

Ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires

MAI 2016

Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire

Troisième édition



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières, les autres professionnels des soins de santé ou pour les organisations qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

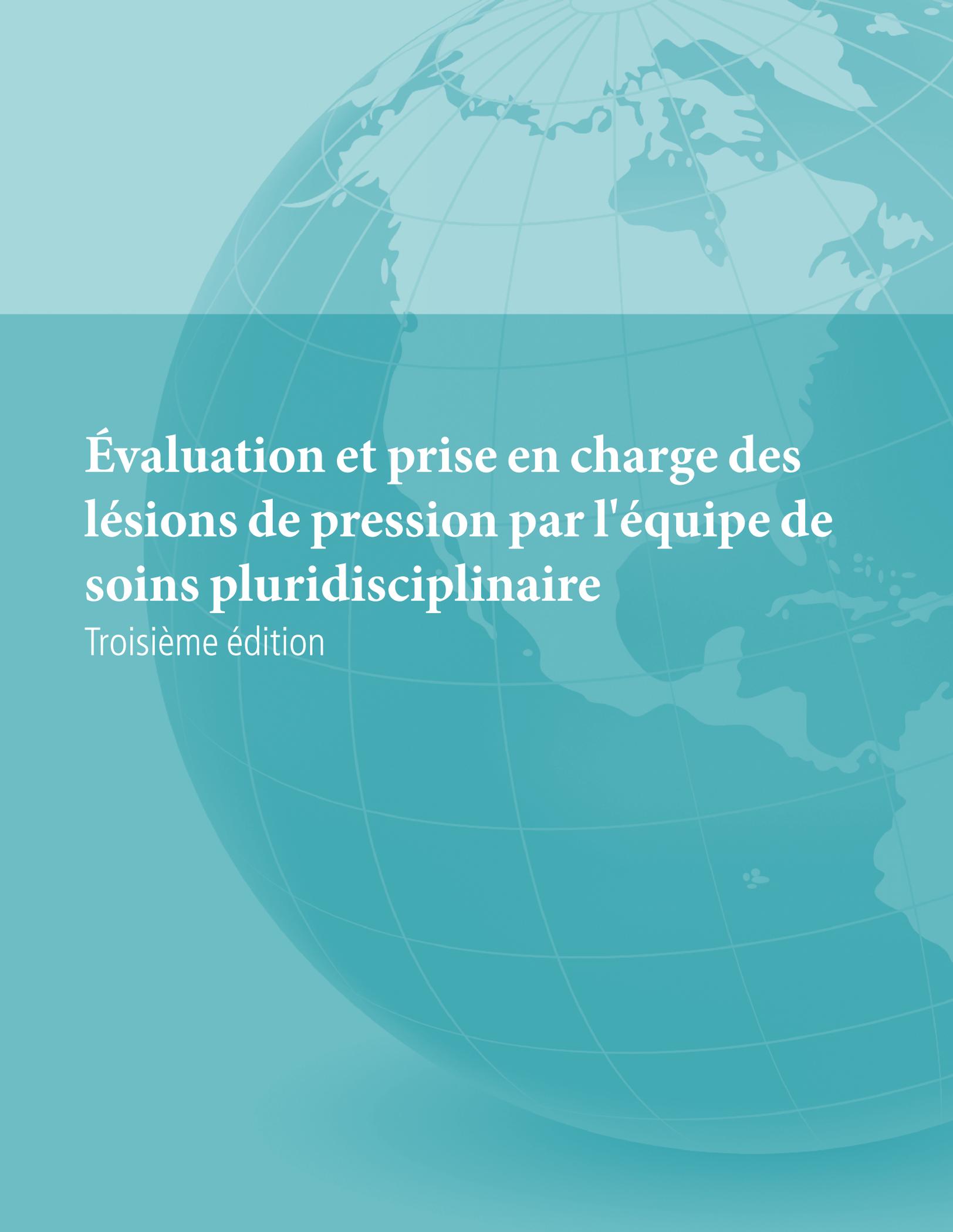
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2016) *Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire, troisième édition*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les travaux produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement du point de vue de la rédaction.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web www.rnao.ca/bpg



Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire

Troisième édition

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la troisième édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires *Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmières s'engagent à vous offrir chaque jour. L'AIIAO est ravie d'avoir l'occasion de vous fournir cette importante ressource.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant avec le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Je souhaite également remercier pour leurs compétences et leur leadership inestimables

