

Vers un usage optimal de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes

Cadre, processus et méthodes d'élaboration des
recommandations et du Guide d'usage optimal

Octobre 2015

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport rédigé par
Joëlle Brassard
Mélanie Tardif

Le présent rapport a été présenté au Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 27 mars 2015.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document est accessible en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteurs

Joëlle Brassard, M. Sc.
Mélanie Tardif, Ph. D.

Collaborateurs

Marie-Josée Grenier, B. Inf., M. Sc.

Direction scientifique

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A.

Coordination scientifique

Mélanie Tardif, Ph. D.

Recherche d'information scientifique

Caroline Dion, MBSI, *bibl. prof.*

Soutien documentaire

Micheline Paquin, *tech. doc.*

Édition

Responsable

Renée Latulippe

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Martine Hubert

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-74017-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2015

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Vers un usage optimal de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes – Cadre, processus et méthodes d'élaboration des recommandations et du Guide d'usage optimal. Rapport rédigé par Joëlle Brassard et Mélanie Tardif. Québec, Qc : INESSS; 67p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs du rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

Mme Isabelle Ganache

- Consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Mme Marjolaine Landry

- Professeure, Département des sciences infirmières, Centre universitaire de Drummondville, Université du Québec à Trois-Rivières
- Chercheuse, Centre affilié universitaire, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Mme Claudine Laurier

- Pharmacienne
- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Mme Esther Leclerc (présidente)

- Infirmière
- Ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dr Michaël Malus

- Médecin de famille,
- Chef du département de médecine familiale et responsable du Centre Réseau intégré universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill

Dr Maurice St-Laurent

- Gériatre
- Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin (vice-président)

- Professeur associé, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite
- Professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale

Mme Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Dr Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr Raghu Rajan

- Hématologue et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du programme de gestion thérapeutique des médicaments

Membre observateur MSSS

Mme Natalie Rosebush

- Directrice générale adjointe aux services aux aînés, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	i
INTRODUCTION.....	1
1 CADRE D'ÉLABORATION	2
1.1 Objectif du Guide d'usage optimal	2
1.2 Population cible	2
1.3 Utilisateurs cible	2
1.4 Composition des groupes de travail.....	2
1.4.1 Équipe de projet.....	2
2 PROCESSUS ET MÉTHODES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET DU GUIDE D'USAGE OPTIMAL	4
2.1 Étapes clés du processus d'élaboration du Guide d'usage optimal	4
2.2 Processus d'analyse et de production des données probantes	5
2.2.1 Questions d'évaluation	5
2.2.2 Rapport d'évaluation des technologies de la santé.....	5
2.2.3 Validation scientifique interne et externe du rapport d'évaluation des technologies de la santé	6
2.3 Processus d'élaboration des recommandations	7
2.3.1 Approches pour formuler les recommandations	7
2.3.2 Rencontres et échanges avec les membres du comité consultatif	7
2.3.3 Validation externe du Guide d'usage optimal	8
2.3.4 Approbation finale du Guide d'usage optimal.....	8
2.4 Processus pour la diffusion et l'implantation du Guide d'usage optimal	9
3 MISE EN ŒUVRE	10
3.1 Documents connexes	10
3.2 Activités de communication et de transfert des connaissances.....	10
3.3 Mise à jour du Guide d'usage optimal.....	10
4 INDÉPENDANCE ÉDITORIALE	11
4.1 Gestion des conflits d'intérêts	11
4.2 Financement du Guide d'usage optimal	11
ANNEXE A EXERCICE MENANT À L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET AU CHOIX DES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS À INCLURE DANS LE GUO	12
ANNEXE B EXERCICE MENANT À L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET AU CHOIX DES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS À INCLURE DANS LE GUIDE D'USAGE OPTIMAL	14
ANNEXE C QUESTIONNAIRE POUR LA VALIDATION EXTERNE DU GUO	52
RÉFÉRENCES.....	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Étapes d'élaboration du Guide d'usage optimal	4
----------	---	---

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CSPSSS	Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
ETS	Évaluation des technologies de la santé
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GUO	Guide d'usage optimal
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RS	Revue systématique
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TPN	Thérapie par pression négative
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et mode d'intervention en santé

INTRODUCTION

La thérapie par pression négative (TPN) s'inscrit dans l'arsenal thérapeutique pour le soin des plaies complexes et depuis les dix dernières années, son utilisation connaît une expansion au Québec. De plus, en raison du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques, notamment le diabète, l'augmentation de la prévalence des plaies complexes est fortement anticipée. D'autre part, en comparaison avec les pansements conventionnels, cette technologie s'avère relativement dispendieuse et les coûts relatifs à son utilisation risquent de croître. Les résultats de deux évaluations indépendantes effectuées en 2010 (par l'UETMIS du CHU de Québec et l'UETMIS du CUSM) ont laissé entrevoir quelques effets bénéfiques pour certains types de plaies; toutefois, étant donné les faiblesses des preuves scientifiques et des risques associés, les auteurs ont suggéré que l'usage de la TPN devrait être encadré et soumis à des critères spécifiques. Compte tenu de ces recommandations, la direction générale des services de santé et médecine universitaire du MSSS a mandaté l'INESSS afin de réaliser un guide d'usage optimal (GUO) de la TPN pour le traitement des plaies complexes.

Le GUO a été élaboré en suivant un processus systématique inspiré des meilleures pratiques issues de la littérature des agences internationales portant sur l'élaboration des guides. Ainsi, l'élaboration des recommandations du GUO a été appuyée par les données scientifiques relatives à l'efficacité et l'innocuité d'utilisation de la TPN, les recommandations de bonnes pratiques cliniques ainsi que les données contextuelles et expérientielles exprimées par des cliniciens, des professionnels de la santé et des représentants d'ordres professionnels. Le présent document d'accompagnement présente le résumé des méthodes utilisées pour l'élaboration des recommandations du GUO de la TPN pour le traitement des plaies complexes.

CADRE D'ÉLABORATION

1.1 Objectif du Guide d'usage optimal

Le GUO a pour objectif d'orienter et d'encadrer l'usage de la TPN afin de soutenir la pratique des professionnels et des intervenants de santé en première ligne et de les outiller afin de favoriser un usage optimal de cette technologie chez les patients atteints de plaies complexes.

1.2 Population cible

La population visée par le GUO est composée de patients souffrant de plaies complexes ou difficiles à traiter, qui incluent les ulcères du pied diabétique¹, les ulcères de jambe (artériels ou mixtes)², les ulcères de pression de stade III ou IV³, les plaies traumatiques ne pouvant pas être suturées⁴, les exérèses chirurgicales⁴, les déhiscences de plaies chirurgicales étendues et/ou de situation défavorable, les plaies ouvertes de l'abdomen ou du thorax, les plaies chirurgicales avec un risque élevé de déhiscence, les greffes de peau, et enfin, les lambeaux. Les clientèles spécifiques telles que les enfants ou les nouveau-nés présentant des plaies de différentes étiologies sont exclues du présent GUO.

1.3 Utilisateurs cible

Le GUO s'adresse aux cliniciens et plus spécifiquement aux médecins et aux professionnels en soins infirmiers.

1.4 Composition des groupes de travail

L'élaboration des recommandations du GUO a nécessité la constitution de trois groupes de travail : l'équipe de projet, le comité consultatif et le comité de suivi.

1.4.1 Équipe de projet

Le mandat de l'équipe de projet consistait à analyser et à évaluer les données scientifiques relatives au traitement par TPN des plaies complexes de différentes étiologies. Cette analyse a été présentée sous la forme d'un rapport d'évaluation des technologies de la santé [INESSS, 2015a]. L'équipe de projet était constituée d'une professionnelle scientifique, d'une coordonnatrice scientifique et d'une directrice de l'INESSS. L'équipe a aussi bénéficié du soutien d'une spécialiste de l'information et d'une conseillère en communication.

¹ associé à une perte tissulaire significative, non ischémique, après la prise en charge d'une infection de l'os ou des tissus mous, le cas échéant, et après un débridement et une mise en décharge de l'ulcère

² après évaluation du potentiel de revascularisation

³ après un retrait de la pression sur le site de la plaie et la prise en charge d'une infection de l'os et des tissus mous, le cas échéant,

⁴ associée à une perte tissulaire significative et/ou profonde sans infection ou après une prise en charge, le cas échéant

Comité consultatif

Le mandat des membres du comité consultatif visait à :

- Accompagner les travaux de l'INESSS sur la réalisation d'un GUO de la TPN afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré.
- Valider les données probantes sélectionnées, analysées et produites par l'équipe de projet et fournir au besoin toute documentation scientifique complémentaire.
- Adapter des recommandations présentées dans des documents contenant des lignes directrices retenues pour qu'elles reflètent la réalité québécoise.
- Contribuer à l'élaboration des recommandations du GUO en se basant sur les données probantes présentées par l'équipe de projet, celles appréciées par les auteurs des lignes directrices retenues ainsi que sur l'expérience respective de ses membres.
- Collaborer avec l'INESSS en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les membres du comité consultatif ont été sélectionnés en respectant autant que possible la diversité des types de pratique clinique et professionnelle de même que leur expérience respective ainsi que la diversité des régions socio-sanitaires. Les fédérations, les associations et les ordres professionnels ont été mis à contribution pour suggérer le nom de personnes-ressources susceptibles de participer aux travaux du groupe de travail. Les participants sélectionnés par l'équipe de projet ont reçu une invitation à collaborer aux travaux à titre individuel en tant qu'experts.

Comité de suivi

Le mandat de ce comité visait à :

- Assurer la pertinence, l'acceptabilité professionnelle et sociale du GUO;
- Contribuer à l'implantation du GUO.

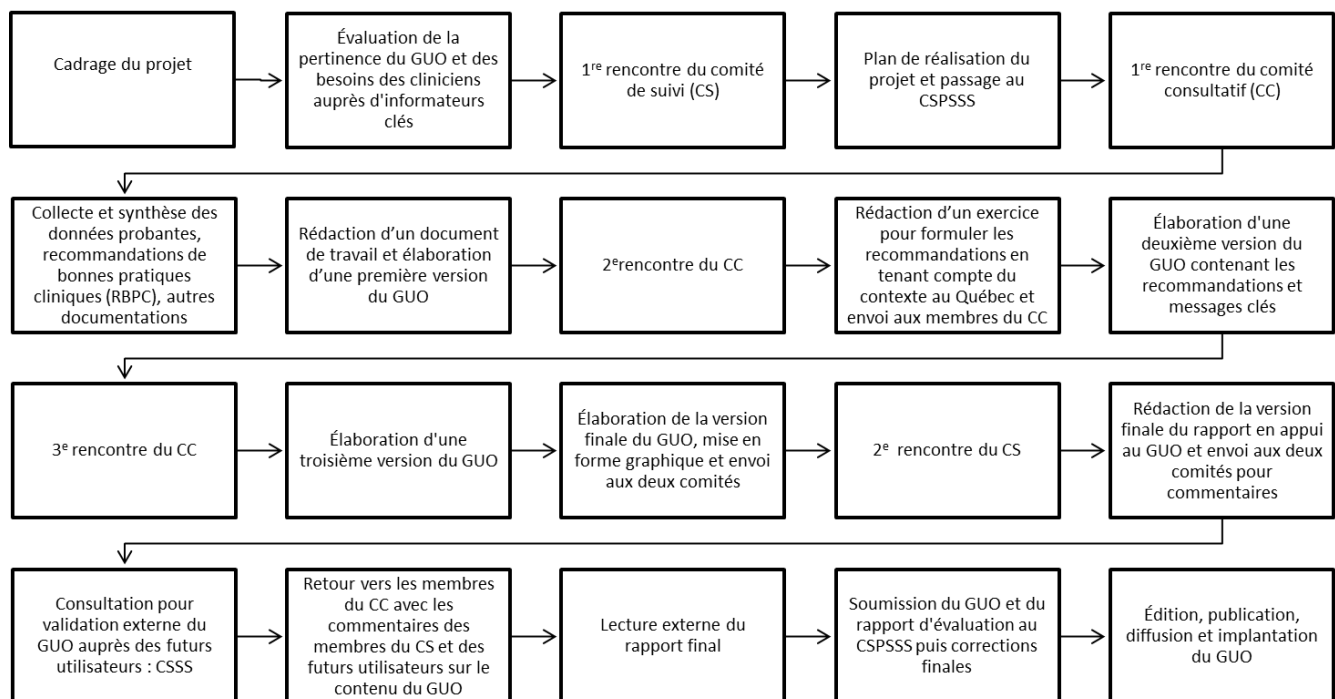
Les membres du comité de suivi ont participé aux activités à titre de représentants des groupes d'intérêts. Ainsi, les ordres, les fédérations et les associations ont été sollicités pour nommer leur représentant respectif à participer aux travaux du comité. La composition détaillée du comité de suivi peut être consultée à l'Annexe A.

2 PROCESSUS ET MÉTHODES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET DU GUIDE D'USAGE OPTIMAL

2.1 Étapes clés du processus d'élaboration du Guide d'usage optimal

La figure 1 présente un sommaire des étapes du processus ayant conduit à l'élaboration du GUO. Les méthodes utilisées à chaque étape ainsi que la constitution et le mode de fonctionnement des groupes de travail et des comités sont décrits dans les sections qui suivent.

Figure 1 Étapes d'élaboration du Guide d'usage optimal



2.2 Processus d'analyse et de production des données probantes

2.2.1 Questions d'évaluation

Question 1

Quelle est l'efficacité de la TPN au regard de la guérison des plaies complexes⁵?

Question 2

Quels sont les effets indésirables et les complications liés à l'utilisation de la TPN pour le traitement des plaies complexes?

Question 3

Quelles sont les recommandations existantes (modalités de prescription, d'utilisation, de suivi et d'arrêt) et les données qui les soutiennent, sur le contexte d'utilisation de la TPN au regard des :

- paramètres liés à la personne (indications et contre-indications)?
- paramètres liés à la plaie (indications et contre-indications)?
- paramètres de l'intervention (modalités techniques de la TPN, critères de prescription, d'arrêt et de suivi incluant le type de professionnel responsable de chacune des étapes)?
- paramètres liés aux ressources (type de professionnels, milieu de dispensation des soins)?

À cela s'est ajoutée une synthèse narrative des impacts de la TPN sur la qualité de vie et la douleur des patients souffrant de plaies complexes, de même qu'une recension des informations concernant le contexte des pratiques relatif aux soins de plaies au Québec. Les consultations avec les experts du comité consultatif et d'autres parties prenantes ont permis de recueillir le savoir expérientiel et de contextualiser les données de la littérature sur l'usage de la TPN.

2.2.2 Rapport d'évaluation des technologies de la santé

Les données présentées dans le rapport d'évaluation [INESSS, 2015a] ont servi d'appui aux délibérations du groupe de travail mandaté pour l'élaboration des recommandations incluses dans le GUO. Les données qui ont servi à répondre aux questions d'évaluation présentées dans le rapport proviennent de :

1. Deux méta-analyses et six revues systématiques (RS) de la littérature (dont l'une était une mise à jour d'une des RS déjà répertoriées) portant sur l'efficacité de la TPN dans le traitement des plaies complexes (plaies chroniques et aiguës) et jugées de bonne ou de moyenne qualité. S'ajoutent à cela dix-sept essais contrôlés randomisés (ECR) dont la majorité était de bonne ou de moyenne qualité méthodologique. Les paramètres des résultats pour l'ensemble de ces études étaient le temps de guérison ou le temps avant une procédure chirurgicale permettant la fermeture par 1^{re} intention, l'incidence des plaies fermées (réépithélialisation et/ou le recouvrement d'un tissu de granulation), la réduction de la taille, de la surface ou du volume de la plaie, la prévention des

⁵ Il est à noter que les plaies complexes incluent les plaies aiguës et chroniques. Une définition des plaies complexes a été validée auprès d'informateurs clés. Cette définition a été basée sur les travaux de l'UETMIS du CHUQ (2010) qui définissent les plaies complexes comme des plaies chroniques (plaies de pied chez le patient diabétique, ulcères veineux, ulcères de pression) ou des plaies aiguës (plaies sternales, plaies abdominales, plaies chirurgicales, plaies traumatiques, greffes, brûlures).

complications (les infections, les amputations, les échecs des greffes de peau puis l'accumulation de sérome dans les plaies) et l'utilisation des ressources (nombre de changement de pansements, le temps infirmier, la durée d'hospitalisation et le nombre d'heures en chirurgie) (question d'évaluation 1).

