2017.26.6.319

³⁶ Neyens JC, Cereda E, Meijer EP, Lindholm C, Schols JM. (2017). Arginine-enriched oral nutritional supplementation in the treatment of pressure ulcers: a literature review. *Wound Medicine*. 16:46-51. DOI: 10.1016/j.wndm.2016.07.002

SECTION 3 : ÉVALUATION DES BESOINS HYDRIQUES

Recommandation quotidienne en présence de plaies ou de malnutrition/risque de plaies	■ Fournir de 30 à 35 ml de liquide / kg de poids corporel ou fournir un minimum de 1 ml de liquide / kcal consommées.
Considérations cliniques	■ Pour les personnes âgées, assurer un apport minimal de 1600 ml pour la femme et 2000 ml pour l'homme de liquide / jour³⁷; ■ 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, thérapie à pression négative [TPN]); ■ Les besoins doivent être ajustés à la hausse si l'apport en protéines est élevé.

³⁷ European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. (2022), *ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics*, Clinical Nutrition. vol. 41, p.958-989.

SECTION 4 : ÉVALUATION DES BESOINS EN VITAMINES ET MINÉRAUX

Considérations cliniques

Il n'y a pas de consensus voulant qu'une supplémentation en vitamines et minéraux au-delà des apports nutritionnels de référence (ANREF)³⁸ ait un effet bénéfique sur la prévention des lésions de pression et la guérison d'une plaie.

- Le zinc, le fer, les vitamines A, C et D sont les principaux micronutriments impliqués dans le processus de cicatrisation et pour lesquels des recommandations sont suggérées ci-dessous;
- Les apports en vitamines et minéraux peuvent être comblés via une alimentation variée. Une vigilance doit être portée aux personnes consommant moins de 1500 kJ/jr considérant que l'atteinte des apports nutritionnels recommandés (ANR) peut être difficile;
- La supplémentation en vitamines et/ou minéraux est recommandée lorsque les apports provenant des aliments (ou aliments enrichis) sont insuffisants pour combler les besoins (ex. : si les besoins sont augmentés) ou qu'une carence est suspectée ou confirmée;
- L'évaluation nutritionnelle permet d'ajuster les recommandations nutritionnelles et la supplémentation selon le jugement clinique de la nutritionniste;
- Les lignes directrices de *Wounds Canada* recommandent l'évaluation des statuts en vitamines et minéraux (zinc, le fer, les vitamines A, C et D) afin d'ajuster l'alimentation et la supplémentation;
- Les exemples de prescriptions émises pour les micronutriments dans les tableaux suivants proviennent principalement de la formation de l'Association des nutritionnistes cliniciens du Québec (ANCQ) en 2021 : *Prévenir et guérir les lésions de pression : volet nutrition*³⁹. Les autres références sont indiquées directement dans le tableau.

APPORTS NUTRITIONNELS RECOMMANDÉS EN MICRONUTRIMENTS (ADULTE) ET EXEMPLES DE PRESCRIPTIONS NUTRITIONNELLES EN CONTEXTE DE PLAIE(S)

Zinc	■ Apport nutritionnel recommandé (adulte) : ○ 11 mg/j pour les hommes de 19 ans et plus et 8mg/jr pour les femmes de 19 ans et plus; ○ Chez les végétariens le besoin en zinc peut être jusqu'à 50% plus élevé. ■ En présence d'une plaie de stade II (ou plus) ou de carence suspectée : ○ Supplémenter avec 25 mg de zinc, 2 fois par jour, pour 30 jours^{40,41}; ○ L'apport maximal tolérable est de 40 mg/jr (AMT); ○ Arrêter la supplémentation à la suite de la correction ou si aucun effet bénéfique noté; ○ Lors d'une supplémentation en zinc, considérer l'ajout d'un supplément de cuivre en prévention d'une carence secondaire. (2 mg de Cu/ 25 mg de Zn). ■ Attention toxicité à long terme et à haute dose.
Fer	■ Apport nutritionnel recommandé (adulte) : ○ 18 mg/j pour les femmes de 19 à 50 ans; ○ 8 mg/j pour les hommes de 19 ans et plus et pour les femmes de 50 ans et plus; ○ Chez les végétariens, les besoins sont 1,8 fois plus élevés. ■ Analyser la formule sanguine complète, le bilan ferrique et la ferritine si requis.