D^{re} Irmajean Bajnok, directrice, Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, et D^{re} Michelle Rey, directrice adjointe à l'élaboration des Lignes directrices. Je tiens aussi à remercier les coprésidents du comité d'experts, D^{re} Karen Campbell (inf. aut., Responsable – M.Sc.Clin., [soins des plaies] et Gestionnaire de programme de soins des plaies de l'Université Western, ARGC Lawson Research Institute) et D^r Gary Sibbald (M. D., Professeur de santé publique et de médecine et directeur/coordonnateur – International Interprofessional Wound Care Course (IIWCC) (cours de soins des plaies interprofessionnel international) et maîtrise en sciences en santé communautaire (prévention et soins des plaies) Dalla Lana School of Public Health, Women's College Hospital, Trillium Health Care Partners, Université de Toronto) pour leurs compétences exquises et leur intendance de cette ligne directrice. Nous remercions également Grace Suva, Grace Wong, Diana An, et Tanvi Sharma, membres du personnel de l'AIIAO, pour leur travail acharné lors de la réalisation de cette troisième édition. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts pour avoir offert très généreusement leur temps et leur expertise, ce qui nous a permis de produire une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Nous n'aurions pu le faire sans vous!

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs et des chercheurs. Avec un dévouement continu et sa passion pour l'excellence dans les soins des patients, la communauté infirmière et des soins de santé a consacré ses compétences et d'innombrables heures de bénévolat à l'élaboration et à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre des lignes directrices, et en évaluant leur impact sur les patients et les organismes. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous demandons de parler de cette ligne directrice avec vos collègues des autres professions, car nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous, afin qu'ils soient les vrais gagnants dans cet effort important!

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	6	CONTEXTE
Objectif et champ d'application	7	
Sommaire des recommandations	10	
Interprétation des données probantes	15	
Comité d'experts de l'AllAO	16	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO	18	
Reconnaissance des intervenants	19	
Contexte	25	
Cadre directeur	27	

Recommandations relatives à la pratique	28	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	74	
Recommandations relatives au système, à l'organisme et à la politique	80	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	84	
Stratégies de mise en œuvre	86	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice	87	
Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice	89	

Références	90
------------------	----

Annexe A : Glossaire	103
Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices	114
Annexe C : Processus de l'examen méthodique et de la stratégie de recherche	115
Annexe D : Ressources sur les lésions de pression dans des populations particulières	119
Annexe E : Système de stadification des lésions de pression du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ...	121
Annexe F : Exemple de formulaire portant sur les antécédents médicaux	125
Annexe G : Outils d'évaluation de l'anxiété, du stress et de la dépression.	127
Annexe H : Outils d'évaluation du risque de lésion de pression	128
Annexe I : Outils d'évaluation des lésions de pression.	130
Annexe J : Progression de l'équilibre bactérien aux dommages bactériens	134
Annexe K : Évaluation des infections	135
Annexe L : Technique d'écouvillonnage	137
Annexe M : Outils de dépistage et d'évaluation de l'état nutritionnel	138
Annexe N : Outils d'évaluation de la douleur	139
Annexe O : Évaluation de la position assise	140
Annexe P : Évaluation des objectifs de soins	142
Annexe Q : Outil de sélection des surfaces de support	143
Annexe R : Solutions de nettoyage des plaies	147

Annexe S : Catégories de pansements et indications d'utilisation	148	ANNEXES
Annexe T : Liste des agents antimicrobiens et antiseptiques topiques	149	
Annexe U : Principaux facteurs à prendre en considération dans le choix d'une méthode de débridement	151	
Annexe V : Techniques d'autogestion	152	
Annexe W : Ressources éducationnelles	153	
Annexe X : Ressources additionnelles	155	
Annexe Y : Description de la Trousse	156	

Appuis	157	APPUIS
------------------	-----	--------

Remarques	160	REMARQUES
---------------------	-----	-----------

Comment utiliser ce document

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)^{G*} à l'intention des membres de l'équipe pluridisciplinaire consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique basée sur des données probantes^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'un outil pour guider les meilleures pratiques et améliorer la prise de décision pour les équipes pluridisciplinaires^G qui travaillent auprès des personnes souffrant de lésions de pression^G. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des préférences de la personne souffrant de lésions de pression. En outre, la ligne directrice offre un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possibles fondés sur des données probantes.