2. Six rapports d'organismes réglementaires et d'évaluation de technologies en santé (ETS) dont deux alertes de la Food and Drug Administration (FDA), une RS jugée de bonne qualité, une revue narrative, six ECR, quatre études observationnelles prospectives, deux études rétrospectives et deux études qualitatives ont été inclus relativement à la dimension innocuité de l'utilisation de la TPN. Les dimensions d'intérêts étaient les paramètres liés à la personne et à la plaie, les paramètres d'intervention et ceux liés aux ressources (question d'évaluation 2).
3. Quatre rapports d'organismes réglementaires et rapports d'ETS sur les bonnes pratiques cliniques recommandées pour l'usage de la TPN jugée de bonne qualité, une conférence consensuelle de bonne qualité incluant quatre revues systématiques et les monographies des principaux fabricants de TPN ont finalement servi à identifier des renseignements sur les bonnes pratiques et des recommandations déjà émises dans la littérature (question d'évaluation 3). Quatre documents comportant des lignes directrices, élaborées à partir de consensus d'experts, ont aussi été consultés afin de repérer des éléments de pratiques cliniques bien que la qualité méthodologique était jugée plus faible. Ces informations ont été rapportées aux experts du comité consultatif afin de les valider et de juger de la pertinence de les inclure ou non dans le GUO.
4. Le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

2.2.3 Validation scientifique interne et externe du rapport d'évaluation des technologies de la santé

La validation scientifique du rapport ETS a été réalisée en trois étapes distinctes et chronologiquement :

1. Par les membres du comité consultatif responsables de l'élaboration des recommandations;
2. Par quatre lecteurs externes au comité consultatif et à l'INESSS, lesquels ont validé la RS, le rapport d'ETS et commenté le GUO;
3. Par les membres du Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS (CSPSSS⁶).

Les commentaires recueillis tout au long de ce processus de validation ont été analysés par l'équipe de projet, et les ajustements nécessaires ont été apportés au contenu du rapport.

⁶ Le CSPSSS est composé d'experts venant de plusieurs secteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Ce comité assure la cohérence et la qualité des recommandations tirées des guides produits par l'INESSS. Il veille également à s'assurer de la transparence de la méthodologie utilisée ainsi qu'à l'intégration des différentes perspectives des parties prenantes engagées dans les projets.

2.3 Processus d'élaboration des recommandations

2.3.1 Approches pour formuler les recommandations

Afin d'évaluer la qualité de la preuve fondée sur des données probantes, l'équipe de projet s'est inspirée de la méthode utilisée par le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN). L'étape suivante consistait à formuler les recommandations et l'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) a été choisie à cette fin. Ainsi, au cours des rencontres avec le comité consultatif, les discussions ont été orientées en tenant compte de :

- de la qualité de la preuve présentée dans le rapport d'évaluation;
- de l'équilibre entre les bénéfices et les risques associés à l'usage de la TPN en tenant compte des différents types de plaies;
- des valeurs et des préférences des professionnels et des patients (par l'intermédiaire des membres du comité consultatif et d'une revue des revues systématiques sur la qualité de vie et la douleur) concernant l'utilisation de la TPN chez des patients ayant des plaies complexes.

La formulation des recommandations a reposé sur les données scientifiques provenant des ECR sur l'efficacité et l'innocuité de la TPN, une évaluation secondaire de l'appréciation des données scientifiques issues d'études cliniques de différents devis faits par les auteurs des revues systématiques et des lignes directrices répertoriées, des recommandations de bonnes pratiques cliniques retenues, de l'impact de la TPN sur la qualité de vie et la douleur des patients, et sur les données contextuelles et expérientielles des cliniciens et des professionnels de la santé travaillant dans ce domaine. L'INESSS a soumis aux membres des propositions de recommandations et des messages clés à véhiculer pour favoriser l'usage optimal de cette technologie. Un premier tour a été effectué par courriel pour une première sélection et un retour en présentiel a permis de statuer sur les recommandations et messages clés qui avaient fait l'unanimité. Pour les propositions nécessitant d'être reformulées, des rencontres en présentielles ont été nécessaires avant d'obtenir le consensus des nouvelles propositions. Les recommandations ont été retenues si elles obtenaient l'approbation d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou la pertinence d'inclure une recommandation, cette dernière a été soit retirée ou reformulée.

2.3.2 Rencontres et échanges avec les membres du comité consultatif

Pour l'élaboration des recommandations, trois rencontres des membres du comité consultatif ont été planifiées aux mois de mai, octobre et décembre 2014. Les rencontres avec les membres du comité pour valider le rapport d'ETS ainsi que le GUO, d'une durée de trois heures chacune, se sont déroulées en visioconférence sur deux sites (Québec et Montréal) et en conférence téléphonique.

La première rencontre a permis de cerner la problématique, d'identifier les besoins et de raffiner la méthodologie afin de bien définir la population (incluant les types de plaies) et les indicateurs de résultats. L'équipe du projet a ensuite réalisé la revue systématique sur l'efficacité et l'innocuité puis celle des recommandations sur les bonnes pratiques cliniques. Un document de travail a été envoyé aux membres deux semaines avant la rencontre du mois d'octobre (Annexe A). Lors de cette rencontre, les membres du comité consultatif ont été invités à discuter et à

débatte sur les données probantes présentées et sur les recommandations des autres guides de pratique clinique répertoriés dans la littérature. Ce processus a permis de dégager les grands constats sur la preuve quant à l'utilisation de la TPN pour favoriser la fermeture des plaies complexes. Les discussions ont aussi permis de définir la table des matières du GUO. L'INESSS a ensuite soumis aux membres un exercice (Annexe B) par courriel contenant des propositions de recommandations et des renseignements à véhiculer pour favoriser l'usage optimal de cette technologie. La compilation des résultats de l'exercice est présentée au tableau B-1 de l'Annexe B. Les membres devaient aussi prioriser les messages et les recommandations qui devaient se trouver dans le GUO. Les membres qui n'avaient pas complété l'exercice avaient la possibilité de se prononcer lors de la rencontre de décembre afin d'obtenir un consensus de tous les participants. Les propositions qui n'avaient pas fait l'unanimité lors de l'exercice ont été retravaillées en présentiel lors de cette dernière rencontre. Après ces discussions, une version préliminaire du GUO en format Word a été soumise aux membres du comité par courriel. Ces derniers ont été invités à se prononcer sur cette version du guide, à formuler des commentaires et à proposer des modifications basées sur les données probantes, leur expertise et leur expérience. À la suite de la réception des commentaires, une autre version de guide a été réalisée, sur laquelle les membres ont été invités à se prononcer de nouveau. Après la révision linguistique, le GUO a été transposé dans un format graphique. Cette version a été présentée aux membres par courriel. Aucune modification n'a alors été nécessaire. Un retour par courriel vers les membres du comité consultatif a été réalisé lorsque des changements mineurs sur le contenu étaient proposés par d'autres parties prenantes comme les membres du comité de suivi, les futurs utilisateurs, les lecteurs externes et le CSPSSS.

2.3.3 Validation externe du Guide d'usage optimal

La validation externe du guide avait pour objectif de recueillir l'opinion des utilisateurs ciblés par le GUO quant à la pertinence de son contenu en général (degré d'accord global), l'applicabilité de ses recommandations, la flexibilité, la clarté et le format du GUO. Cette étape de validation externe a été réalisée au cours du mois de février 2015. Des consultations par visioconférence multisites, auprès de onze professionnels de la santé travaillant dans des CSSS réparties dans diverses régions du Québec (Portneuf, Haute-Gaspésie, Rivière-du-Loup, région de la Côte-Nord [Port-Cartier et Thetford], Montmagny et la Beauce) ont été réalisées en deux temps. Les personnes consultées étaient invitées à remplir un questionnaire (Annexe C) puis à le retourner à l'INESSS 48 heures après la rencontre. La compilation des résultats est présentée au tableau C-1 de l'Annexe C.

De façon générale les professionnels consultés étaient satisfaits du GUO et de son contenu. Par contre, ils ont noté que dans leur milieu, il y avait peu de professionnels formés en soins des plaies, qu'il n'y avait pas d'équipe dédiée et que certaines recommandations seraient difficilement applicables dans leur milieu. Ils ont exprimé le besoin d'avoir un outil dérivé du GUO « papier », soit une application sur support numérique du GUO. Ils ont également mentionné que des liens hypertextes menant à des informations et tableaux spécifiques constitueraient un atout essentiel à son utilisation.

2.3.4 Approbation finale du Guide d'usage optimal

Selon le processus de production scientifique de l'INESSS, le contenu et la forme du GUO ont été commentés au mois de mars 2015 par les membres du CSPSSS.

2.4 Processus pour la diffusion et l'implantation du Guide d'usage optimal

Afin d'assurer une diffusion et une implantation adéquates du GUO, les membres du comité de suivi se sont réunis en visioconférence au cours de deux rencontres d'une durée de trois heures chacune, aux mois de décembre 2013 et janvier 2015. Ces rencontres avaient pour objectifs de :

- Recueillir les commentaires des membres quant au plan de réalisation;
- Discuter des éléments à prendre en considération pour l'élaboration du rapport d'évaluation et du GUO afin de faciliter la mise en œuvre future du guide;
- Recueillir les commentaires des membres sur la version définitive du GUO dans le but de préciser les modalités de transfert de connaissances et de l'implantation;
- Préciser la contribution potentielle de chacun des organismes représentés relative aux activités de transfert de connaissances et à l'implantation du GUO.

Au cours de ces deux rencontres des membres du comité de suivi, les propositions ont été recueillies par l'équipe de projet dont faisait partie une conseillère en communication.

3 MISE EN ŒUVRE

3.1 Documents connexes

Dans le cadre du projet d'élaboration du GUO sur l'utilisation de la thérapie par pression négative dans le traitement des plaies complexes, quatre documents ont été produits et rendus publics :

- Vers un usage optimal de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes : Rapport d'évaluation des technologies en santé.
- Efficacité et innocuité de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes : Revue systématique de la littérature.
- Guide d'usage optimal de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes.
- Vers un usage optimal de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes : Cadre, processus et méthodes d'élaboration des recommandations et du Guide d'usage optimal.

3.2 Activités de communication et de transfert des connaissances

La planification des approches de diffusion et d'implantation du GUO a été réalisée tout au long du processus d'élaboration du guide. En effet, l'information recueillie auprès des membres du comité de suivi, des professionnels de la santé qui ont fait la validation externe du GUO et des lecteurs externes, portant sur les stratégies de diffusion du GUO, a été transmise à la Direction des communications et du transfert de connaissances de l'INESSS.

3.3 Mise à jour du Guide d'usage optimal

La mise à jour du GUO sera planifiée selon les modalités et les échéanciers que l'INESSS établira à cet égard.

4 INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

4.1 Gestion des conflits d'intérêts

Avant la tenue des rencontres des membres du groupe de travail chargé de l'élaboration des recommandations du GUO (comité consultatif), chaque membre a été invité à remplir le formulaire de déclaration des conflits d'intérêts potentiels et à signer le formulaire relatif au respect de la confidentialité. Par souci de transparence, la liste des conflits d'intérêts déclarés a été distribuée à tous les membres des comités. Les conflits rapportés ont été divulgués dans les pages liminaires du rapport d'évaluation.

Les experts qui ont fait la lecture externe du rapport d'évaluation ont aussi été invités à remplir le formulaire de déclaration des conflits d'intérêts. Les conflits rapportés ont été divulgués dans les pages liminaires du rapport d'évaluation.

4.2 Financement du Guide d'usage optimal

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation du GUO.

ANNEXE A

Exercice menant à l'élaboration des recommandations et au choix des renseignements pertinents à inclure dans le GUO

L'INESSS tient à remercier les personnes suivantes qui ont participé aux travaux du groupe de travail pour l'élaboration des recommandations (comité consultatif) et à ceux du comité de suivi ou qui ont formulé des commentaires ou fourni de l'information clé à l'occasion de la consultation externe dans le cadre du projet :

Comité consultatif

D^r Richard Belley, médecin de famille et chef de la clinique des plaies complexes, CISSS de Chaudière-Appalaches

M. Julien Côté, infirmier stomothérapeute, conseiller en soins de plaies, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r Laurent Delorme, microbiologiste-infectiologue et chef du programme des soins de plaies, Hôpital Charles LeMoynes, CISSS de la Montérégie-Centre

D^r Claude Garceau, interniste et responsable médical du centre de diabète, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

M^{me} Isabelle Girouard, physiothérapeute, Hôpital Honoré-Mercier, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Josée Lamarche, diététiste-nutritionniste, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, CIUSSS du Centre-Est-de-l'île-de-Montréal

D^r Stéphane Pelet, chirurgien orthopédiste, CHU de Québec

M^{me} Isabelle Reeves, infirmière, professeure agrégée et chercheure, Université de Sherbrooke

M^{me} Diane St-Cyr, infirmière stomothérapeute, CSSS Sud-Ouest/Verdun, CIUSSS du Centre-Est-de-l'île-de-Montréal

Comité de suivi

M^{me} Louiselle Bouffard, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

M^{me} Chantal Côté, Association des infirmières et infirmiers stomothérapeutes du Québec (AIIISQ)

M^{me} Danielle Fleury, ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction générale des services de santé et médecine universitaire);

M^{me} Chantal Labrecque, Regroupement québécois en soins de plaies (RQSP)

M^{me} Marjolaine Lajoie, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

D^{re} Marie-Françoise Mégie, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M^{me} Virginie Meloche, Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)

D^{re} Lucy Opartny, Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Frédéric Proteau, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP)

M^{me} Marie-Andrée Ulysse, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Lecteurs externes du rapport d'évaluation et du Guide d'usage optimal

M^{me} Manon Desjourdy, infirmière clinicienne, stomothérapeute, Hôpital Honoré-Mercier, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Josée Morin, infirmière clinicienne, stomothérapeute, Programme-clientèle en soins chirurgicaux, CHUS-Hôpital Fleurimont/Hôtel-Dieu, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

D^r Marc Rhainds, médecin, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS, UETMIS-CHU de Québec

D^r Emmanuel Salib, médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, chef de Service Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional, CIUSSS de Trois-Rivières

Validation externe du Guide d'usage optimal

M^{me} Cathy Gauthier, infirmière, conseillère en évaluation de la qualité, de la compétence et de la pertinence des soins, , CISSS du Bas St-Laurent-secteur Rivière-du-Loup

M^{me} Patricia Turcotte, infirmière clinicienne, clinique externe des plaies, , CISSS Côte-Nord, point de service Port-Cartier

D^{re} Claire Gaudreault, médecin responsable de la clinique des plaies, CISSS Côte-Nord, point de service Port-Cartier

M^{me} Sylvie Kirouak, infirmière, intervenante pivot en soins des plaies, CSSS de Portneuf, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Nadia Lehouillier, infirmière, soutien à domicile (SAD), CSSS de Portneuf, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Geneviève Fournier, infirmière, CLSC de Sainte-Anne-des-Monts, CISSS de la Gaspésie,

M^{me} Marie-Josée Michel, infirmière de liaison, CLSC de Sainte-Anne-des-Monts, CISSS de la Gaspésie

M. Richard Bujold, infirmier, soins de santé courants, CLSC de Sainte-Anne-des-Monts, CISSS de la Gaspésie

M. Gaston Morin, infirmier clinicien, clinique des plaies complexes, CSSS de Montmagny, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Pauline Rodrigue, infirmière, conseillère clinique, site-hôpital, CLSC de la Beauce, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Sylvianne Boivin, infirmière, conseillère en soins infirmiers, CLSC de la Beauce, CISSS de Chaudière-Appalaches

ANNEXE B :

Exercice menant à l'élaboration des recommandations et au choix des renseignements pertinents à inclure dans le Guide d'usage optimal



Élaboration d'un Guide d'usage optimal pour l'utilisation de la TPN pour le traitement des plaies complexes

Premier tour par courriel – Messages clés et recommandations –

11 au 24 novembre 2014

Objectifs : Statuer sur les messages, les recommandations et les notes explicatives Quand, Qui, Où, Pourquoi, Comment et les éléments à considérer dans l'application des recommandations qui sont propres au Québec.