³⁸ Santé Canada. (2023). *Tableau des Apports nutritionnels de référence : Aperçu*, Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/apports-nutritionnels-reference/tableaux.html>

³⁹ Lages Rodrigues A. et Deaconu C. (2021). *Prévenir et guérir les lésions de pression : volet nutrition*. Formation en ligne. (non accessible au public)

⁴⁰ Centre intégré de santé et services sociaux de Laval [CISSS de Laval]. (2024) *Guide de prescription à l'intention des nutritionnistes du CISSS de Laval*. Non accessible au public.

⁴¹ Faucher, Nadia (CHU de Québec). (2022) Le Zinc: Colloque ANCQ, en partenariat avec l'ODNQ: Prescriptions des micronutriments PHASE II. Non accessible au public.

	■ En présence d'une carence en fer (anémie ferriprive) diagnostiquée : ○ Supplémenter avec 50 à 100 mg TID de fer élémentaire par voie orale (si possible) et augmenter le fer alimentaire. Dans certains cas, la voie intraveineuse peut être envisagée tel que lors d'une inefficacité ou intolérance à la préparation orale ou une malabsorption anticipée. Consulter le protocole médical de l'INESSS⁴² à cet effet. ■ Attention au dosage en présence d'insuffisance rénale chronique ou d'infection active. ■ Considérer les effets secondaires de la supplémentation en fer et éviter de prendre au même moment qu'un supplément de zinc ou qu'un supplément ou aliment riche en calcium ⁴³.
Vitamine D	■ Apport nutritionnel recommandé (adulte) : ○ 600 UI/j pour les hommes et les femmes de 9-70 ans; ○ 800 UI/j pour les hommes et les femmes de >70 ans. ■ En présence d'une carence avérée : ○ Supplémenter 50000 UI, 1x/sem durant 12 mois et redoser ⁴⁴.
Vitamine C	■ Apport nutritionnel recommandé (adulte) : ○ 75 mg/j pour les femmes et 110 mg/j si tabagisme; ○ 90 mg/j pour les hommes et 125 mg/j si tabagisme. ■ En présence d'une carence suspectée : ○ Supplémenter avec 500 à 1000 mg/j. ■ L'apport maximal tolérable est de 2000 mg/j (AMT). ■ En présence d'insuffisance rénale ou de calculs d'oxalates, attention à la dose (< 60-100 mg/j).
Vitamine A	■ Apports nutritionnels recommandés (adulte) : ○ 2333 unités/j pour les femmes; ○ 3000 unités/j pour les hommes. ■ L'apport maximal tolérable est de 10000 unités/j ÉAR (AMT). ■ Attention à la toxicité. ■ Considérer la supplémentation en vitamine A lors de prise prolongée de corticostéroïdes. ■ Contre-indications : Maladie hépatique.

⁴² Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux [INESSS] (2022). Protocole médical national – Traitement au fer intraveineux chez l'adulte https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Fer_intraveineux/INESSS_Traitement_Fer_IV_PMN_VF.pdf

⁴³ Wounds Canada (Canadian Association of Wound Care). (2025). *Best Practice Recommendations for Skin Health and Wound Management 2025*. P.55-61 https://www.woundscanada.ca/doclink/bpr-final-2025-ebook/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWl0IiJicHItZmluYWwtMjAyNS01Ym9vayIsImhhdCI6MTczOTIwMzU3OSwiZXhwIjoxNzU5MjQ5OTc5fQ.maIaOxIJN-RJh9GVBM_xOyv7opUCErzbSm7mdivb3eQ

⁴⁴ Centre intégré de santé et services sociaux de Laval [CISSS de Laval]. (2024). *Guide de prescription à l'intention des nutritionnistes du CISSS de Laval*. Non accessible au public.