Les infirmières, d'autres fournisseurs de soins de santé et les administrateurs qui orientent et facilitent les changements en matière de pratiques trouveront ce document d'une très grande utilité pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes éducatifs ainsi que des évaluations, des interventions^G et des outils de documentation. Un examen des recommandations et des données probantes qui les soutiennent pourrait être profitable aux membres de l'équipe pluridisciplinaire spécialisés dans les soins directs. Nous recommandons particulièrement que les milieux de pratique adaptent cette ligne directrice en ayant recours à un format convivial pour une utilisation quotidienne.

Si votre organisme adopte cette ligne directrice, nous vous conseillons de suivre les étapes suivantes :

1. Évaluer vos pratiques actuelles en soins de la santé en utilisant les recommandations contenues dans la présente ligne directrice.
2. Déterminer les recommandations qui répondront aux besoins ou combleront les lacunes en matière de service.
3. Élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations.

Ressources de mise en œuvre, y compris la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* de l'AIIAO (2e éd., 2012), qui est disponible à www.RNAO.ca.

Nous aimerions savoir comment vous avez mis en œuvre cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous faire part de votre histoire.

* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le Glossaire (**Annexe A**).

Objectif et champ d'application

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des déclarations élaborées de façon systématique afin de venir en aide aux membres de l'équipe pluridisciplinaire qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé et les services appropriés (Field et Lohr, 1990). Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) remplace la LDPE *Évaluation et prise en charge des ulcères de pression de stade I à IV* de l'AIIAO (2007) (en anglais). Elle fournit des recommandations fondées sur les données probantes^G aux membres de l'équipe pluridisciplinaire qui doivent évaluer et prodiguer des soins aux personnes souffrant de lésions de pression dans divers milieux de soins. Une plaie de pression est une lésion de la peau et des tissus sous-jacents, habituellement localisée sur une proéminence osseuse, due à la pression seule ou causée par un dispositif médical ou un autre dispositif. La lésion peut se présenter sous forme de peau intacte ou d'ulcère ouvert et peut être douloureuse. La lésion survient en raison d'une pression intense et/ou prolongée combinée à un cisaillement^G. La tolérance des tissus mous à la pression et au cisaillement peut également être affectée par le microclimat^G, l'état nutritionnel, la perfusion, les comorbidités et l'état des tissus mous » (NPUAP, 2016, para. 3).

Dans le contexte de la présente ligne directrice, l'équipe pluridisciplinaire désigne une équipe composée de fournisseurs de soins de santé autorisés qui prodiguent des soins aux plaies (c.-à-d. évaluation de la lésion de pression, évaluation des risques de lésions de pression *supplémentaires* et/ou prise en charge des lésions de pression existantes) aux personnes qui vivent avec des blessures de pression existantes. Bien que les principes visant à prévenir les lésions de pression puissent également s'appliquer, la présente ligne directrice met l'accent sur l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression existantes. Pour avoir des renseignements complets sur la prévention des lésions de pression, veuillez consulter la LDPE clinique *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* de l'AIIAO (2002) (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/642_evaluation_du_risque_et_prevention_des_lesions_de_pression.pdf) ainsi que le supplément à la ligne directrice (2011) (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/PRESSURE-ULCERS_Supplement_fr-CA_hr.pdf). Les membres de l'équipe pluridisciplinaire comprennent, sans s'y limiter, les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les médecins et les diététistes. L'équipe pluridisciplinaire devrait travailler en collaboration avec la personne souffrant de lésion(s) de pression et son cercle de soins, c'est-à-dire les soignants rémunérés et non rémunérés (p. ex., préposé aux services de soutien à la personne [PSSP], travailleur des services de développement, dispensateur de soins principal, décideur substitut, famille, amis, etc.) pour élaborer un plan de soins.

En 2014, l'AIIAO a convoqué un groupe d'experts chargé d'établir l'objet et la portée de la présente ligne directrice. Le comité était composé de représentants de diverses professions, dont des infirmières en entérologie, des infirmières autorisées, une infirmière auxiliaire autorisée, des infirmières praticiennes, un physiothérapeute, une diététiste, un ergothérapeute, un médecin, des éducateurs et des chercheurs.