Les libellés ont été retravaillés suite aux discussions du 10 octobre dernier. Les notes explicatives seront présentes dans le rapport en appui au Guide d'usage optimal (GUO) en plus des constats à l'origine des recommandations formulées. Le GUO contiendra uniquement les messages clés et les recommandations que les membres du comité consultatif jugeront pertinents et essentiels à la pratique sur le terrain et qui pourront être insérés tout en respectant les limites graphiques de l'outil de transfert de connaissance.

Mandat : 1) Lire et colorer la case selon votre accord ou non avec le libellé des messages clés et des recommandations (**jaune**). Ajouter des commentaires et des suggestions concernant le contenu et la formulation si vous êtes en désaccord avec le libellé proposé par l'INESSS.

2) Selon votre expérience et votre connaissance du réseau, préciser, lorsque nécessaire, les éléments explicatifs Quand, Qui, Où, Pourquoi (bénéfices attendus), Comment (éléments facilitants) et les éléments à considérer dans l'application (barrières, risques) lorsque l'INESSS vous interroge (turquoise); si vous avez de l'information complémentaire, n'hésitez pas à compléter dans le rectangle « Commentaires ».

Date de retour de l'exercice : 24 novembre 2014

Légende:

Les modifications sur la forme et le contenu des recommandations qui font suite aux discussions du 10 octobre sont soulignées.

Les recommandations où un consensus a été obtenu le 10 octobre dernier ont été identifiées par un oui (case bleue).

Les recommandations et messages clés sur lesquels vous devez vous prononcer sont **soulignés en jaune**.

Les recommandations pour lesquelles un consensus a été obtenu le 10 octobre dernier afin qu'elles apparaissent uniquement dans le rapport en appui, mais pas dans l'outil de transfert de connaissance de 6 pages, ont été identifiées par un non dans le libellé correspondant (présent dans le GUO) (case bleue).

La présence d'un * signifie que de l'information complémentaire **pourrait** apparaître dans la forme interactive lorsque disponible. Cette information sera présente dans le rapport. Certaines informations se trouvent à la fin du document.

En turquoise, l'information doit être validée et complétée/modifiée au besoin par **les membres du comité consultatif**.

En rouge, informations ajoutées par des membres du comité hors rencontre.

Les sources d'information ayant servi à l'élaboration des pistes de recommandations peuvent se trouver en commentaires, particulièrement pour les recommandations des sections 1 et 2 (constats).

Éléments devant être pris en considération dans la formulation des recommandations

- 1) la quantité, la qualité, la taille de l'effet et leur intervalle de confiance, et la cohérence des données probantes entre les études;
- 2) la généralisation des résultats;
- 3) l'applicabilité des données probantes au contexte des soins (recension des RBP dans d'autres juridictions et de bonne qualité méthodologique, le savoir expérientiel des membres du comité, les données de la contextualisation, etc.);
- 4) l'impact clinique, c'est-à-dire se questionner si le bénéfice potentiel de l'intervention est suffisamment grand pour justifier une recommandation (dépend de la taille de l'effet et le rapport bénéfice-risque);
- 5) l'impact sur le patient (les données issues de la revue narrative sur la qualité de vie);
- 6) les coûts et les ressources nécessaires.

Exercice

Nom et prénom du membre :

Généralités
Message clé n° 1 (MC1) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une plaie complexe est une plaie qui ne suit pas le processus normal de cicatrisation*. Elle peut être d'origine chirurgicale et être classifiée comme étant aiguë ou chronique**. <i>*La théorie sous le processus cicatriciel pourrait se trouver dans la forme interactive du GUO et dans le rapport. **Un tableau sur la classification des plaies pourrait se trouver dans la forme interactive du GUO et dans le rapport.</i>
Message clé n° 2 (MC2) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L'approche globale visant à identifier les paramètres intrinsèques et extrinsèques faisant obstacle à la cicatrisation d'une plaie complexe, et la détermination d'objectifs cliniques sont essentiels dans la prise de décision entourant le choix du traitement le plus approprié.
Message clé n° 3 (MC3) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Un mécanisme de dépistage de tous les facteurs contributifs au développement des plaies pour les clientèles à risque de développer des plaies complexes devrait être réalisé.
Message clé n° 4 (MC4) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> La thérapie par pression négative (TPN)* est une option de traitement pour les plaies complexes. <i>*La théorie des mécanismes d'action de la TPN pourrait se trouver dans la forme interactive du GUO et dans le rapport.</i>
Message clé n° 5 (MC5) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Les coûts associés à l'utilisation de la TPN par année au Québec sont estimés à xxx.
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation
1-Prise de décision entourant le choix d'utiliser la TPN
Message clé n° 6 (MC6) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> La TPN est proposée en alternative aux pansements usuels employés pour le traitement de certaines plaies chirurgicales, aiguës ou chroniques, pour une durée limitée, dans des situations particulières où les conditions favorisant la sécurité et le succès du traitement sont réunies.
Message clé n° 7 (MC7) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L'application de bons soins de base est un prérequis à l'usage de la TPN.
Message clé n° 8 (MC8) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> La décision d'amorcer la TPN doit être prise en partenariat avec le prescripteur initial, l'équipe ou la personne dédiée en soin des plaies et le patient ou son aidant.
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation

Pistes de recommandations	Quand appliquer la recommandation?	À qui s'adresse la recommandation?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation? (bénéfices)	Comment la mettre en œuvre? Et éléments facilitants et pistes d'action	Éléments à prendre en considération (risques/barrières)	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence SIGN et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 1.1 Le prescripteur initial doit recommander le patient à une équipe ou une personne dédiée, spécialisée en soin des plaies, pour une évaluation exhaustive de l'usager et de la plaie, avant l'amorce de la TPN. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présent dans le GUO (outil de TC) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>Dans toutes les situations? Sinon, quand? Juste pour les plaies chroniques?</p>	<p>Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes. Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialiste et omnipraticien)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?</p>	<p>Consultation spécialisée dans l'établissement = Équipe ou personne dédiée en soin des plaies complexes désignée comme référence dans l'établissement. Consultation externe dans un établissement affilié en absence d'équipe ou de personne dédiée en soin des plaies complexes dans l'établissement. Autre possibilité consultation externe : Téléconsultation autres?</p>	<p>Évaluer judicieusement la présence de facteurs nuisant à la cicatrisation. Choisir le traitement le plus approprié en évaluant la présence de facteurs de risque et de contre-indications. Assurer un soutien et une expertise propre aux plaies complexes pour le personnel infirmier dans les différents établissements de soins de santé, particulièrement les CSSS, aux prises avec des problèmes liés aux plaies dans leur milieu. Favoriser un transfert des connaissances. Assurer un usage sécuritaire de la TPN pour éviter les complications et les visites à l'urgence, puis pour réduire les coûts liés à un usage inadéquat.</p>	<p>Procédures internes à l'établissement, avec et sans équipe ou personne dédiée en soin des plaies complexes En absence d'équipe ou de personne dédiée en soin des plaies complexes, la téléconsultation en soin des plaies peut être un moyen d'avoir un avis spécialisé</p>	<p>Non-applicabilité de cette recommandation en salle de chirurgie et à l'urgence? Disparité des services de consultation en soin des plaies offerts dans les différents RUIS? Équité régionale (doit tenir compte des réalités régionales et locales où il peut y avoir une rareté des ressources spécialisées). Disponibilité des ressources dans les régions éloignées. Communication et coordination. Rapidité des réponses lors des consultations avec une équipe dédiée à l'interne et à l'externe.</p>	<p>• Données probantes Aucune indication à cet effet dans les ECR consultés. • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) La HAS précise que la TPN doit être prescrite et utilisée par des médecins spécialistes (sans détails) et des infirmières spécialisées en soins des plaies. • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires La FDA rappelle l'importance que les intervenants soient formés et possèdent les connaissances et compétences pour utiliser les dispositifs. • Savoir expérientiel Les membres du comité consultatif sont d'avis que le prescripteur initial devrait toujours se référer à une équipe dédiée avant d'amorcer la TPN. La décision devrait être prise par l'équipe dédiée suivant l'évaluation globale du patient et de la plaie afin d'assurer la sécurité de l'intervention et l'atteinte des objectifs cliniques. • Données contextuelles Au Québec, les professionnels de la santé habilités à délivrer une ordonnance pour l'usage de la TPN sont les médecins et les infirmières incluant les infirmières surspécialisées en soins des plaies (stomothérapeutes), les infirmières cliniciennes et les infirmières praticiennes. http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/determiner-le-plan-de-traitement-des-plaies La consultation auprès des professionnels de la santé de la région de la Capitale nationale et de Chaudière-Appalaches, par l'équipe de l'UETMIS du CHUQ en juillet 2009 (pour son rapport d'ETS sur l'utilisation de la TPN) a démontré que sur 13 établissements, 5 avaient des équipes, ou des personnes dédiées à la prise en charge des plaies complexes dans leurs établissements (3 hôpitaux et 2 CSSS/CLSC). Le nombre de professionnels de la santé dans les équipes dédiées variait de 2 à 12. Les équipes de base sont composées d'une infirmière et d'un médecin (omnipraticien ou spécialiste). La composition des</p>	

							<p>professionnels varie selon le milieu de soins. La multidisciplinarité était davantage présente dans les CSSS/CLSC (p. ex. nutritionniste) alors que les médecins spécialistes et les stomothérapeutes étaient davantage présents en milieu hospitalier. Les résultats de la consultation ont aussi démontré des lacunes concernant l'accessibilité et la disponibilité des ressources spécialisées nécessaires pour assurer une continuité de soins et un suivi adéquat au sein des établissements, mais aussi par les médecins de famille une fois que les patients sortaient de l'hôpital.</p> <p>Depuis 2010, le RUIS de l'Université de Sherbrooke offre un service de téléassistance en soins des plaies. Il est mentionné sur le site Internet que quelque 65 établissements et points de services sur le territoire de ce RUIS utilisent régulièrement ce service. http://www.ruisherbrooke.ca/projets-et-realizations/teleassistance-en-soins-de-plaies/</p> <p>La clinique de plaies du complexe du CSSS Alphonse-Desjardins du RUIS de l'Université Laval offre également un service de télésanté pour les plaies chroniques desservant l'ensemble du territoire couvert par ce RUIS (6 régions administratives : Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale nationale, Chaudière-Appalaches et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Ce service est offert depuis 2011. https://www.dropbox.com/s/59gyrujdlv3qtcq/La%20t%C3%A9l%C3%A9sant%C3%A9%20la%20CPC%20du%20CSSS%20Alphonse-Desjardins.wmv</p>	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence SIGN et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 1.2 <u>Une équipe ou une personne dédiée avec une expertise en soin des plaies doit être clairement identifiée et facilement accessible pour le prescripteur initial et/ou le médecin traitant, qui pourrait avoir à assurer le suivi de la TPN à la sortie du patient de l'hôpital.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présent dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/></p>	Dans toutes les situations.	Aux gestionnaires d'établissements AQESSS MSSS	Dans tous les milieux	Assurer un usage optimal et la sécurité des interventions, notamment de la TPN. Assurer un suivi adéquat et offrir du soutien pour les professionnels qui devront prendre en charge le patient qui a une TPN une fois qu'il quitte l'hôpital.	Depuis 2014, Agréments Canada à une nouvelle pratique organisationnelle requise (POR) pour les soins de plaies dédiée aux soins à domicile. L'existence de ces nouvelles normes est un élément facilitateur pour les CSSS/CLSC.	Le manque de ressources spécialisées en soin des plaies dans tout le Québec peut limiter la présence d'équipe ou de personnes dédiées en soin des plaies complexes dans des établissements	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes <p>Aucune indication à cet effet dans les ECR consultés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) <p>La HAS et la NHS précisent que la TPN doit être prescrite et utilisée par des médecins spécialistes (sans détails) et des infirmières spécialisées en soins des plaies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>À venir selon les résultats de l'exercice.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données contextuelles 	

					L'identification de professionnels de la santé experts en soin des plaies, et/ou la création d'une équipe dédiée devrait faire partie des politiques d'établissements. Des mécanismes de communications adéquats et la diffusion des services offrant une consultation spécialisée en soin des plaies pourraient assurer une utilisation optimale et sécuritaire de la TPN.	situés dans certaines régions du Québec.		
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence SIGN et force de la recommandation
Recommandation no 1.2 <u>Les professionnels de la santé consultés pour un avis spécialisé doivent être formés adéquatement et avoir des connaissances à jour sur le processus cicatriciel, la chronicisation des plaies et sur les soins nécessaires à la prise en charge des plaies complexes.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présent dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	Dans toutes les situations.	Gestionnaires	Tous les milieux.	Favoriser un usage optimal.	La formation doit favoriser une pratique réflexive basée sur des données scientifiques de bonne qualité et le savoir expérientiel (connaissances, habiletés et expériences antérieures).	Ressources et temps alloués à la formation.	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes <p>Aucune indication à cet effet dans les ECR consultés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) <p>La HAS précise que la TPN doit être prescrite et utilisée par des médecins spécialistes (sans détails) et des infirmières spécialisées en soins des plaies et qu'une formation est requise pour tous les intervenants.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires Savoir expérientiel 	

					Le transfert de connaissance en soins des plaies complexes doit être favorisé. Une mise à jour des compétences professionnelles est requise.		Les membres du comité consultatif ont mentionné l'importance que les intervenants aient reçu une formation adéquate sur le soin des plaies complexes et qu'ils aient accès à de la formation continue sur ce champ de compétence, lorsque nécessaire. <ul style="list-style-type: none"> • Données contextuelles Les membres du comité consultatif ont mentionné l'importance que les intervenants aient reçu une formation adéquate sur le soin des plaies complexes et qu'ils aient accès à de la formation continue sur ce champ de compétence, lorsque nécessaire.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Recommandation n° 1.3 La TPN doit être commencée dans un établissement de santé. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présent dans le GUO (outil de TC) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dans toutes les situations? Sinon, quelles sont les situations où il peut y avoir une dérogation?	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	Tous les milieux. <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital • CSSS • Centre de réadaptation 	Pour prévenir les complications et promouvoir la sécurité de l'intervention.	Formation et promotion de l'usage optimal notamment par l'outil de l'INESSS.	Pourrait être autrement dans le Grand Nord québécois (p. ex. dispensaire?)	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes La majorité des ECR ont été menés dans des hôpitaux, notamment dans des départements de chirurgie ou des unités de soins spécialisées. <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) La HAS et la NHS soulignent que la TPN doit être amorcée dans un établissement de santé, par des professionnels spécialisés et formés en soin des plaies. <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) et organismes réglementaires <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel Tous les membres du comité se sont entendus à la 2 ^e rencontre sur l'importance que la TPN soit commencée dans un établissement de soins de santé.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence SIGN et force de la recommandation
Recommandation n° 1.4 <u>Les candidats à la TPN doivent être sélectionnés judicieusement selon leurs caractéristiques propres et les facteurs liés à la plaie en tenant compte de leurs valeurs et de leurs préférences*.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présent dans le GUO (outil de	Dans toutes les situations. À l'exception de l'urgence où cela est difficilement applicable.	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère	Tous les milieux.	Pour prévenir les complications, et favoriser l'atteinte des objectifs cliniques menant ultimement à la guérison de la plaie.	Identifier tous les paramètres propres à l'usager et à la plaie qui entravent le processus cicatriciel et qui pourraient nuire à la sécurité de l'usager.	Ce ne sont pas tous les milieux qui ont accès facilement et en temps opportun aux différents types de professionnels de la santé et des services sociaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes Les ECR exclus généralement les participants avec des contre-indications et/ou des facteurs de risque, tels que décrits dans les monographies des fabricants. Tout est mis en œuvre pour que les participants inclus dans les études aient les conditions gagnantes favorisant le succès de l'intervention et que les risques de complications soient limités. <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) 	