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.
- Arentson-Lantz E, Clairmont S, Paddon-Jones D, Tremblay A, Elango R. (2015). *Protein: A nutrient in focus*. *Appl Physiol Nutr Metab*. 40(8):755-61. Doi :10.1139/apnm-2014-0530. Epub 2015 Jul 22. PMID: 26197807.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. (2006). *Oser une nouvelle vision des soins de plaies*. Montréal.
- Bansal, P. (2012). *Nutrition for Wound healing*. Communication présentée au « Interprofessional Skin and Wound Care Conference ». Présentation récupérée le 26 juin 2017.
- 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.
- Bryant, R.A., Nix, D.P. (2016). *Acute and chronic wounds, current management concepts*. Elsevier Mosby, St-Louis.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (2025). *Méthodes de soins informatisées (MSI)*.
- Centre intégré de santé et services sociaux de Laval [CISSS de Laval]. (2024) *Guide de prescription à l'intention des nutritionnistes du CISSS de Laval*. Non accessible au public.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. *Guide de standards des bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections*.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. *Politique relative à la gestion intégrée de l'équipement médical, des dispositifs médicaux et du matériel utilisé dans le cadre des soins, des services et des activités de loisirs*.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. *Procédure organisationnelle normalisée (PON) relative au pré nettoyage, à l'inspection des dispositifs médicaux réutilisables souillés et à leur transport*.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2025). *Procédure relative au pré nettoyage, à l'inspection et au transport des dispositifs médicaux réutilisables souillés, excluant les endoscopes*.
- Consensus International. (2012). *Bon usage des pansements à l'argent dans les soins des plaies*. London: Wounds International. [\[http://www.woundsinternational.com\]](http://www.woundsinternational.com).
- Debridement: Canadian Best Practice Recommendations for Nurses: Developed by Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada. 2021 1st Ed.
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. Can J Diabetes. 2018;42(Suppl 1): S1-S325.
- Éditeur officiel du Québec. (2025). *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes*, chapitre M-9, r. 12.0001. À jour au 1er avril 2025. Gouvernement du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca>
- Electrotherapy on the web*. [\[http://www.electrotherapy.org/\]](http://www.electrotherapy.org/) (Consulté le 26 juin 2016).

- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism[ESPEN]. (2022), *ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics*, Clinical Nutrition. vol. 41, p.958-989.
- Farsijani S, Morais JA, Payette H, Gaudreau P, Shatenstein B, Gray-Donald K, Chevalier S. (2016). *Relation between mealtime distribution of protein intake and lean mass loss in free-living older adults of the NuAge study*. Am J Clin Nutr. 104(3):694-703. doi: 10.3945/ajcn.116.130716. Epub 2016 Jul 27. PMID: 27465379.
- Faucher, Nadia (CHU de Québec). (2022) *Le Zinc: Colloque ANCO, en partenariat avec l'ODNQ: Prescriptions des micronutriments PHASE II*. Non accessible au public.
- 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, no 9, p. 2003-2012.
- Girouard, I. (2012). Notes de cours. *Plaies : interventions en physiothérapie. Partie II : Modalités complémentaires de traitement des plaies*.
- Girouard, I. (2011). Notes de cours. *Plaies : interventions en physiothérapie. Partie I : Évaluation, prévention et traitement des plaies*.
- Groupe de travail canadien sur la malnutrition [GTCM]. (2025). *Aperçu de la malnutrition*. <https://nutritioncareincanada.ca/about-us/malnutrition-overview>
- Groupe de travail canadien sur la malnutrition [GTCM]. (s.d.) *Guide : Outils de dépistage nutritionnel chez les personnes âgées vivant à domicile*. Disponible au : https://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/Pathways/Outils_de_de%CC%81pistage_nutritionnel_pour_les_personnes_a%CC%82ge%CC%81es.pdf
- Groupe de travail canadien sur la malnutrition [GTCM]. (2017). *Évaluation globale subjective (ÉGS)* Disponible au https://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/SGA%20Tool%20FR%20colour_2017.pdf
- Gouvernement du Canada, *Oxygénothérapie hyperbare*, extrait du site Web [\[www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/aspect-medical/oxygenotherapie-hyperbare.html#co\]](http://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](#)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). *Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées*. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/fiche_de_bon_usage_traitement_des_plaies_par_pression_negative.pdf
- 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 affaire: electrotherapy in wound healing. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 10, p. 179-194.
- Kuhnke JL, Burrows CA, Evans RM, Orsted HL, Rosenthal S, editors. (2025). *Best practice recommendations for skin health and wound management*. Toronto (ON): Wounds Canada. 2025 <https://www.woundscanada.ca>
- INESSS. (2024). *Soins de plaies : évaluation, prise en charge et usage optimal des traitements*. Guide et norme.
- INESSS. (2015). *Traitement des plaies complexes : Thérapie par pression négative*. [\[www.inesss.qc.ca\]](http://www.inesss.qc.ca).
- Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux [INESSS] (2022). *Protocole médical national – Traitement au fer intraveineux chez l'adulte* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Fer_intraveineux/INESSS_Traitement_Fer_IV_PMN_VF.pdf
- International Wound Infection Institute (IWII)(2025) *Therapeutic wound and skin cleansing: Clinical evidence and recommendations*. Wounds International.
- International Wound infection Institute (IWII) (2022) *Infection de plaies dans la pratique clinique : Principes des bonnes pratiques*. Wounds International.
- Island Health, (2018) *Positioning to Prevent Pressure Injuries (PI)* Skin and wound –Quick reference guide.
- IWGDF (2023). *Recommandations sur la prévention et la gestion des maladies du pied liées au diabète*.
- Labrecque, C. & Gilbert, D. (2020). *Soins de plaies: Un savoir et une pratique accessibles*. Chenelière Education. 1st Ed. Québec.
- Lachance, N. (2014). Formation : *Un bref survol des indices de maltraitance chez l'utilisateur aîné*.