Objectif

L'objectif de cette ligne directrice est de présenter des recommandations fondées sur des données probantes qui s'appliquent à la prise de décisions et aux meilleures pratiques des équipes interprofessionnelles qui travaillent à l'évaluation et à la prise en charge des lésions de pression existantes chez les personnes de 18 ans et plus. Lorsque la documentation était limitée, le groupe d'experts a utilisé les lignes directrices AGREE II sur les lésions de pression dont la qualité a été évaluée, des documents sur la préparation des lits de plaies sélectionnés et un consensus délibératif pour éclairer les recommandations. Bien que certains éléments de preuve relatifs à la prévention des lésions de pression puissent s'appliquer à la prise en charge des personnes atteintes de lésions de pression, le groupe d'experts a convenu que cette documentation ne serait pas incluse à titre de données probantes à l'appui de la présente ligne directrice.

Champ d'application

Cette ligne directrice recommande des pratiques exemplaires dans trois domaines principaux :

- Les recommandations pratiques s'adressent principalement aux équipes pluridisciplinaires de première ligne qui prodiguent des soins aux personnes qui souffrent de lésions de pression existantes dans tous les milieux de pratique.
- Les recommandations en matière d'éducation^G s'adressent à ceux qui sont responsables de la formation du personnel et de l'équipe pluridisciplinaire, tels que les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs ainsi que les établissements d'enseignement universitaire et professionnel.

- Les recommandations sur le système, l'organisation et les politiques^G s'appliquent à divers publics selon le type de recommandation. Les publics comprennent les gestionnaires, les administrateurs, les décideurs, les organismes de réglementation des professionnels de la santé et les organismes gouvernementaux.

Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines devraient être mises en œuvre ensemble.

Bien que le groupe d'experts reconnaisse que le traitement des lésions de pression des membranes muqueuses^G ou du cartilage^G, et des lésions de pression liées à des instruments médicaux^G est un problème clinique important, la couverture de ces sujets ne relève pas de la présente ligne directrice. Les résultats issus de la recherche sur ces types de lésions de pression continuent d'émerger, mais au moment de l'examen systématique^G il n'y avait pas suffisamment d'éléments de preuve pour recommander des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes en ce qui a trait à leur traitement et leur prise en charge. Toutefois, le groupe d'experts recommande que les équipes pluridisciplinaires soient conscientes que ces types de lésions de pression sont fréquemment mal identifiés et que, pour cette raison, elles ne sont souvent pas signalées ou traitées de manière appropriée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces types de lésions de pression, veuillez consulter la liste des ressources figurant à l'[annexe D](#).

Bien que la plupart des principes d'évaluation et de prise en charge des lésions de pression présentés dans cette Ligne directrice se chevauchent en pratique avec les soins spécialisés dans les populations particulières (p ex., pédiatrie, lésions de la moelle épinière, obésité, malades graves, personnes âgées, personnes en salle d'opération et personnes en soins palliatifs), ils ne couvrent pas entièrement les soins complets requis par ces sous-groupes. C'est pourquoi ces populations particulières sont considérées comme n'entrant pas dans le champ d'application de la présente ligne directrice. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la gestion des lésions de pression dans ces populations, veuillez consulter les ressources énumérées à l'[annexe D](#).

Cette ligne directrice vise à aider les équipes pluridisciplinaires à se sentir plus à l'aise, plus confiantes et plus compétentes dans le traitement des personnes qui souffrent de lésions de pression. Elle est destinée à être utilisée dans tous les domaines des soins de santé (y compris clinique, administratif et éducatif) et dans tous les milieux de soins (y compris les soins actifs, la réadaptation, les soins de longue durée, les consultations externes, les soins communautaires et les soins à domicile). L'accent y est mis sur les compétences de base et les stratégies fondées sur des données probantes qui doivent être utilisées par les membres des équipes pluridisciplinaires pour évaluer et traiter les personnes souffrant de lésions de pression existantes. La prestation de soins efficaces à ces personnes nécessite une coordination entre les professionnels de la santé ainsi qu'une communication ouverte entre les professionnels de la santé et les personnes souffrant de lésions de pression. En outre, il faut reconnaître les besoins et préférences individuels des personnes tout en tenant compte des ressources personnelles et contextuelles disponibles.