<p>TC) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> *tableau des facteurs pouvant influencer la complexité de la plaie et le cercle vicieux de la non-cicatrisation présent dans la forme interactive du GUO et le rapport</p>		clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?			Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.		<p>Il n'y a pas de recommandations à cet effet dans le guide de la HAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires <p>Suite à plusieurs incidents, la FDA recommande de choisir judicieusement les candidats en examinant les facteurs de risques et en identifiant les contre-indications pour ainsi assurer la sécurité des usagers.</p> <p>De façon générale, les documents issus de consensus d'experts qui ont été consultés mentionnent que le statut nutritionnel et l'hydratation des patients doivent être évalués et stabilisés, que les comorbidités doivent être prises en charge et stabilisées (incluant les niveaux de glucose sanguin), que la pression et le débit sanguin, notamment au niveau du membre affecté par la plaie, soit adéquat et/ou que des actions aient été posées pour les stabiliser, qu'en présence d'une infection dans la plaie, celle-ci soit stabilisée, et enfin, que le lit de la plaie soit optimisé pour recevoir l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>Les membres du comité consultatif ont souligné l'importance de sélectionner le bon patient chez qui la TPN pourrait être sécuritaire et apporter un avantage clinique comparativement au traitement usuel. Un outil d'évaluation, un arbre décisionnel ou une liste de vérification pourraient être des outils cliniques intéressants pour identifier les facteurs de risques à l'usage de la TPN et la présence de facteurs pouvant nuire à la cicatrisation. Ces outils devront être développés par les établissements en se basant sur les travaux de l'INESSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données de contextualisation <p>Actuellement, au Québec, quelle est la pratique à cet égard?</p>	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								

2-Indications à l'utilisation de la TPN

Message clé no 9 **oui** **non**

Les pansements utilisés pour la TPN ne sont pas remboursés par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Commentaires-ajouts-retraits-reformulation

Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence SIGN et force de la recommandation
Recommandation n° 2.1 Générales La TPN peut être utilisée chez les patients « candidats » qui ont une plaie qui ne progresse pas vers	Plaies chroniques.	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes. Prescripteur initial : -Médecin traitant	Tous les milieux.	S. O.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.	S. O.	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes <p>Les membres du comité consultatif ont souligné l'importance de sélectionner le bon patient chez qui la TPN pourrait être sécuritaire et apporter un avantage clinique comparativement au traitement usuel. Un outil d'évaluation, un arbre</p>	

<p>une cicatrisation dans les délais prévus, malgré la prise en charge des facteurs limitatifs nuisant à la cicatrisation.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.1.2 dont la taille nécessite d'être réduite pour permettre une fermeture ou une couverture chirurgicale (greffe).</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tous présents dans le GUO (outil de TC)</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	Plaies aiguës et chirurgicales	(spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?					<p>décisionnel ou une liste de vérification pourraient être des outils cliniques intéressants pour identifier les facteurs de risques à l'usage de la TPN et la présence de facteurs pouvant nuire à la cicatrisation. Ces outils devront être développés par les établissements en se basant sur les travaux de l'INESSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) <p>La HAS a des recommandations générales quant à l'usage de la TPN. La HAS considère que la TPN doit être envisagée après l'emploi de traitements conventionnels. Plus précisément, la TPN doit être utilisée jusqu'à l'obtention d'un tissu de granulation ou de conditions suffisantes pour procéder à un geste chirurgical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires • Savoir expérientiel <p>La HAS a des recommandations générales quant à l'usage de la TPN. La HAS considère que la TPN doit être envisagée après l'emploi de traitements conventionnels. Plus précisément, la TPN doit être utilisée jusqu'à l'obtention d'un tissu de granulation ou de conditions suffisantes pour procéder à un geste chirurgical.</p>	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
<p>Recommandation n° 2.2 Plaie aiguë L'usage de la TPN peut être indiqué pour favoriser la fermeture d'une plaie aiguë dans les situations suivantes :</p> <p>2.2.1 Greffe de peau.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.2.2 Maintien de lambeaux.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.2.3 Plaie traumatique non suturable avec perte de substance étendue et/ou profonde avec ou sans infection.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.2.4 Exérèse chirurgicale avec perte de substance étendue et/ou profonde avec ou sans infection.</p>		Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	Départements de chirurgie, unité des grands brûlés, urgence?	S. O.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.	S. O.	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes <p>Greffe Les données des quatre ECR répertoriés sont en faveur de la TPN pour la chirurgie reconstructive de greffe de peau puisque des données tendent à démontrer un avantage sur la préparation du lit de la plaie et la prise du greffon. Les ECR de Petkar <i>et al.</i>, Dalla Paola <i>et al.</i> et Saiiq <i>et al.</i> 2010 ont des N intéressants (>30) et tous les patients ont fait les études. Les limites méthodologiques des études réduisent par contre la force de la preuve. Pour la prévention des complications, il est impossible de conclure à une supériorité de la TPN à prévenir les complications des plaies orthopédiques et/ou reconstructives notamment dues à l'hétérogénéité des indicateurs cliniques, du type de plaie, de la faiblesse des données et de la qualité des études. D'autres études sont nécessaires pour statuer.</p> <p>Maintien de lambeaux Aucune donnée issue d'ECR recensés dans la littérature à cet égard.</p> <p>Plaie post-traumatique Les résultats de deux ECR sur l'efficacité de la TPN à réduire le temps pour fermer des fractures ouvertes du tibia de type II, IIIA et IIIB, selon la classification de Gustilo par première intention, sont contradictoires. Les données ne permettent</p>	

<p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.2.5 Déhiscence de plaie opératoire étendue et/ou de situation défavorable.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.2.6 Brûlure.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.2.7 Plaie ouverte de l'abdomen ou plaie ouverte du thorax*.</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tous présents dans le GUO (outil de TC)</p> <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>							<p>donc pas d'émettre une conclusion à savoir si la TPN a une efficacité supérieure aux autres traitements en ce qui concerne la diminution du temps requis pour la fermeture de plaies ouvertes post-traumatiques au niveau du tibia. D'autres études de plus grande ampleur, de bonne qualité méthodologique et ciblant des plaies plus homogènes sont nécessaires pour conclure à une efficacité supérieure ou non de la TPN pour cet indicateur. Il y a un ECR qui a montré des résultats en faveur de la TPN pour la prévention des infections profondes de ce type de plaie. Le risque relatif (RR) est de 0,199 avec un intervalle de confiance à 95 % se situant entre 0,045 et 0,874. Par contre, cette étude avait certaines limites méthodologiques. D'autres études d'une plus grande ampleur et bien effectuées sont nécessaires pour statuer.</p> <p>Deux revues systématiques combinant les plaies chirurgicales, traumatiques et les greffes, dont une est la mise à jour de l'autre, concluent que due à l'hétérogénéité des indicateurs et des plaies et au fait que les ECR comportent tous un risque de biais méthodologique relativement élevé, il est impossible d'émettre une conclusion en faveur de la TPN pour la fermeture complète de ces types de plaies par première intention. D'autres ECR de bonne qualité sont requis pour supporter l'usage de la TPN pour ces indications.</p> <p>Abdomen ouvert Une RS traitant de l'efficacité de la TPN pour les abdomens ouverts, publiée en 2014, a été recensée. Les auteurs concluent que la TPN est la technique la plus efficiente pour protéger et fermer temporairement un abdomen ouvert.</p> <p>Brûlure L'unique étude incluse dans la RS Dumville <i>et al.</i> s'est avérée de faible qualité méthodologique. Les auteurs n'ont pas donné de description sur la méthode de randomisation et aucun détail sur la comparabilité des brûlures. En l'absence de résultats probants, les auteurs de la RS n'ont pu tirer aucune conclusion. Les auteurs suggèrent d'effectuer d'autres études de bonne qualité sur ce sujet.</p> <p>Exérèse chirurgicale Aucune donnée issue d'ECR recensés dans la littérature à cet égard.</p> <p>Déhiscence de plaie opératoire Aucune donnée issue d'ECR recensés dans la littérature à cet égard.</p> <p>• Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %)</p> <p>Grefe Krug <i>et al.</i> (2011) suggère également des niveaux de pression continue lorsque la TPN est utilisée comme un soutien. Les auteurs suggèrent que la TPN doit être laissée en place durant trois à sept jours suivant la greffe, et son usage doit être prescrit et évalué par un spécialiste*.</p> <p>Maintien de lambeaux Concernant l'application de lambeaux, il y a peu de littérature. Cette technique nécessite plusieurs séances de débridements pour retirer les tissus nécrotiques. Les recommandations émises par Krug <i>et al.</i> se fondent principalement sur l'opinion d'experts. Les auteurs soulignent que la TPN pourrait être utilisée sur des lambeaux après débridement puisqu'ainsi les plaies sont considérées comme des plaies traumatiques ouvertes (tissus mous). Les objectifs cliniques sont alors les mêmes que</p>	
---	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>ceux énumérés précédemment pour ce type de plaie. D'autre part, la TPN pourrait être utilisée sur le site donneur pour promouvoir la fermeture par deuxième intention ou encore faire progresser la plaie pour permettre une greffe de peau.</p> <p>Plaie post-traumatique</p> <p>Toutes les recommandations de bonnes pratiques s'entendent pour dire que la TPN peut être utilisée en urgence. La HAS recommande l'utilisation de la TPN pour une plaie traumatique non suturable avec perte de substance étendue et/ou profonde avec ou sans infection. Cette recommandation se fonde sur les données scientifiques de deux ECR et l'expérience des experts consultés. L'objectif primaire est de favoriser la formation d'un tissu de granulation de qualité pour rapidement procéder à la fermeture chirurgicale ou favoriser la cicatrisation par deuxième intention. Par contre, la fermeture temporaire et le drainage d'exsudat sont d'autres objectifs qui pourraient être poursuivis par l'application de la TPN pour ce type de plaie. Pour les fractures ouvertes, Krug <i>et al.</i> recommandent l'utilisation de la TPN lorsque la fermeture chirurgicale est impossible ou entre les débridements (grade B, niveaux de preuves 1, 3 et 4). L'objectif est également de fermer temporairement la plaie en attendant un geste de couverture chirurgicale (grade B, niveaux de preuves 1 et 3) puis de réduire la complexité de la plaie en favorisant la formation d'un tissu de granulation de qualité (grade C, niveaux de preuves 2 et 3).</p> <p>Abdomen ou thorax ouvert</p> <p>Dans le cas de plaies abdominales, la HAS considère que la TPN devrait être utilisée seulement pour une fermeture temporaire de la cavité abdominale afin de réduire le risque d'hyperpression intra-abdominale avant un geste chirurgical complémentaire. Les éléments de preuve se limitent par contre à un ECR. Bruhin <i>et al.</i> recommandent l'utilisation de la TPN en première intention pour les plaies ouvertes de l'abdomen de grades⁷ 1 et 2 pour fermer temporairement l'ouverture en vue de gestes chirurgicaux complémentaires (grade B, niveaux de preuves 2 et 3). À cette fin, ces auteurs conseillent d'utiliser une interface non adhérente pour protéger les organes et prévenir la progression vers les grades 3 ou 4 (opinion d'experts). Pour les plaies de l'abdomen de grade 4, la TPN peut être utilisée pour favoriser la formation d'un tissu de granulation et aider au succès de la greffe de peau (grade B, niveaux de preuves 1, 2, et 3). Les objectifs cliniques visés sont, selon le grade de la plaie, la protection des organes et la prévention des complications (p. ex. infection, formation d'adhérences), la gestion de l'œdème, la fermeture temporaire en vue d'un geste chirurgical complémentaire et la préparation du lit de la plaie en vue d'une greffe de peau.</p> <p>Brûlure</p> <p>La HAS ne se prononce pas sur l'utilisation de la TPN pour les brûlures. Krug <i>et al.</i> mentionnent que l'objectif clinique primaire visé par l'utilisation de la TPN sur des brûlures est de préparer les plaies en favorisant la formation d'un tissu de granulation en vue d'un geste de couverture chirurgicale. La TPN ne devrait pas être utilisée en vue de prévenir la progression de la plaie.</p>
--	--	--	--	--	--	---

⁷ Le document de Bruhin *et al.* utilise la classification suivante pour les plaies ouvertes de l'abdomen : grade 1a-sans adhérence entre les intestins et la cavité abdominale, grade 1b-contaminé ou avec adhérence, grade 2a-abdomen ouvert ayant développé une adhérence, grade 2b-abdomen ouvert contaminé avec adhérence, grade 3-abdomen ouvert avec la formation de fistules, grade 4-abdomen ouvert avec adhérence à l'intestin avec incapacité de procéder à une fermeture chirurgicale, avec ou sans fistule.