- Lages Rodrigues A. et Deaconu C. (2021). *Prévenir et guérir les lésions de pression : volet nutrition*. Formation en ligne. (non accessible au public).
- Lange ML, Minkel J, eds. (2024) *Seating and Wheeled Mobility: A Clinical Resource Guide*. First edition. Routledge.
- 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.
- Lewis, et al. (2023). *Medical Surgical Nursing in Canada*. 5e Ed. Elsevier.
- Liu P, Shen WQ, Chen HL. (2017). *Efficacy of arginine-enriched enteral formulas for the healing of pressure ulcers: a systematic review*. *J Wound Care*. 26(6):319-323. DOI: 10.12968/jowc.2017.26.6.319.
- Martin, JA., et Woo, KY. (2017). *Clinical Characteristics of Mixed Arteriovenous Leg ulcers*. *JWOCN*, vol. 44, no 1, p. 41-46.
- Mayer DO, Tettelbach WH, Ciprandi G, Downie F, Hampton J, Hodgson H, Lazaro-Martinez JL, Probst A, Schultz G, Stürmer EK, Parnham A, Frescos N, Stang D, Holloway S, Percival SL. (2024) *Best practice for wound debridement*. *Journal of Wound Care*. 2024 Jun 1;33(Sup6b): S1-S32.
- McGinnis, E., et Stubbs, N. (2011). Pressure-relieving devices for treating heel pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9.
- McInnes_E, Jammali-Blasi_A, Bell-Syer_SEM, Leung_V. *Support surfaces for treating pressure ulcers*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10.
- McNichol (2022) *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society Core Curriculum: Wound Management*, 2nd Edition WOLTERS KLUWER.
- McNichol L, Mackey D, Watts C, Zuecca N. Choosing a support surface for pressure injury prevention and treatment. *Nursing*. 2020 Feb;50(2):41-44.
- MSSS. (2025). *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*.
- MSSS. (2024). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*.
- MSSS. (2023). *Prévention et contrôle des infections nosocomiales - Plan d'action 2015-2020 - Bilan et faits saillants - Avril 2023*.
- MSSS (2018) Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les personnes, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux.
- Ministère de la santé et des services Sociaux [MSSS]. (2017). *Déshydratation - Fiche clinique « Nutrition » - Approche adaptée à l'usager âgé en milieu hospitalier*. Disponible au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-05W.pdf>
- 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*.
- National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Full Body Support Surfaces for Prevention of Pressure Injuries. In: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). 2025.
- National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Nutrition in Pressure Injury Prevention**. In: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). 2025.
- National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Pressure Ulcers/Injuries: Definition and Etiology**. In: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). 2025.
- National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Preventing Pressure Injuries in Seated Individuals**. In: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). 2025.
- National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Repositioning for Pressure Injury Prevention**. In: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). 2025.
- Neyens JC, Cereda E, Meijer EP, Lindholm C, Schols JM. (2017). *Arginine-enriched oral nutritional supplementation in the treatment of pressure ulcers: a literature review*. *Wound Medicine*. 16:46-51. DOI: 10.1016/j.wndm.2016.07.002.