Divers facteurs influenceront la mise en œuvre réussie des recommandations de la présente ligne directrice dans tous milieux de soins. Les compétences et les connaissances individuelles des professionnels de la santé, ainsi que leur jugement professionnel, se perfectionnent au fil du temps grâce à l'expérience et à l'éducation et varient d'une personne à l'autre. Dans les cas où les besoins en matière de soins du patient souffrant de lésions de pression ne relèvent pas de la compétence d'un professionnel de la santé, ce professionnel de la santé devrait consulter d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2011). La législation, les politiques et procédures organisationnelles et la population clinique auront également une incidence sur la mise en œuvre de cette ligne directrice.

Utilisation du terme « personne » dans cette ligne directrice

Dans la présente Ligne directrice, les termes « personne » ou « personnes » sont utilisés pour désigner des personnes ayant subi des lésions de pression. Le groupe d'experts a déterminé que ces termes étaient équivalents aux termes « patient », « client » ou « résident » utilisés dans divers établissements de soins de santé. On observe des exceptions dans l'emploi de cette terminologie au sein de discussions de la littérature (p. ex., études, rapports, etc.), qui utilisent d'autres termes.

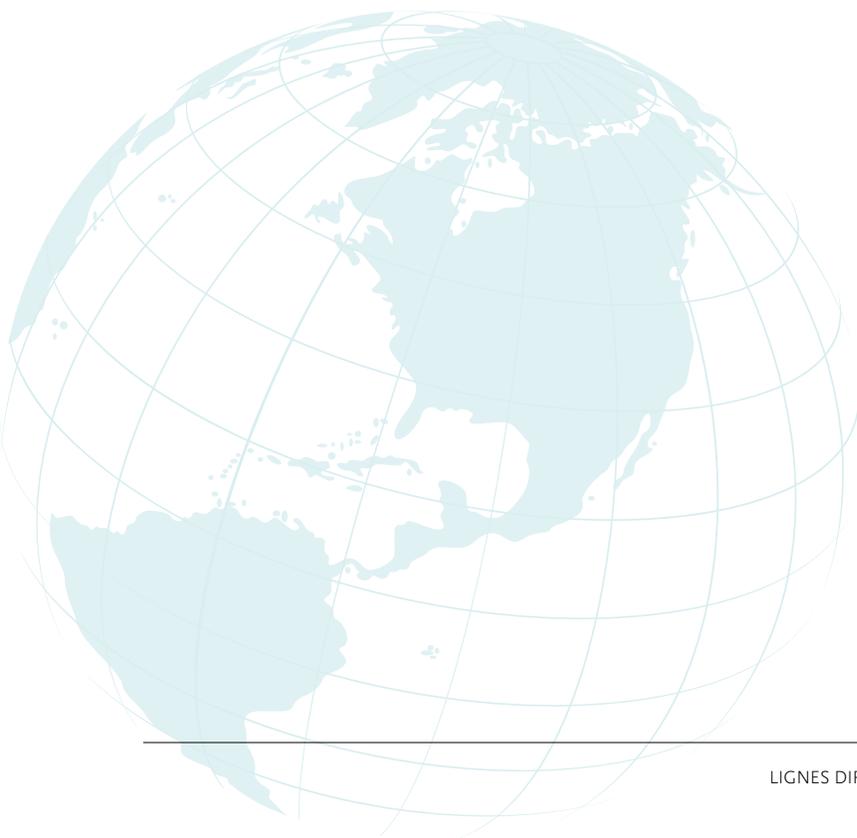
Utilisation du terme « lésion de pression existante » dans cette ligne directrice

Le groupe d'experts tient à informer le lecteur que, depuis la rencontre tenue du 8 au 9 avril 2016, le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a remplacé le terme « ulcère de pression » par « lésion de pression ». Dans la présente Ligne directrice, l'expression « lésion de pression existante » est utilisée pour désigner les lésions de pression des stades 1, 2, 3 et 4, les lésions de pression inclassables et les lésions de pression des tissus profonds National Pressure Ulcer Advisory Panel, comme l'indique le NPUAP. Veuillez vous référer à **l'annexe E** pour obtenir des descriptions complètes de chacun de ces stades accompagnées d'illustrations.