					<p>Exérèse chirurgicale La HAS note que la TPN pour être utilisé pour les exérèses chirurgicales avec perte de substance étendue et/ou profonde avec ou sans infection.</p> <p>Déhiscence de plaie opératoire La HAS note que la TPN pour être utilisé pour la désunion de plaie opératoire étendue et/ou de situation défavorable.</p> <p>Krug <i>et al.</i> distinguent les études traitant des plaies traumatiques affectant les tissus mous et celles provenant des fractures ouvertes. Pour les premières, les auteurs mentionnent que la TPN peut être utilisée sur une plaie où la fermeture chirurgicale est impossible, après ou entre les épisodes de débridement. Dans ce cas, elle a comme objectif de fermer temporairement la plaie en attendant un geste de couverture chirurgicale. Cette recommandation se fonde sur des études de cohortes et l'opinion d'experts (grade C, niveaux de preuves 2 et 3). L'objectif secondaire est d'améliorer la qualité du tissu de granulation pour favoriser le succès de la reconstruction (greffe de peau) (grade C, niveaux de preuves 2 et 3). Toutefois, il est précisé que la TPN devrait être cessée dès que la fermeture chirurgicale est possible.</p> <p>•Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires</p> <p>Tous indiqué par les fabricants et homologués par Santé Canada. Abdomen ouvert : les auteurs de la RS ont élaboré des recommandations avec des experts dont :</p> <p>1-TPN continue jusqu'à -80mmHg recommandée*. 2-Utiliser comme premier choix pour la fermeture temporaire des ouvertures classifiées 1A et 2, mais seulement lorsque les professionnels sont expérimentés avec la technique. 3-L'usage de la TPN peut être concomitante avec l'application de sutures, mèches ou le système ABRA*. 4-Toujours utiliser une interface non adhérente pour protéger les organes exposés et prévenir la progression vers les stades 3 et 4 (opinion d'experts). 5-Pour le grade 4, la TPN est possible pour favoriser la formation d'un tissu de granulation et préparer le lit de la plaie en vue d'une greffe de peau. 6-Pour le grade 4, la TPN devrait être utilisée pour maintenir et sécuriser la greffe de peau sur l'abdomen.</p> <p>•Savoir expérientiel</p> <p>Ajouter des informations en lien avec la pratique et l'expérience des membres</p> <p>•Données contextuelles</p> <p>Les membres du comité ont souligné l'importance de prendre des termes québécois et non européens pour s'arrimer avec notre contexte et pour que les termes soient compris par les professionnels. Selon les consultations menées par l'UETMIS du CHUQ en 2009, les plaies post-opératoire et les plaies post-traumatiques étaient respectivement les 2^e et 3^e types</p>
--	--	--	--	--	--

							de plaies complexes où l'usage de la TPN en milieu hospitalier était le plus fréquent. Les plaies post-opératoires avec TPN étaient quant à elles les plus fréquentes en CSSS/CLSC.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence SIGN et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 2.3 Plaie chronique. L'usage de la TPN peut être indiqué pour favoriser la fermeture d'une plaie chronique dans les situations suivantes :</p> <p>2.3.1 Ulcère de jambe (artériel, veineux ou mixte) nécessitant une greffe de peau cutanée où la plaie a démontré une résistance au traitement local bien effectué. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.3.2 <u>Ulcère</u> de pied diabétique avec perte de substance étendue et/ou profonde non-ischémique, après une prise en charge d'une éventuelle infection de l'os ou des tissus mous et après <u>un débridement</u>. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>2.3.3 Ulcère de pression de stade III ou IV dans l'objectif d'un geste de couverture chirurgical où la plaie a démontré une résistance au traitement local bien effectué. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tous présents dans le GUO (outil de TC) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>		Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	Tous les milieux.	S. O.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.	S. O.	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes <p>Peu d'ECR ont été recensés concernant les plaies chroniques avec des patients homogènes pour un type de plaie. Les ulcères de jambe et les plaies de pression se retrouvent souvent dans des études hétérogènes où il est difficile d'établir une efficacité de l'intervention sur un type de plaie en particulier. Ces études incluent également des patients avec ulcère de pied diabétique.</p> <p>Ulcère de pied diabétique</p> <p>Les données ne permettent pas de déterminer de façon fiable si la TPN offre un avantage supérieur aux traitements conventionnels pour réduire les dimensions des ulcères chez les sujets diabétiques. Des études de plus grande envergure et de bonne qualité méthodologique sont requises pour statuer.</p> <p>Bien que les études comportent des risques de biais, la majorité des ECR qui ont évalué l'efficacité de la TPN chez les patients diabétiques souffrant d'ulcères de pied ont démontré un bénéfice statistiquement significatif de cette intervention comparativement au traitement conventionnel sur le temps requis pour que la plaie soit recouverte d'un tissu de granulation ou suffisamment réduite pour permettre une fermeture chirurgicale chez les patients diabétiques. La fenêtre d'opportunité de la TPN pour la fermeture spontanée se situerait dans les quatre premières semaines. Des études d'une plus grande amplitude et de bonne qualité méthodologique permettraient de renforcer la preuve voulant que la TPN ait un avantage clinique sur le temps de guérison des plaies chez les patients diabétiques souffrant d'un ulcère de pied comparativement à un traitement conventionnel.</p> <p>Considérant le peu de données et les limites importantes de ces études, il est impossible de se prononcer sur l'efficacité de la TPN à prévenir les infections des plaies chez les sujets souffrant d'un ulcère du pied diabétique ou encore les risques d'amputations. Des études d'une plus grande amplitude et de bonne qualité méthodologique seraient nécessaires pour vérifier si la TPN a un réel avantage comparativement aux autres traitements dans la prévention des complications des ulcères chez les patients diabétiques.</p> <p>Aucune donnée fiable issue d'ECR ne prouve que la TPN ait un réel bénéfice sur la qualité de vie des patients diabétiques souffrant d'un ulcère de pied. La qualité de vie est un indicateur très subjectif qui dépend du jugement des patients, de leur vécu, de leur valeur et de leur tolérance à la douleur. Des études de plus grande</p>	

					<p>envergure, de bonne qualité méthodologique avec des devis d'études adéquats pour évaluer l'efficacité de la TPN sur la qualité de vie sont nécessaires pour conclure en faveur ou non de la TPN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) <p>Ulcère de jambe La HAS n'a émis qu'une seule recommandation fondée sur un ECR et l'expérience clinique voulant que la TPN devrait être utilisée seulement pour les ulcères de jambe résistants à un traitement local et suffisamment prolongé (de 3 à 6 mois) en vue d'un geste de couverture chirurgicale par greffe cutanée. Cette recommandation est motivée par l'objectif clinique poursuivi qui consiste à favoriser la formation d'un tissu de granulation de qualité nécessaire au succès de la greffe de peau. Pour leur part, Vig <i>et al.</i> mentionnent que la TPN peut être considérée comme une thérapie avancée dans le traitement des ulcères de jambes issus d'une insuffisance vasculaire chronique, mais que son usage devrait faire suite à une évaluation du potentiel de revascularisation et ne jamais être une alternative à la revascularisation (grade C, niveaux de preuves 1, 3 et 4). Les auteurs affirment que la TPN n'est pas recommandée pour des ulcères de jambes aiguës (grade D). Enfin, la prescription de la TPN dans le traitement des ulcères de jambe devrait, selon ce groupe d'experts, être délivrée par un spécialiste afin de vérifier si d'autres options thérapeutiques pourraient être plus avantageuses que la TPN pour atteindre les objectifs cliniques [Vig <i>et al.</i>, 2011]. Pour les ulcères veineux, Vig <i>et al.</i> recommandent que la TPN soit utilisée uniquement pour préparer le lit de la plaie en vue d'une couverture chirurgicale chez des patients où la compression, qui est le traitement de première intention pour ce type de plaie, ne s'est pas révélée efficace (grade B, niveau de preuves 1).</p> <p>Ulcère du pied diabétique Il y a certaines évidences cliniques que la TPN est bénéfique pour aider à la fermeture des ulcères du pied diabétique et prévenir les complications (prévention des amputations partielles ou des besoins pour une autre intervention chirurgicale). À cet égard, la HAS, fondée sur un ECR et l'opinion d'experts cliniciens, recommande d'utiliser la TPN pour les ulcères du pied avec perte de substance étendue et/ou pour les plaies profondes. Les objectifs cliniques consistent à raccourcir les délais de cicatrisation et éviter les complications. Toutefois, l'ulcère doit être non ischémique et le potentiel de revascularisation doit avoir été évalué. L'infection des tissus mous ou de l'os, si présente, doit avoir été prise en charge et le débridement doit avoir été effectué. L'usage devrait être temporaire après un traitement local conventionnel bien conduit. Pour leur part, Vig <i>et al.</i> mentionnent que la TPN devrait être utilisée uniquement chez des patients diabétiques ayant un ulcère du pied récalcitrant, après un débridement chirurgical ou une amputation partielle et où il y a un potentiel de revascularisation (grade A, niveaux de preuves 1, 2 et 3). L'objectif primaire est de faire progresser l'ulcère afin de permettre une fermeture par deuxième intention ou encore de le réduire suffisamment pour rendre possible un geste de couverture chirurgicale. Par contre, la TPN doit être retirée une fois que l'ulcère a bien progressé. Par ailleurs, certaines évidences cliniques montrent que la TPN préviendrait aussi les complications. C'est pourquoi Vig <i>et al.</i> ont émis une recommandation à cet effet voulant que la TPN soit envisagée dans le but de prévenir les amputations ou les autres amputations (grade B, niveaux de preuves 1, 2, 3 et 4).</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>Ulcère de pression stade III ou IV</p> <p>Pour les ulcères de pression, la HAS recommande, sous la base de deux ECR (résultats non significatifs, c.-à-d. absence de preuve d'une supériorité significative de la TPN comparativement au traitement conventionnel) et de l'expérience clinique des experts consultés, l'utilisation de la TPN pour les ulcères de pression de stade III et IV résistants au traitement général bien effectué. L'objectif clinique est de préparer l'ulcère pour poser un geste de couverture chirurgicale. Dans le document de Vig <i>et al.</i>, il est précisé que la TPN peut être utilisée jusqu'à ce qu'une fermeture chirurgicale soit possible (grade C, niveaux de preuves 1 et 3) ou considéré pour une fermeture par 2^e intention (grade B, niveaux de preuves 1, 2, 3). D'autre part, fondée en partie sur deux ECR et plusieurs études de niveau 3 rapportant que la TPN favorise la formation d'un tissu de granulation sur les ulcères de pression, Vig <i>et al.</i> ont émis une recommandation voulant que la TPN puisse être utilisée pour diminuer les dimensions et améliorer la qualité du lit de l'ulcère (grade B, niveaux de preuves 1, 2 et 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires <p>Tous indiqué par les fabricants et homologués par Santé Canada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>Ajouter des informations en lien avec la pratique et l'expérience des membres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données contextuelles <p>Il y a certaines évidences cliniques que la TPN est bénéfique pour aider à la fermeture des ulcères du pied diabétique et prévenir les complications (prévention des amputations partielles ou des besoins pour une autre intervention chirurgicale). À cet égard, la HAS, fondée sur un ECR et l'opinion d'experts cliniciens recommande d'utiliser la TPN pour les ulcères du pied avec perte de substance étendue et/ou pour les plaies profondes. Les objectifs cliniques consistent à raccourcir les délais de cicatrisation et éviter les complications. Toutefois, l'ulcère doit être non ischémique et le potentiel de revascularisation doit avoir été évalué. L'infection des tissus mous ou de l'os, si présente, doit avoir été prise en charge et le débridement doit avoir été effectué. L'usage devrait être temporaire après un traitement local conventionnel bien conduit. Pour leur part, Vig <i>et al.</i> mentionnent que la TPN devrait être utilisée uniquement chez des patients diabétiques ayant un ulcère du pied récalcitrant, après un débridement chirurgical ou une amputation partielle et où il y a un potentiel de revascularisation (grade A, niveaux de preuves 1, 2 et 3). L'objectif primaire est de faire progresser l'ulcère afin de permettre une fermeture par deuxième intention ou encore de le réduire suffisamment pour rendre possible un geste de couverture chirurgicale. Par contre, la TPN doit être retirée une fois que l'ulcère a bien progressé. Par ailleurs, certaines évidences cliniques montrent que la TPN préviendrait aussi les complications. C'est pourquoi Vig <i>et al.</i> ont émis une recommandation à cet effet voulant que la TPN soit envisagée dans le but de prévenir les amputations ou les autres amputations (grade B,</p>
--	--	--	--	--	--	---

							niveaux de preuves 1, 2, 3 et 4).	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
3-Contre-indications, facteurs de risque et précautions à l'utilisation de la TPN								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 3.1 <u>Ne pas amorcer la TPN lorsque les contre-indications absolues suivantes sont présentes :</u></p> <p>3.1.1 Dysfonction plaquettaire non stabilisée. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.2 Anticoagulothérapie non contrôlée ou patient non observant à l'anticoagulothérapie. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.3 Saignements actifs. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.4 Ostéomyélite non traitée. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.5 Patient en choc septique. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.6 Tumeur maligne dans la plaie (à l'exception des soins palliatifs améliorant la qualité de vie). oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.7 Organes et structures vitaux (p. ex. artères, veines, nerfs) non protégés. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.8 Fistule non entérique et non explorée. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.9 Tissus nécrotiques avec escarre (escarre et/ou tissus nécrotiques humides).</p>	Dans toutes les situations.	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	Dans tous les milieux.	Pour assurer la sécurité de l'intervention et éviter les complications.	Formation des intervenants.	À l'urgence, est-ce un défi?	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires <p>La HAS et du NHS abordent les contre-indications. Ces données sont en accord avec les monographies des fabricants et la FDA. Les auteurs rapportent que la TPN ne devrait pas être utilisée lorsqu'il y a présence des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignements actifs. • Fistule non exclue. • Plaie tumorale. • Infection non contrôlée de la plaie. • Présence de tissu nécrotique nécessitant un parage. <p>Tous les autres se trouvent dans les recommandations de l'INESSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>Ajouter des informations en lien avec la pratique et l'expérience des membres</p>	

<p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.10 Insuffisance artérielle des membres inférieurs non revascularisés.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.11 Allergie à tout matériel requis pour la procédure.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.1.12 Pyoderma gangrenosum.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>								
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 3.2 <u>Il est recommandé de juger de la sécurité et de la pertinence de la TPN lorsque les facteurs de risques suivants sont observés chez le patient :</u></p> <p>3.2.1 Déshydratation -Incontinence; -Transpiration excessive; -Patient de petite taille (nouveau-né, enfant, adulte, personne âgée).</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.2 À haut risque d'hémorragie ou de saignement.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.3 Prenant un antiplaquettaire ou un anticoagulant.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.4 Patient avec : -vaisseaux sanguins friables ou infectés; -anastomose vasculaire; -ostéomyélite; -fragment d'os dans la plaie;</p>	Précaution selon les types de plaies (information présentée dans la forme interactive et le rapport).	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	Dans tous les milieux.	Pour assurer la sécurité de l'intervention, éviter les complications et promouvoir les bénéfices selon les caractéristiques propres aux patients.	Formation des intervenants.	<p>À l'urgence, est-ce un défi? Comment est-ce pris en charge à cet endroit? Attente de résultats de labo avant la TPN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires <p>La HAS et du NHS abordent les contre-indications. Ces données sont en accord avec les monographies des fabricants et les documents issus de la FDA. Les auteurs rapportent que la TPN ne devrait pas être utilisée lorsqu'il y a présence des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignements actifs. • Fistule non exclue. • Plaie tumorale. • Infection non contrôlée de la plaie. • Présence de tissu nécrotique nécessitant un parage. <p>Tous les autres se trouvent dans les recommandations de l'INESSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>Ajouter des informations en lien avec la pratique et l'expérience des membres</p>	

<p>-fistule entérique.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.5 Condition sociale ou psychologique empêchant l'observance et l'adhésion au traitement ou la sécurité.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.6 Patient de petite taille.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.7 Avec problème d'obésité/surpoids.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.2.8 Sédentarité/ mobilité réduite.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>								
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 3.3 <u>Une attention particulière doit être portée lorsque les situations suivantes sont rencontrées :</u></p> <p>3.3.1 Les patients nécessitant une imagerie par résonance magnétique, une thérapie par oxygène hyperbare ou une défibrillation doivent recevoir une attention particulière s'ils sont sous traitement TPN (liste non exhaustive).</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>3.3.2 Plaie près du nerf vague.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>Dans toutes les situations.</p>	<p>Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Préscripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?</p>	<p>Dans tous les milieux.</p>	<p>Pour assurer la sécurité de l'intervention et éviter les complications.</p>	<p>Formation des intervenants.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires <p>Information issues de documents de la FDA et des monographies des fabricants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>Ajouter des informations en lien avec la pratique et l'expérience des membres</p>	

3.3.3 Plaie près de la moelle épinière. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>							
--	--	--	--	--	--	--	--

4-Effets indésirables et complications les plus fréquemment rapportés (dans les ECR et la littérature grise consultées)

Dus aux paramètres de l'intervention ou à une mauvaise utilisation Douleur Hémorragie locale/hématome Ampoule Sérome Développement d'une allergie Fistule	Macération de la peau péri-lésionnelle Infection post-application Irritation de la peau Dermatite fongique Rétention de morceaux de pansement dans la plaie
--	---

Affectant la qualité de vie Douleur Bruit (surtout gênant la nuit) Asservissement permanent au dispositif Limitation de la mobilité Difficultés reliées à l'utilisation Stress/anxiété Odeurs Peut nuire à la vie sociale et influencer l'estime de soi
--

Complications en lien avec les facteurs de risque Septicémie Choc hypovolémique Risque d'arrêt cardiaque si perte d'électrolyte trop importante Mortalité
--

Commentaires-ajouts-retraits
Dus aux paramètres de l'intervention ou à une mauvaise utilisation :
Affectant la qualité de vie :
Complications en lien avec les facteurs de risque :

5-Détermination des objectifs cliniques de traitement

Message clé 10 oui non
 Des objectifs de traitement clair en lien avec l'évolution de la plaie, selon le type de plaie complexe et les caractéristiques du patient à traiter, doivent être déterminés avant l'amorce de la TPN.

Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
Recommandation n° 5 Les <u>objectifs cliniques</u> suivants doivent être ciblés pour le traitement des plaies complexes aiguës par la TPN : 5.1 Accélérer la formation d'un	Dans toutes les situations.	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant	Dans tous les milieux.	Pour assurer un usage optimal.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.		<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) La HAS mentionne les objectifs communs suivants : Accélérer la formation d'un tissu de granulation de qualité et drainer les exsudats <u>Objectifs spécifiques aux plaies aiguës</u> : Constituer un pansement temporaire avant un geste chirurgical complémentaire.	

<p>tissu de granulation de qualité incluant la néo-angiogenèse. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 Réduire les délais de fermeture d'une plaie. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 Drainer les exsudats et réduire l'œdème péri-lésionnel. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5.4 Diminuer la taille de la plaie en vue d'une fermeture (p. ex., sutures, agrafes) ou d'une couverture chirurgicale (greffe cutanée). oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5.4 Éviter la rétraction des bords cutanés en cas de déhiscence d'une plaie chirurgicale (opératoire?). oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>5.5 Constituer un pansement temporaire avant un geste chirurgical complémentaire. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tous présents dans le GUO (outil de TC) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>		<p>(spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?</p>					<p>- Éviter la rétraction des berges cutanées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectifs spécifiques aux plaies chroniques : - Éviter les complications liées à la chronicisation de la plaie. ▪ Particularités pour les cas de laparotomie : - Limiter la rétraction des berges musculo-aponévrotiques pour aider à la fermeture précoce de la laparotomie. • Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes réglementaires <p>Certains auteurs des RBP ont des objectifs plus précis comme une diminution de 50 % du volume de la plaie et l'atteinte d'un tissu de granulation à 80 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir expérientiel <p>Les membres ont rappelé l'importance de l'objectif 5.1 et d'arrêter la TPN une fois que le tissu de granulation touche les bords de la plaie, car cela empêche la fermeture. L'utilisation de termes québécois a aussi été précisée.</p>	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								

6-Amorce de la TPN								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 6.1 S'assurer que l'ordonnance et le plan de traitement soient clairs et complets avec les informations suivantes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>6.1.1 Objectifs généraux et critères cliniques visés par le traitement. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>6.1.2 Durée estimée pour l'obtention des objectifs</p>	<p>Dans toutes les situations.</p>	<p>Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?</p>	<p>Dans tous les milieux.</p>	<p>Pour assurer un usage optimal, la sécurité de l'intervention et pour faciliter le travail des professionnels qui feront le suivi du patient et de sa plaie.</p>	<p>Politique interne des établissements.</p>		<p>Savoir expérientiel Information à venir selon l'expérience des membres</p>	

cliniques visés. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 6.1.3 Choix du dispositif préconisé. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 6.1.4 Les paramètres techniques liés au système de TPN (pression, intensité, mode). oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 6.1.5 Les critères cliniques d'évaluation de la plaie. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 6.1.6 Les paramètres à monitorer. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Tous présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (préciser lesquels dans commentaires, au besoin)								
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
Recommandation n° 6.2 Les facteurs à considérer dans le choix du dispositif* reposent sur la disponibilité, le coût, la facilité d'utilisation, le milieu de soins, les effets indésirables et les différences existant entre les technologies concernant le type de pansement, la pression et le mode. Certains paramètres liés au patient doivent également être pris en considération dans la prise de décision. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC)	S. O.	S. O.	S. O.	Pour assurer un usage optimal, efficient et maintenir une certaine qualité de vie selon le patient et la plaie complexe à traiter.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.	S. O.	<ul style="list-style-type: none"> Données probantes <p>Les données actuellement disponibles n'indiquent pas de différence d'efficacité entre les différentes technologies offertes au Québec. Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) La HAS statue qu'il n'y a pas d'évidence montrant une différence d'efficacité entre les technologies.</p>	

oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> *tableau des caractéristiques différentielles des technologies disponibles sur le marché au Québec dans la forme interactive et le rapport?								
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Recommandation n° 6.3 En général, il est recommandé d'utiliser une pression entre -80 et -125 mmHg pour le traitement des plaies aiguës ou chroniques*. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> *Dans la forme interactive mettre un tableau avec des pressions recommandées selon les types de plaies lorsque possible basé sur les infos des membres du comité et les RBP recensées?	Dans tous les cas où ce mode est employé.	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	S. O.	Pour assurer un usage optimal et sécuritaire selon le patient et la plaie complexe à traiter.	S. O.		Données probantes Tous les ECR recensés ont utilisé des pressions se situant dans cet intervalle. Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) Certaines particularités peuvent être possibles selon le type de plaie. Voir section 2 dans les indications.	
Recommandation n° 6.4 Éviter l'utilisation de pression élevée dans les situations suivantes : 6.4.1 Plaies avec vascularité diminuée, compromise ou à risque d'ischémie. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 6.4.2 Présence de beaucoup d'exsudat ou de liquide dans la plaie. Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dans toutes les situations.	Équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?	Dans tous les milieux.	Pour assurer un usage optimal et sécuritaire selon le patient et la plaie complexe à traiter.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.		Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) Les auteurs Birke-Sorensen mentionnent cette recommandation issue de leur revue systématique.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
Recommandation n° 6.4	Dans tous	Équipe ou personne-	Dans tous les	Pour assurer	Outil de		• Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes	

<p>Le mode continu est généralement recommandé pour les situations suivantes :</p> <p>6.4.1 Patient présentant un risque accru de saignement. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>6.4.2 Plaie à forte exsudation. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>6.4.3 Lambeaux et greffons récents. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>6.4.4 Plaies comportant des fistules entériques aiguës. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (préciser lesquels dans commentaires, au besoin)</p>	<p>les cas où ce mode est employé.</p>	<p>ressource dédiée au soin des plaies complexes Prescripteur initial : -Médecin traitant (spécialistes et omnipraticiens)? -Infirmier/ère clinicien/ne? -Infirmier/ère praticien/ne?</p>	<p>milieux.</p>	<p>un usage optimal et sécuritaire selon le patient et la plaie complexe à traiter.</p>	<p>l'INESSS, transfert de connaissance et formation.</p>		<p>réglementaires</p> <p>Informations présentes dans les monographies des dispositifs</p>	
<p>Commentaires-ajouts-retraits-reformulation</p>								
<p>Pistes de recommandations</p>	<p>Quand?</p>	<p>À qui s'adresse la recommandation ?</p>	<p>Où s'applique-t-elle?</p>	<p>Pourquoi adopter cette recommandation?</p>	<p>Comment la mettre en œuvre?</p>	<p>Éléments à prendre en considération</p>	<p>Les recommandations découlent des constats suivants :</p>	<p>Niveau d'évidence et force de la recommandation</p>
<p>Recommandation n° 6.6 <u>Tous les intervenants qui appliquent la TPN et changent les pansements doivent avoir les connaissances et les compétences adéquates et à jour sur le type de dispositif utilisé, les signes de complications possibles et les actions à poser, le cas échéant.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>Dans toutes les situations.</p>	<p>Aux gestionnaires d'établissements.</p> <p>Équipe soignante : Infirmières cliniciennes et auxiliaires.</p>	<p>Dans tous les milieux, incluant les soins à domicile.</p>	<p>Pour assurer la sécurité de l'intervention et augmenter la confiance des professionnels qui utilisent la TPN.</p>	<p>Présence d'une équipe ou d'une personne dédiée dans l'établissement qui peut faire du transfert de connaissances. Présence d'infirmières-pivots en soin des plaies qui peuvent faire du transfert de connaissances? Transfert de connaissances par les RUIS qui offre la téléconsultation en soin des plaies? Former le</p>	<p>Roulement de personnel. Besoin d'une présence quotidienne de ressources formées pour changer les pansements et appliquer la TPN. Souvent, la formation est donnée par les représentants des fabricants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires <p>Toutes les RBP parlent de l'importance d'avoir des intervenants bien formés. La FDA souligne aussi l'importance de former le patient et les proches.</p>	

Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
personnel soignant.								
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
<p>Recommandation n° 6.7 <u>Les précautions standard de contrôle des infections pour tous les patients doivent être mises en œuvre selon le protocole préétabli par l'établissement, quel que soit le diagnostic ou l'état présumé de l'infection.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	Dans toutes les situations.	Pour tous les professionnels de la santé qui suivent le patient.	Dans tous les milieux.	Prévenir les infections.	Présence de normes dans les établissements.	Le temps alloué aux changements de pansements.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires 	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
<p>Recommandation n° 6.8 <u>En cas de laparotomie, empêcher le contact entre le tube digestif et le système en dépression pour éviter la création d'une fistule digestive.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>		Pour les chirurgiens et leurs équipes.	Salle de chirurgie.	Pour assurer la sécurité de l'intervention.	Voir info dans les recommandations, point 2.2.		Voir info concernant les abdomens ouverts dans les indications, point 2.2.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi	Comment	(risques/barrières)	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
<p>Recommandation n° 6.9 <u>Éviter que le patient soit alité sur la tubulure (risque d'escarre).</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	Dans toutes les situations.	L'équipe soignante.	Dans tous les milieux.	Pour assurer un usage optimal et maintenir la qualité de vie du patient.			<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques <p>HAS</p>	

Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
Recommandation n° 6.10 <u>Envisager une surface d'appui appropriée lors du changement de pansements.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dans toutes les situations.	L'équipe soignante.	Dans tous les milieux.	Pour assurer un usage optimal et sécuritaire.			Savoir expérientiel Un membre a suggéré cet élément.
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
Recommandation n° 6.11 <u>Pour minimiser les risques liés aux changements de pansements, il est recommandé de :</u> 6.11.1 Noter le nombre de morceaux de pansements placés sur la plaie pour ne pas en oublier lors du changement. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 6.11.2 Ne pas découper les pansements directement au-dessus de la plaie pour éviter que des débris y tombent. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dans toutes les situations.	L'équipe soignante.	Dans tous les milieux.	Pour assurer un usage optimal et sécuritaire.			<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires La FDA souligne ces points importants à faire attention.
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
Recommandation n° 6.12 <u>Reprendre la TPN le plus rapidement possible une fois que le patient est transféré dans un autre milieu de soin ou à domicile afin que la plaie demeure humide.</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dans toutes les situations.	Les équipes soignantes. L'équipe ou la personne dédiée. Le prescripteur initial.	Dans tous les milieux.	Pour assurer un usage optimal et sécuritaire.	Bon plan de communication entre les établissements.		<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires Tirées de la monographie VAC.
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
Recommandation n° 6.13 <u>Ne jamais laisser un pansement en place sans l'utilisation active</u>	Dans toutes les situations.	Les équipes soignantes. L'équipe ou la	Dans tous les milieux	Pour assurer un usage optimal et			<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires Tirées de la monographie VAC.

de la pompe pendant plus de 2 heures. Si le traitement est interrompu plus de 2 heures, retirer l'ancien pansement et irriguer la plaie. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		personne dédiée. Le prescripteur initial.		sécuritaire.				
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								

7- Suivi de l'évolution de la plaie et durée maximale de la TPN

Message clé n° 11 (MC11) oui non

L'évaluation régulière du patient, de la plaie (taille, aspect, qualité du tissu de granulation, quantité et type d'exsudat, aspect des rebords) et de la peau environnante est cruciale pour décider de la poursuite ou de l'arrêt du traitement.

Message clé n° 12 (MC12) oui non

Le patient, et/ou son aidant, de même que le personnel soignant côtoyant l'usager, incluant les préposés aux bénéficiaires, devraient être vigilants et avoir les connaissances requises pour reconnaître tout signe de complications liées à l'usage de la TPN.

Commentaires-ajouts-retraits-reformulation

Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
Recommandation n° 7.1 Les pansements devraient être changés aux 48 à 72 heures, selon l'état de la plaie et le volume d'exsudat*. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> *L'information propre aux types de plaies pourrait se trouver dans la forme interactive (selon les RBP recensées).	Dans toutes les situations?	Prescripteur initial. Infirmières cliniciennes et auxiliaires.	Dans tous les milieux.	S. O.	Propre à l'organisation du travail dans les différents milieux de soins.		Données probantes Tous les ECR recensés ont utilisé cette cadence de changement. En accord avec les monographies des fabricants.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
Recommandation n° 7.2 Il devrait y avoir un suivi rigoureux de la plaie et du	Dans toutes les situations.	Prescripteur initial. Infirmières cliniciennes et	Dans tous les milieux.	Assurer un usage optimal et la sécurité	Formulaire de suivi propre aux milieux de		Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires	

<p>patient à chaque changement de pansement. Les éléments suivants devraient faire partie de l'évaluation :</p> <p>7.2.1 L'aspect de la plaie et de l'exsudat. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>7.2.2 Ramener à l'équipe soignante/prescripteur initial/équipe ou personne dédiée toute suspicion d'une évolution anormale de la plaie ou d'une complication. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>7.2.3 Vérifier auprès du patient ou son aidant la présence d'effets indésirables liés à l'intervention, dont la douleur et l'inconfort. Noter et rapporter l'information si nécessaire à l'équipe soignante/prescripteur/équipe ou personne dédiée. Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>		<p>auxiliaires.</p>		<p>de l'intervention.</p>	<p>soins pour assurer la communication et la coordination des soins par les différents professionnels ? Ce formulaire pourrait contenir une liste de vérification avec les éléments à évaluer.</p>			
<p>Commentaires-ajouts-retraits-reformulation</p>								
<p>Recommandation n° 7.3 Tous les intervenants qui évaluent la progression de la plaie doivent avoir les connaissances et les compétences adéquates et à jour sur les plaies complexes et les soins qui s'y rattachent. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>Dans toutes les situations.</p>	<p>Prescripteur initial. Infirmières cliniciennes et auxiliaires.</p>	<p>Dans tous les milieux.</p>	<p>Assurer un usage optimal et la sécurité de l'intervention.</p>	<p>Formation continue.</p>		<p>Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires</p>	
<p>Commentaires-ajouts-retraits-reformulation</p>								
<p>Recommandation n° 7.4 Les infirmières qui font le suivi du patient et de sa plaie doivent savoir identifier les signes de succès et d'échec de la thérapie et être à l'affût des signes de complications.</p>	<p>Dans toutes les situations.</p>	<p>Équipe soignante.</p>	<p>Dans tous les milieux.</p>	<p>Assurer un usage optimal et la sécurité de l'intervention.</p>	<p>Formation continue.</p>		<p>• Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires Recommandation de la FDA.</p>	