- 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*. [\[www.opq.gouv.qc.ca\]](http://www.opq.gouv.qc.ca).
- Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec. (2025). *Les activités réservées et autorisées*. <https://www.odnq.org>
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2025). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire*. Champ d'exercice, activités réservées et autorisées.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières 3^e Ed*. Westmount : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (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.
- 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 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 des pharmaciens du Québec. (OPQ). *Standards de pratique*. [\[www.opq.org\]](http://www.opq.org).
- Paré, L. (2019). Des indicateurs de transition: Aide-mémoire pour cibler un changement de pratique de CIP au bon moment. Adaptation de Milot É., Fortin, G., Noël, J. et Careau, E. (2016). Capsule narrée sur les indicateurs de transition. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.
- 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.
- 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, no 4, p. 175-188.
- Pothier D. (2011). *Guide pratique de Podologie, Annoté pour l'utilisateur diabétique*, 2^e éd. Presses de l'université du Québec.
- 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.
- 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.
- Reeves, I. & Chaplain, V. (2023) *Pratiques exemplaires en soins des plaies : de novice à expert, Tome 1*. Presse de l'Université Laval, Québec.
- Reeves, I. & Chaplain, V. (2023) *Pratiques exemplaires en soins des plaies : de novice à expert, Tome 2*. Presse de l'Université Laval, Québec.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2024). *Diabetic foot ulcers: Prevention, assessment and management*. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO.
- Ritchie K., et autres. *Topical negative pressure therapy for wounds*. HTA Programme : Health Technology. [\[http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/hta_12.aspx\]](http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/hta_12.aspx).
- Santé Canada. (2023). *Tableau des Apports nutritionnels de référence : Aperçu*, Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/apports-nutritionnels-reference/tableaux.html>.
- Shi C, Dumville JC, Cullum N, Rhodes S, Jammali-Blasi A, McInnes E. *Alternating pressure (active) air surfaces for preventing pressure ulcers*. Cochrane Database Syst Rev. 2021 May 10;5(5).
- Shi_C, Dumville_JC, Cullum_N, Rhodes_S, McInnes_E. Alternative reactive support surfaces (non-foam and non-air-filled) for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 5.
- Shi_C, Dumville_JC, Cullum_N, Rhodes_S, McInnes_E. Foam surfaces for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 5. Art. No.: CD013621.

- 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, no 1, p. 36-44.
- Stacey MC, Sibbald RG, Evans R, Arputhanathan H, Beaumier M, Handfield S, Hill R, Hwang J, Labbie M, Langille M, Loney A, Luther A, McPhee S, da Rosa P, Sénéchal J, Smith B, Michel CS.(2025) *Canadian Consensus Statement for the Management of Venous Leg Ulcers*. *International Wound Journal* 2025. Apr;22(4).
- 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.
- 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).
- Vancouver Coastal Health. (2010). *Clinical Practice Document – Physiotherapy Role and Scope for Skin and Wound Management*, 10 p.
- Voyer, P. (2020). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2e éd., Québec, Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Widgerow, AD. (2012). *Deconstructing the stalled Wound*. *Wounds*, vol. 24, no 3, p. 58-66.
- 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*, no 61, p. 1698-1704.
- Wharton S, Lau DCW, Valis M, et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ doi: 10.1503/cmaj.191707. *Appendix 1: The Edmonton Obesity Staging System*, Obésité Canada. [Canadian-Adult-Obesity-CPG-Appendix-1-The-Edmonton-Obesity-Staging-System.pdf](#)
- Wharton S, Lau DCW, Valis M, et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ doi: 10.1503/cmaj.191707. *Appendix 1: The Edmonton Obesity Staging System*, Obésité Canada. [Canadian-Adult-Obesity-CPG-Appendix-1-The-Edmonton-Obesity-Staging-System.pdf](#)
- Wounds Canada 2023 Integrated therapeutic support surface selection for pressure injury prevention and management.

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

Québec