Utilisation du terme « plaie » ou « plaie chronique » dans cette ligne directrice

Dans la présente ligne directrice, les termes « plaie » et « plaie chronique » sont utilisés comme synonymes du terme « lésion de pression », sauf indication contraire.

Une liste de références et des annexes (comprenant un glossaire, une description de la façon dont la présente ligne directrice a été élaborée et des détails sur notre recherche documentaire) suivent la ligne directrice principale. Consultez **l'annexe A** pour obtenir un glossaire. Veuillez consulter les **annexes B et C** pour obtenir le processus d'élaboration de la ligne directrice et le processus d'examen systématique et de recherche de la documentation. Les autres annexes comprennent les ressources liées à l'évaluation et à la prise en charge des lésions de pression existantes chez les personnes de 18 ans et plus.



Sommaire des recommandations

Cette ligne directrice remplace la LDPE *Évaluation et prise en charge des ulcères de pression de stade I à IV* de l'AIHAO (2007) (en anglais).

Nous avons utilisé ces symboles pour les recommandations :

- ✓ Aucune modification n'a été apportée à la recommandation à cause des données probantes de l'examen méthodique.
 - +
- La recommandation et les données probantes à l'appui ont été mises à jour avec les données probantes de l'examen méthodique.

NOUVELLE Une nouvelle recommandation a été élaborée en s'appuyant sur les données probantes de l'examen méthodique.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Obtenir les antécédents médicaux de même que les antécédents psychosociaux et effectuer un examen physique lors du premier examen et chaque fois qu'il y a un changement important dans l'état de santé de la personne.</p>	V	+
	<p>Recommandation 1.2</p> <p>Évaluer le risque de développer des lésions de pression <i>supplémentaires</i> lors du premier examen et s'il y a un changement important dans l'état de santé de la personne en utilisant un outil validé et fiable d'évaluation des risques de lésion de pression.</p>	V	+
	<p>Recommandation 1.3</p> <p>Évaluer la lésion de pression de la personne en utilisant un outil d'évaluation validé et fiable au moment du premier examen et procéder à une réévaluation chaque fois qu'un changement important de la lésion de pression est observé.</p>	V	+
	<p>Recommandation 1.4</p> <p>Évaluer la lésion de pression de la personne pour identifier les signes et symptômes d'infection (colonisation critique superficielle/ infection localisée et/ou infection profonde et environnante/infection systémique) en utilisant une approche normalisée lors du premier examen et à chaque changement de pansement.</p>	V	NOUVELLE