<p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présents dans le GUO (outil de TC)</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>							
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
<p>Recommandation n° 7.5</p> <p>Le patient et l'aïdant doivent être informés des signes de complications et des modalités techniques entourant l'intervention.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présents dans le GUO (outil de TC)</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	Dans toutes les situations.	Prescripteur initial. Équipe soignante.	Particulièrement à domicile.	Assurer un usage optimal et la sécurité de l'intervention.	Formation par l'équipe soignante. Outil patient?		<ul style="list-style-type: none"> Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires <p>Recommandation de la FDA.</p>
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
<p>Recommandation n° 7.6</p> <p>La présence d'effets indésirables gérables, dont la douleur et de l'inconfort doivent faire partie de l'évaluation du patient. Dans l'affirmative, tenter de les atténuer*.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présents dans le GUO (outil de TC)</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>*tableau gestion des effets indésirables gérables dans la forme interactive et dans le rapport.</p>	Dans toutes les situations.	Équipe soignante.	Dans tous les milieux.	Assurer un usage optimal et la sécurité de l'intervention.	Formulaire de suivi propre aux milieux de soins pour assurer la communication et la coordination des soins par les différents professionnels ? Ce formulaire pourrait contenir une liste de vérification avec les éléments à évaluer.		Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation							
<p>Recommandation n° 7.7</p> <p>Une réévaluation médicale par le prescripteur initial, en collaboration avec l'équipe ou la personne dédiée en soins des plaies, est requise deux semaines suivant l'amorce de la TPN.</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présents dans le GUO (outil</p>	Pour la majorité des situations cliniques, à l'exception des greffes où l'usage de la TPN est pour une durée plus	Équipe ou personne dédiée. Prescripteur initial. Équipe soignante.	Dans tous les milieux, incluant les soins à domicile.	Pour évaluer l'évolution de la plaie et vérifier l'atteinte des objectifs cliniques.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.		Recommandations de bonnes pratiques et organismes réglementaires Savoir expérientiel Les membres du comité ont noté l'importance qu'il y ait une réévaluation médicale deux semaines suivant l'amorce par l'équipe dédiée.

de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	limitée? Voir info forme interactive indication point 2.							
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Recommandation n° 7.8 La durée maximale de la prescription initiale est de 30 jours*. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> *des particularités propres à certains types de plaies pourraient se trouver dans la forme interactive à partir des RBP recensées.	Pour la majorité des situations cliniques, à l'exception des greffes où l'usage de la TPN est pour une durée plus limitée? Voir info forme interactive indication point 2.	Équipe ou personne dédiée. Prescripteur initial.	Dans tous les milieux, incluant les soins à domicile.	Pour évaluer l'évolution de la plaie et vérifier l'atteinte des objectifs cliniques. Pour assurer l'efficacité de l'intervention.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissances et formation.		Recommandations de bonnes pratiques HAS Savoir expérientiel La majorité des membres sont en accord avec le fait qu'une durée doit être indiquée dans le guide. Par contre, la prescription peut être renouvellement au besoin suivant une évaluation par une équipe dédiée.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
Recommandation n° 7.9 Un renouvellement de la prescription initiale est possible, mais requiert au préalable une réévaluation par une équipe ou une personne dédiée en soin des plaies. oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Présents dans le GUO (outil de TC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Dans toutes les situations.	Prescripteur initial avec l'équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes.	Dans tous les milieux.				Recommandations de bonnes pratiques HAS Savoir expérientiel La majorité des membres sont en accord avec le fait qu'une durée doit être indiquée dans le guide. Par contre, la prescription peut être renouvellement au besoin suivant une évaluation par une équipe dédiée.	
Commentaires-ajouts-retraits-reformulation								
8-Critères justifiant un arrêt de traitement								
Pistes de recommandations	Quand?	À qui s'adresse la recommandation ?	Où s'applique-t-elle?	Pourquoi adopter cette recommandation?	Comment la mettre en œuvre?	Éléments à prendre en considération	Les recommandations découlent des constats suivants :	Niveau d'évidence et force de la recommandation
Recommandation n° 8.1 Il est recommandé de cesser la TPN : 8.1.1-Dès que le tissu de granulation atteint les bords de		Prescripteur initial avec l'équipe ou personne-ressource dédiée au soin des plaies complexes.	Dans tous les milieux.	Assurer un usage optimal et la sécurité de l'intervention.	Outil de l'INESSS, transfert de connaissance et formation.		<ul style="list-style-type: none"> •Recommandations de bonnes pratiques (AGREE>60 %) HAS •Recommandations de bonnes pratiques (AGREE<60 %) et organismes 	

<p>la plaie. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.2-Dès que les objectifs cliniques visés ont été atteints. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.3-En présence de stagnation ou en absence d'évolution positive de la plaie après 15 jours de TPN. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.4-En absence de bénéfice en lien avec les objectifs de soins et les critères cliniques préétablis. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.5-Dans une situation où l'application de la TPN est inadéquate (p. ex. maintien de la pression négative due à la localisation de la plaie). oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.6-En absence d'équipes/professionnels de la santé habilités à changer les pansements. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.7-En présence d'une complication menaçant la vie du patient. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.8-En présence d'effets indésirables modérément graves notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement excessif; • Infection grave dans la plaie ou au pourtour de la plaie; • Douleur importante; • Développement d'une allergie suivant l'application. <p>oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>8.1.9-En absence d'observance et d'adhésion de la part du patient et/ou son aidant. oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tous présents dans le GUO</p>							<p>réglementaires</p> <p>•Savoir expérientiel</p> <p>Les membres ont mentionné l'importance de cesser la TPN dès que le tissu de granulation atteint les bords de la plaie, car sinon, il y a un frein au processus cicatriciel. L'objectif de la TPN n'est pas de fermer la plaie. Les membres ont souligné que la TPN doit être arrêtée s'il y a stagnation ou une absence d'évolution positive de la plaie à l'intérieur de 2 semaines de traitement.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

(outil de TC) oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>								
Commentaires-ajouts- retraits-reformulation								

**Classification théorique des plaies comme proposée par l'AQESSS en 2006 : Êtes-vous en accord?
Sinon, quelle classification recommandez-vous?**

- Plaie chirurgicale aiguë (incision, excision, site de greffe)
- Plaie chirurgicale chronique (plaie infectée, déhiscence, éventration)
- Plaie non chirurgicale aiguë (brûlure, abrasion, déchirure)
- Plaie non chirurgicale chronique (plaie de pression, ulcère veineux et artériel, ulcère de pied diabétique)

Commentaires-ajouts-retraits-reformulation

Éléments à apparaître en interactif dans le GUO et dans le rapport en rouge, suggestion d'un membre du comité

Tableau 1. Facteurs pouvant influencer la complexité de la plaie et le cercle vicieux de la non-cicatrisation		
Liés à la plaie	Liés au patient	
Ancienneté, caractère récidivant	État général -Malnutrition <i>Albumine sérique¹ : valeur sous la normale de référence de vos résultats de laboratoires</i> <i>Pré-albumine sérique¹ < 23 g/l²</i> Hémoglobine -Protéine C réactive stable 30-70 g/dl -Taux élevé de glucose sanguin > 6 ml/l -Déshydratation -Sédentarité/mobilité réduite -Hygiène de vie insuffisante -Déficit sensoriel -Obésité : évaluée selon les normes de référence en fonction de l'âge et la pathologie	Pathologies -Comorbidités non stabilisées (p. ex. diabète) -Déficit immunitaire -médication anti-inflammatoire -thérapie immunosuppressive -maladies sous-jacentes (p. ex. SIDA) -Maladies inflammatoires chroniques -Maladies cardiovasculaires
Surface, profondeur et localisation		
État du lit de la plaie - Présence de débris ou de tissu nécrotique - Déshydratation/sécheresse -Infection/biofilm -Exsudat abondant -Calcification -Ischémie -Débit artériel/veineux insuffisant -Hypergranulation	Aspects psychosociaux -Âge, sexe -Statut socioéconomique -Isolement social -Troubles psychologiques -Antécédent de non-adhérence aux traitements	Médication³ corticostéroïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens, immunosuppresseurs, antinéoplasiques, diurétiques, bêta-bloquants, anticoagulants, dépresseurs du système nerveux central
Antécédent pathologique		
-maladie veineuse -atteinte artérielle -phlébite -thrombose -thrombose veineuse profonde		

¹Interpréter selon le contexte clinique et en fonction de l'état inflammatoire

²Réponse au traitement nutritionnel insuffisante

³Tiré de <http://cawc.net/images/uploads/wcc/4-1-vol4no1-BP-WBP-fr.pdf>

Commentaires-ajouts-retraits-reformulation

White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, the Academy Malnutrition Work Group, the A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force, A.S.P.E.N. Board of directors, Consensus Statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition), JPEN, 2012, 36, 3, 275-283.

	Coloplast/Devon Medical product		KCI Médical						Smith & Nephew				
système	extriCARE® 3600	extriCARE® 2400	VAC®	Info VAC®	VAC Ultra™	Acti VAC®	ABThera™	Prevena™	VAC Via™	Renasy s EZ	Renasy s EZ Plus	Renasy s GO	PICO™
Coût moyen/patient / 30 jours¹													1 000 \$
Option instillation					+								
Mécanisme d'action proposé par le fabricant	Promotion de la cicatrisation par le retrait des fluides, notamment les liquides biologiques, l'exsudat et le matériel infectieux nuisant à la guérison de la plaie		Favorise la formation du tissu de granulation en facilitant l'élimination des exsudats et des matières infectieuses et en appliquant des forces mécaniques et biologiques à la plaie induisant sa macrodéformation et sa microdéformation.						Promotion de la cicatrisation par le retrait des fluides, notamment les liquides biologiques, l'exsudat et le matériel infectieux nuisant à la guérison de la plaie				
Spécificités particulières						Abdomen ouvert	Incision [†]	Gravité faible à modérée				Exsudat faible à modéré	
Usage unique 7jrs (1 seul patient)							+	+				+	
Milieu de soins	H A	H A SAD	H A	H A SAD	H A	H A SAD	H A SAD	H A SAD	H A	H A	H A SAD	H A SAD	
Volume du réservoir disponible	400 cc 1000 cc	110 cc 400 cc	500 ml 1000 ml		300 ml	1000 ml	45 ml	250 ml	250 ml 800 ml		300 ml 750 ml	∅	
Unité portable	∅	+	∅		+	∅	+	+	∅		+	+	
Poids avec réservoir vide	∅	8,6 oz	∅		1,08 Kg	∅	n/d	n/d	∅		1,1 Kg	< 120 g	
Mode disponible	Continu et intermittent		Continu et intermittent			continu	continu	continu	Continu et intermittent			continu	
Réglage intensité			Faible, moyen, élevé			n/d	n/d	n/d	∅				
Réglage pression	-40 mmHg à -200 mmHg	-40 mmHg à -100 mmHg	-25 mmHg à -200 mmHg			n/d	Préréglé à -125 mm Hg	-75 mm Hg ou -125 mm Hg	-15 mmHg à -200 mmHg		-80 ± 20 mmHg		
Type de pansements disponibles²	extriCARE® NPWT foam dressing	extriCARE® NPWT dressing	V.A.C. GranuFoam™ V.A.C. GranuFoam Silver™ V.A.C. WhiteFoam™ Mousse V.A.C. VeraFlo™ Mousse V.A.C. VeraFlo Cleanse™ Pansement ABThera™						RENASYS-F (mousse) RENASYS-F/AB (mousse) RENASYS-G (gaze) RENASYS High Output dressing kit PICO Dressing				

Succès
<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un mince épithélium blanc au pourtour de la plaie après la seconde application et les subséquentes Le tissu de granulation augmente environ de 3 à 5 %/jour
Échec
<ul style="list-style-type: none"> Le lit de la plaie est sombre et granuleux (indique une perfusion tissulaire inadéquate)

<ul style="list-style-type: none"> En présence d'une infection bactérienne dans la plaie ou au pourtour -considérer un traitement antibiotique En présence d'un léger saignement sur le pansement ou dans le réservoir chez un patient sans antécédent de problème plaquettaire, de coagulation ou vasculaire - vérifier avec le prescripteur la possibilité de réduire la pression En présence d'une douleur tolérable liée à l'intervention : -considérer la prise d'un analgésique prophylactique xx heure(s) avant le début du traitement et tous les xx heure(s) par la suite selon la tolérance du patient -Vérifier avec le prescripteur la possibilité de réduire la pression et/ou de passer au mode continu
--

Tableau B-1 Sommaire des résultats de l'exercice où un retour en grand groupe était nécessaire pour obtenir des précisions ou un consensus (N=6 [7 selon l'expertise d'un membre] sur une possibilité de 9)

Recommandations/ messages	oui/no n n=6	Commentaires des experts
1.1 Le prescripteur initial doit recommander le patient vers une équipe ou une personne dédiée, spécialisée en soin des plaies, pour une évaluation exhaustive de l'usager et de la plaie, avant l'amorce de la TPN.	6/6	<p>Tout prescripteur.</p> <p>Toute situation. (La TPN n'est jamais ou ne devrait jamais être utilisée à l'urgence. Le patient doit être dirigé vers une équipe spécialisée pour une évaluation et une prise en charge.)</p> <p>Consultation spécialisée dans l'établissement = Équipe ou professionnel de la santé dédié en soin des plaies complexes désigné comme référence dans l'établissement (p. ex. infirmière ressource en soin des plaies, stomothérapeute).</p> <p>Consultation externe dans un établissement affilié en absence d'équipe ou de personne dédiée en soin des plaies complexes dans l'établissement.</p> <p>En absence d'une équipe ou d'une personne dédiée en soin des plaies complexes en régions éloignées ou en présence d'un usager à mobilité réduite, la téléconsultation en soin des plaies peut être un moyen d'avoir un avis spécialisé.</p>
1.2 Une équipe ou une personne dédiée avec une expertise en soin des plaies doit être clairement identifiée et facilement accessible pour le prescripteur initial et/ou le médecin traitant, qui pourrait avoir à assurer le suivi de la TPN à la sortie du patient de l'hôpital. Les professionnels de la santé consultés pour un avis spécialisé doivent être formés adéquatement et avoir des connaissances à jour sur le processus cicatriciel et les pratiques exemplaires (lignes directrices) la chronicisation des plaies et sur les soins nécessaires à la prise en charge quant aux plaies complexes.	6/6 6/6	<p>Je serais en faveur de l'identification de professionnels dédiés dans l'établissement. Ceci pourrait aussi être jumelé avec le commentaire suivant : identification/création d'équipe dédiée + mise en place et diffusion de mécanismes de communication dans l'établissement.</p>
1.3 La TPN doit être amorcée dans un établissement de santé.	6/6 mais...	<p>Dans toutes les situations.</p> <p>(La TPN n'est jamais une urgence qui justifie une dérogation.)</p> <p>Les thérapies « jetables » peuvent être commencées en service à domicile avec un bon encadrement clinique.</p>
1.4 Les candidats à la TPN doivent être sélectionnés judicieusement selon leurs caractéristiques propres et les facteurs liés à la plaie en tenant compte de leurs valeurs et de leurs préférences.	6/6	Prévoir en annexe un guide de critères.
2.2.1 Préparation du lit de la greffe de peau (Brûlure) Ajout		