	<p>Recommandation 1.5</p> <p>a) Effectuer un dépistage des carences nutritionnelles chez toutes les personnes présentant des lésions de pression en utilisant un outil de dépistage validé et fiable au premier examen et s'il y a un retard dans la guérison des lésions de pression.</p> <p>b) Déterminer l'état nutritionnel de toutes les personnes à risque de malnutrition en utilisant un outil d'évaluation validé et fiable dans les 72 heures suivant l'examen initial et chaque fois qu'il y a un changement dans l'état de santé et/ou la lésion de pression.</p> <p>c) Effectuer une évaluation nutritionnelle exhaustive de toutes les personnes ayant des carences nutritionnelles dans les 72 heures suivant l'examen initial et en cas de changement de l'état de santé ou de retard de guérison.</p>	V	NOUVELLE
	<p>Recommandation 1.6</p> <p>Évaluer la douleur liée à la lésion de pression à l'examen initial et effectuer un suivi lors des visites ultérieures, y compris avant et après chaque intervention de soins de plaies, en utilisant le même outil validé et fiable compatible avec la capacité cognitive de la personne.</p>	V	+
	<p>Recommandation 1.7</p> <p>Effectuer une évaluation vasculaire (c.-à-d., antécédents médicaux, examen physique) de toutes les personnes ayant des lésions de pression aux membres inférieurs lors de l'examen initial.</p>	V	+
	<p>Recommandation 1.8</p> <p>Effectuer une évaluation de la mobilité et de la surface de support lors de l'examen initial et chaque fois qu'il y a un changement important dans l'état de santé, le poids, l'équipement, la mobilité et/ou la guérison des lésions de pression.</p>	V	+
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1</p> <p>Obtenir l'aiguillage ou les consultations requises pour planifier et coordonner un plan de soins des lésions de pression.</p>	V	+
	<p>Recommandation 2.2</p> <p>Élaborer un plan de soins des lésions de pression qui englobe les objectifs fixés d'un commun accord entre la personne, son cercle de soins et l'équipe pluridisciplinaire.</p>	la	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1</p> <p>Repositionnez la personne à intervalles réguliers (c'est-à-dire toutes les deux à quatre heures) en fonction des préoccupations axées sur la personne. Demander à la personne de déplacer son poids toutes les 15 minutes et l'y aider au besoin lorsqu'elle est assise.</p>	V	+
	<p>Recommandation 3.2</p> <p>Placer toutes les personnes souffrant d'une lésion de pression sur une surface de support qui permet la redistribution de la pression en tout temps.</p>	V	+
	<p>Recommandation 3.3</p> <p>Mettre en œuvre un plan de soins individualisé en matière de nutrition qui répond aux besoins nutritionnels et fournit des protéines, des calories, des liquides et des suppléments vitaminiques et minéraux appropriés pour favoriser la guérison des lésions de pression, en collaboration avec la personne et son cercle de soins.</p>	V	+
	<p>Recommandation 3.4</p> <p>Prodiguer des soins locaux aux lésions de pression, selon le cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nettoyage (niveau de preuve = V); ■ équilibre de l'humidité (lésion curable) ou réduction de l'humidité (non curable, chronique/d'entretien) (niveau de preuve = la-b, V); ■ contrôle de l'infection (c.-à-d., colonisation critique superficielle/ infection localisée et/ou infection profonde et environnante/ infection systémique) (niveau de preuve la-b, V); ■ débridement (niveau de preuve = V). 	la, lb, V	+
	<p>Recommandation 3.5</p> <p>Fournir une stimulation électrique (lorsqu'elle est disponible) en complément des meilleurs soins de la plaie afin d'accélérer la cicatrisation et de favoriser la fermeture des lésions de pressions de stade 2, 3 et 4 dont la guérison est bloquée mais qui sont guérissables.</p>	la	+

	<p>Recommandation 3.6</p> <p>Mettre en œuvre les traitements suivants comme moyen de rechange afin d'accélérer la fermeture des lésions de pression bloquées mais guérissables selon le cas et s'ils sont disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Thérapie électromagnétique (niveau de la preuve = Ib), ■ Ultrasons (niveau de la preuve= Ib), ■ Lumière ultraviolette (niveau de la preuve = Ib). <p>Ne pas envisager le traitement suivant afin d'accélérer la fermeture des lésions de pression bloquées mais guérissables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Thérapie par laser (non recommandée) 	Ib	+
	<p>Recommandation 3.7</p> <p>Fournir une thérapie par pression négative aux personnes atteintes d'une lésion de pression de stade 3 et 4 dans des circonstances exceptionnelles y compris l'amélioration de la qualité de vie et en accord avec d'autres préférences axées sur la personne ou la famille.</p>	V	+
	<p>Recommandation 3.8</p> <p>Collaborer avec la personne et son cercle de soins pour mettre en œuvre un plan d'autogestion de la lésion de pression.</p>	Ia	+
	<p>Recommandation 3.9</p> <p>Mettre en œuvre un plan de gestion de la douleur axé sur la personne en utilisant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.</p>	V	+
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1</p> <p>Utiliser l'outil ayant servi à effectuer l'évaluation des risques initiale pour réévaluer régulièrement le risque de développer des lésions de pression supplémentaires de la personne et chaque fois qu'un changement dans son état de santé se produit.</p>	V	NOUVELLE
	<p>Recommandation 4.2</p> <p>Utiliser l'outil ayant servi à effectuer l'évaluation des risques initiale pour surveiller la lésion de pression de la personne et évaluer le progrès vers les objectifs axés sur la personne sur une base régulière et aux changements de pansement.</p>	V	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1</p> <p>Élaborer et mettre en œuvre des programmes complets et durables de formation interprofessionnelle en matière de lésions de pression pour les cliniciens et les étudiants qui entreprennent des carrières en santé.</p>	V	+
	<p>Recommandation 5.2</p> <p>Évaluer les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de la santé en ce qui a trait à l'évaluation et à la prise en charge des lésions de pression existantes avant et après les interventions éducatives en utilisant un outil d'évaluation approprié, fiable et validé.</p>	IV, V	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SYSTÈME, À L'ORGANISME ET AUX POLITIQUES		NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
6.0 Système, organisme et politique	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Les organismes doivent diriger l'intégration des meilleures pratiques de prise en charge des lésions de pression dans la pratique clinique habituelle et interprofessionnelle et fournir les ressources nécessaires à cette fin, de même qu'effectuer une évaluation continue des résultats.</p>	IV	+
	<p>Recommandation 6.2</p> <p>Exercer des pressions sur les administrations et plaider en faveur de l'investissement dans la prise en charge des lésions de pression en tant que priorité stratégique de qualité et de sécurité afin d'améliorer les résultats de santé pour les personnes souffrant de lésions de pression.</p>	V	NOUVELLE