Suite à une greffe de peau		
2.2.3 Plaie traumatique non suturable considérant la perte tissulaire étendue significative et/ou profonde sans infection ou après une prise en charge d'une infection	6/6	Il faut que l'infection soit traitée et en régression; si vous laissez la présence d'infection, il faut ajouter quelque chose, car ça donne un message potentiellement dangereux. Indications : Cicatrisation par 2^e intention (déhiscence de plaie chirurgicale, plaie traumatique avec perte significative de substance), greffe (préparation du lit de la greffe et suite à une greffe pour augmenter la prise), lambeaux, plaie chirurgicale de 1^{re} intention avec risques élevés de déhiscence.
2.2.4 exérèse Plaie chirurgicale avec perte tissulaire significative étendue et/ou profonde sans infection ou après une prise en charge d'une infection	6/6	Plaie
2.2.5 Déhiscence de plaie opératoire étendue et/ou de situation défavorable (Plaie ouverte de l'abdomen ou plaie ouverte du thorax)	6/6	Voulez-vous dire à un site anatomique défavorable?
2.2.6 Brûlure	5/6	Je crois qu'il faut ajouter pour quel degré (ou profondeur). Ajout brûlure dans item 2.2.1
2.2.7 Plaie ouverte de l'abdomen ou plaie ouverte du thorax	5/6	Ajout dans l'item 2.2.5
2.3.1 Ulcère de jambe artériel veineux ou mixte nécessitant une greffe de peau cutanée où la plaie a démontré une résistance au traitement local bien effectué	5/6	Devrait-on statuer sur un indice tibio-brachial minimal pour s'assurer que la plaie a un potentiel de cicatrisation? Est-ce que l'expression « ulcères vasculaires » serait préférable?
2.3.3 Ulcère de pression de stade III ou IV dans l'objectif d'un geste de couverture chirurgicale ou si la plaie a démontré une résistance au traitement local bien effectué	5/6	Parfois la plaie est si énorme que ce n'est pas parce qu'elle ne répond pas, mais pour accélérer la cicatrisation avec la TPN. Chirurgical???
Contre-indications		
3.1.2 Anticoagulothérapie non contrôlée ou patient non observant à l'anticoagulothérapie	4/6 1/5	
3.1.3 Saignements actifs non contrôlés	6/6	
3.1.4 Ostéomyélite active non traitée	6/6	
3.1.5 Patient en choc (p. ex. septique, cardiogénique, hypovolémique)	6/6	Pas en lien forcément avec la plaie en cours. En choc de quelque nature que ce soit : septique, cardiogénique, hypovolémique, etc.
3.1.6 Tumeur maligne dans la plaie (à l'exception des soins palliatifs améliorant la qualité de vie) Reformulation possible : Plaie sur zone de tumeur non contrôlée chirurgicalement	5/6	À enlever : pas d'indication de TPN dans une plaie néoplasique, et ce, peu importe la raison; pas en palliatif. Plaie sur zone de tumeur non contrôlée chirurgicalement.
3.1.9 Tissus nécrotiques avec escarre (escarre et/ou tissus nécrotiques humides)	6/6	Doit-on spécifier la quantité de tissus nécrotiques humides? C'est très souvent demandé par certains MD quand il y a beaucoup trop de nécrose. Le moins possible de tissu nécrotique humide, mais pas une contre-indication absolue?
3.1.10 Insuffisance artérielle des membres inférieurs non revascularisés	5/6	Doit-on donner un seuil d'indice tibio-brachial? Non selon l'avis du MD, car parfois la cicatrisation est stimulée malgré ins.

		art.
3.1.12 Pyoderma Gangrenosum Ulcère atypique sans diagnostic établi	6/6	Pour quoi seulement Pyoderma gangrenosum? On devrait marquer à la place : « tout ulcère atypique sans diagnostic établi (néoplasie, métastase, PG, etc.) ».
3.1.13 Fracture ouverte non stabilisée		Ajout par un membre
3.2 Il est recommandé de juger de la sécurité et de la pertinence de la TPN lorsque les facteurs de risques suivants sont observés chez le patient (contre-indications relatives) :		Pour prendre la décision, utiliser seulement les éléments cliniques et les résultats de laboratoire disponibles. *Ne pas faire de dépistage systématique.
3.2.1 Déshydratation clinique -Incontinence -Transpiration excessive -de petite taille (nouveau-né, enfant, adulte, personne âgée)	4/6	Lien avec la TPN? Pas certaine de saisir petite taille? La déshydratation
3.2.2 À haut risque d'hémorragie ou de saignement	6/6	
3.2.3 Prenant un antiplaquettaire ou un anticoagulant	6/6	Les patients traumatisés sont sous anticoagulant.
3.2.4 Patient avec : -vaisseaux sanguins friables ou infectés -anastomose vasculaire -ostéomyélite -fragment d'os dans la plaie -fistule entérique	5/6	
3.2.6 Patient de petite taille	1/6	C'est trop vague; 5 pieds, est-ce petit? Ne se prononce pas. Risque de discrimination.
3.2.7 Avec problème d'obésité/surpoids	1/6	Pourquoi? Pour quels types de plaies? La TPN est fréquemment utilisée chez des patients obèses avec plaies complexes. Enlever surpoids.
3.2.8 Sédentarité Mobilité réduite	2/6	Mobilité réduite : la TPN pourrait altérer davantage. Sédentarité : pas de problème; ne bouge pas de toute façon? Pas de position sur cet aspect.
3.3.1 Les patients nécessitant une imagerie par résonance magnétique, une thérapie par oxygène hyperbare ou une défibrillation cardioversion doivent recevoir une attention particulière...	5/6	Porter une attention particulière n'est pas précis; attention particulière pour quoi? Protéger la structure ou utiliser l'éponge blanche? Quel seuil de pression??? Il faudra préciser quel est le problème de la TPN conjointement à ces situations cliniques. Plutôt cardioversion? J'éliminerais l'ensemble de la recommandation. Hyperbare (appareil doit être retiré, car aucune source d'étincelles acceptée).
3.3.2 Plaie près du nerf vague	5/6	Hyperbare : jamais de pansement; résonance magnétique : le pansement est souvent retiré. J'éliminerais l'ensemble de la recommandation.

3.3.3 Plaie près de la moelle épinière	5/6	Très, très à risque. J'éliminerais l'ensemble de la recommandation.
Effets indésirables	6/6	
5.1 Accélérer la formation d'un tissu de granulation et la néo-angiogenèse	6/6	Retirer néo-angiogenèse
5.4 Diminuer la taille de la plaie en vue d'une fermeture (p. ex., sutures, agrafes) ou d'une couverture chirurgicale (greffe cutanée)	6/6	La littérature écrit aussi qu'une diminution de 20 à 40 % en 2 à 4 semaines est un facteur prédictif de cicatrisation (Falagan 2008).
6.1.2 Durée estimée pour l'obtention des objectifs cliniques visés et date de révision du plan de traitement	6/6	Durée estimée; date de révision de plan de traitement déjà prévue.
6.1.5 Les critères cliniques d'évaluation de la plaie	6/6	Je crois que ces outils sont utilisés dans la majorité des établissements; il pourrait toutefois être opportun d'en donner un exemple pour ceux qui n'en utilisent pas. OUI une grille de critères en %
Amorce de la TPN 6.1.6 Les paramètres à monitorer	4/6	Les paramètres de l'appareil? Quels paramètres?
6.2 Les facteurs à considérer dans le choix du dispositif *reposent sur la disponibilité, le coût...	6/6	Le soutien clinique, la gestion de la douleur.
6.3 ... recommandé d'utiliser une pression entre -80 et -125...	6/6	Peut-être moindre en présence d'insuffisance artérielle? Référence à la littérature : un tableau pourrait être fait avec les différents types de plaies (p. ex. plastie, ortho, chir. général, post-radiothérapie).
6.4 Éviter l'utilisation de pression élevée dans les situations suivantes : 6.4.1 plaies avec vascularité diminuée, compromise ou à risque d'ischémie	5/6	Reformuler pour : patient souffrant, proximité vasculaire de taille moyenne à élevée.
6.4.2 Présence de beaucoup d'exsudat ou de liquide dans la plaie	4/6	Souvent utilisé en USI pour la gestion de l'exsudat (p. ex. abdomen ouvert).
6.4.4 Plaies comportant des fistules entériques aiguës		En général, le mode intermittent est utilisé dans une zone insensible (p. ex. pied diabétique, post-radiothérapie).
6.6 Tous les intervenants qui appliquent la TPN et changent les pansements doivent avoir les connaissances et les compétences adéquates et à jour sur le type de dispositif utilisé...	6/6	Cela est très variable; des inf. auxiliaires appliquent les pansements seules. Le comité devrait-il statuer? Je le crois, car à chaque changement de pansement, il y a toujours un aspect évaluatif. OUFFF c'est réaliste!!!! Favoriser la formation d'équipe dédiée en soins des plaies avec infirmière ressource pour la TPN.
6.8 En cas de laparotomie, empêcher le contact entre le tube digestif et le système en dépression pour éviter la création d'une fistule digestive.	4/6 2 ne se prononce pas	Fréquence d'utilisation dans les cas de laparotomie?
6.9 Éviter que le patient soit alité sur la tubulure		Assure la sécurité du patient et tout risque de blessure engendré par l'équipement.
6.10 Envisager une surface d'appui appropriée lors du changement de pansements	2/6	Je ne comprends pas ça : qu'est-ce qu'on veut dire par surface d'appui? Clarifier les propos et le contexte. Une surface d'appui est essentielle pour toute personne avec TPN sur une plaie sacrum, ischion, talon.
6.11 Pour minimiser les risques liés aux changements de	6/6	Le nombre de sections d'éponge ou de gaze.

pansements, il est recommandé de : 6.11.1 Noter le nombre de morceaux de pansements placés sur la plaie pour ne pas en oublier lors du changement.		Ajout : ASSURER LE NIVELAGE (SUFFISAMMENT D'ÉPONGE OU DE COMPRESSES) AVEC LA PEAU UNE FOIS LA THÉRAPIE DÉBUTÉE AFIN D'ÉVITER LE ROULEMENT DES BORDS DE LA PLAIE QUI POURRAIT NÉCESSITER UNE CHIRURGIE POUR CORRIGER CETTE MAUVAISE UTILISATION.
6.12 Reprendre la TPN le plus rapidement possible une fois que le patient est transféré dans un autre milieu de soin...	5/6	Éviter le plus possible l'arrêt de la TPN. Utiliser les appareils disponibles pour le maintien à domicile avant le départ du CH.
6.13 Ne jamais laisser un pansement en place sans l'utilisation active de la pompe pendant plus de 2 heures...	4/6	Sauf pour les gazes 24 h. Le milieu est fermé, donc pas de danger de contamination. Le seul risque est une accumulation d'exsudat qui pourrait faire décoller la pellicule transparente.
7.1 Les pansements devraient être changés aux 48 à 72 heures selon l'état de la plaie et le volume d'exsudat.	5/6	Oui, selon l'évaluation du clinicien. Établir un tableau en fonction de l'appareil utilisé, car les dispositifs jetables comme le pico peuvent rester en place une semaine sur une plaie chirurgicale fermée et sur une greffe avec interface (5 jours), etc.
Devrait y avoir un suivi : 7.2.1 L'aspect de la plaie et de l'exsudat	6/6	Mesure, volume % des tissus, peau environnante, exsudat, odeur, etc. Suivi rigoureux de l'évolution de la plaie : stagnation versus granulation, présence de tissus dévitalisés; devrait stopper l'utilisation TPN jusqu'à un débridement adéquat.
7.4 Les infirmières qui font le suivi du patient et de sa plaie doivent savoir identifier les signes de succès et d'échec de la thérapie...	6/6	Échec??? Non-réponse au traitement.
7.5 Le patient et l'aidant doivent être informés des signes de complications.	6/6	Je ne suis pas certaine de ce que vous voulez dire ici? Développer un guide pour le patient
7.6 La présence d'effets indésirables gênants, dont la douleur et de l'inconfort, doivent faire partie de l'évaluation du patient...	6/6	Développer échelle d'évaluation de douleur d'inconfort, etc.
7.7 Une réévaluation médicale..., est requise deux semaines suivant...	6/6	2 à 4 semaines 1 à 2 semaines au lieu de 2
8.1 Cessez la TPN lorsque :		Ajout Trop de douleur; impossible de maintenir la pression négative.
8.1.1 Dès que le tissu de granulation atteint les bords de la plaie	4/6	Il n'est pas toujours requis d'attendre si longtemps, parfois 1 cm est suffisant.
8.1.3 En présence de stagnation ou en absence d'évolution positive de la plaie après 15 jours de TPN.		Devrait-on considérer 1 semaine???

ANNEXE C :

Questionnaire pour la validation externe du GUO



Élaboration d'un guide d'usage optimal de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes Consultation — Futurs utilisateurs- 9 au 13 février 2015

Votre collaboration est sollicitée dans le cadre de la démarche relative à l'élaboration d'un guide d'usage optimal (GUO) de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). La version du GUO qui vous est proposée a été rédigée en se basant sur les meilleures évidences scientifiques, les meilleures pratiques recensées dans la littérature, le savoir expérientiel d'experts québécois dans le domaine des soins de plaies complexes et le contexte caractérisant les pratiques au Québec. Les objectifs du GUO sont de mettre des balises pour uniformiser les pratiques exemplaires et de répondre à au moins 80 % des questions venant des professionnels de la santé lorsque la thérapie par pression négative (TPN) est envisagée pour traiter une plaie complexe, puisqu'elle est ensuite amorcée.

Le but de la consultation avec les futurs utilisateurs du GUO est de s'assurer que ce dernier soit compatible avec la réalité des milieux cliniques et utile à la pratique. Il vous est demandé de faire la lecture de ce GUO et de transmettre votre évaluation concernant :

- le degré d'accord global;
- l'applicabilité des recommandations;
- la flexibilité;
- la clarté;
- le format.

Suite à la lecture du GUO, un délai d'environ 15 minutes est nécessaire pour remplir ce questionnaire. Il sera aussi possible de commenter le GUO lors de la consultation de groupe. Tous les questionnaires doivent être retournés au plus tard le :

16 février 2015, à l'intention de : Mélanie Tardif
(melanie.tardif@inesss.qc.ca) (Nom de la professionnelle scientifique)
(Date)

Vous pouvez retourner le questionnaire par courriel à l'adresse suivante :
melanie.tardif@inesss.qc.ca

ou par télécopieur à l'attention de Mélanie Tardif (en le spécifiant par courriel) au numéro suivant :

418 646-8349

Je vous rappelle que le GUO doit demeurer confidentiel et que cette version n'est pas celle qui se trouvera sur le site web de l'INESSS. Une parution au printemps est planifiée.

Identification

Nom de l'évaluateur : _____

Milieu de travail : _____

Contexte d'utilisation de la TPN : _____

Rôle professionnel relatif à la TPN (p. ex. prescripteur initial, changement de pansement, évaluation, suivi, etc.) :

6-Est-ce que les recommandations sont réalistes et applicables dans votre milieu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fortement Indécision Fortement
en désaccord en accord

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

SUIVI PAR LE PROFESSIONNEL (SECTION RÉSERVÉE À L'INESSS)

FLEXIBILITÉ

7-Est-ce que les recommandations prennent en considération tous les types de clientèle à qui s'adresse le GUO?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fortement Indécision Fortement
en désaccord en accord

8-Est-ce que le GUO prend en considération les caractéristiques spécifiques des milieux cliniques (p. ex. disponibilité du matériel, soins à domicile)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fortement Indécision Fortement
en désaccord en accord

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

SUIVI PAR LE PROFESSIONNEL (SECTION RÉSERVÉE À L'INESSS)

CLARTÉ

9-Est-ce qu'il a été facile d'y repérer les informations utiles à votre pratique?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fortement Indécision Fortement
en désaccord en accord

10-Est-ce que les messages et recommandations sont rédigés dans un vocabulaire uniforme et concis?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fortement Indécision Fortement
en désaccord en accord

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

SUIVI PAR LE PROFESSIONNEL (SECTION RÉSERVÉE À L'INESSS)

Format

11-Est-ce que le format du GUO est apprécié?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Fortement Indécision Fortement
en désaccord en accord

12-Prévoyez-vous utiliser la version papier ou la version électronique?

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

SUIVI PAR LE PROFESSIONNEL (SECTION RÉSERVÉE À L'INESSS)

Questions ouvertes

13-Quel sera l'impact de ce guide sur votre pratique?

14-Avez-vous l'impression que vous serez mieux outillé? Sinon, avez-vous des suggestions pour améliorer l'utilité de l'outil?

(Adaptation de l'outil développé par Marie-Josée Grenier, inf., M. Sc. et inspiré du *Guideline Implementability Appraisal* [GLIA] et de la méthode des recommandations par consensus formalisé de la Haute Autorité de Santé [2010]).

Merci de votre précieuse collaboration!

L'équipe projet_GUO-TPN de l'INESSS

RÉFÉRENCES

Andrews J, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, *et al.* GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol* 2013;66(7):726-35.

Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, *et al.* GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4).