Interprétation des données probantes

Des *niveaux de preuve* sont attribués à des conceptions d'étude afin de classer la mesure dans laquelle la conception est capable d'éliminer d'autres explications du phénomène étudié. Plus le niveau de preuve est élevé, plus la probabilité est grande que les relations présentées entre les variables soient vraies. Les niveaux de preuve ne reflètent pas le mérite ou la qualité des études individuelles.

Pour les recommandations des lignes directrices, lorsqu'ils sont disponibles, les niveaux de preuve les plus élevés qui correspondent à l'énoncé de la recommandation sont attribués. Dans les cas où il existe plusieurs études de conception différente avec des résultats similaires, les études avec le plus haut niveau de preuve sont attribuées (et citées) à l'appui de la recommandation.

Il arrive que plusieurs niveaux de preuve soient attribués à des recommandations des lignes directrices. Ceci reflète les conceptions variées des études qui soutiennent les multiples composantes d'une recommandation. Pour des raisons de transparence, les niveaux de preuve individuels pour chaque composante de l'énoncé de recommandation sont indiqués dans la discussion sur les données probantes.

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses ^g ou d'examens méthodiques d'essais cliniques randomisés ^g , et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée ^g bien conçue, sans répartition aléatoire.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ^g bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études surtout de recherche qualitative ^g .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales, bien conçues, telles que des études analytiques ^g , des études descriptives ^g , et/ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) et Pati (2011).

Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

**R. Gary Sibbald, M. D., M. Ed, D. Sci (Hon),
FRCPC (Méd. Derm), FAAD, MAPWCA**

Coprésidente du comité d'experts

Professeur de santé publique et de médecine
Directeur/coordonnateur – IIWCC & M. Sc. Santé comm.
Dalla Lana Faculty of Public Health
Women's College Hospital
Trillium Health Care Partners
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

**Karen E. Campbell, inf. aut., M. Sc. Inf.,
Ph. D.**

Coprésidente du comité d'experts

Responsable – M. Sc. Clin., (soins des plaies) et Gestionnaire
de programme de soins des plaies
Université Western
ARGC Lawson Research Institute
London (Ontario)

**Alison Anger, inf. aut.(cat. spéc.), M. Sc., IP-
SSP, inf. stom. aut. (C)**

Infirmière praticienne (représentante de l'AIIO)
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Bridget Davidson, M. H. Sc, R. D.

Directrice générale
Groupe de travail canadien sur la malnutrition
Kitchener (Ontario)

**Joshua Fraser, inf. aux. aut., B. Sc. N. (étu-
diant)**

Lakehead University
Thunder Bay (Ontario)

**Connie Harris, inf. aut., stomathérapeute,
IIWCC, M. Sc.**

Spécialiste clinique principale, Wound and Ostomy (retraîtée)
CarePartners
Kitchener (Ontario)

**Janice Hon, ergothérapeute autorisée (Ont),
MCIScWH**

Ergothérapeute
Bridgepoint Sinai Health System
Toronto (Ontario)

**Pamela E. Houghton, physiothérapeute,
B. Sc.(PT), Ph. D.**

Professeur, École de physiothérapie
Faculté des sciences de la santé
Université Western
London (Ontario)

**Kathryn Kozell, inf. aut., B. A., B. Sc. Inf.,
M. Sc. Inf., inf. stom. aut. (C)**

Infirmière clinicienne spécialisée/gestionnaire (à la retraite)
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Brenda Madill, inf. aut.

Directrice des soins/Coordonnatrice des soins de plaies
Extendicare
(membre du groupe d'experts, novembre 2014 – mai 2015)

Todd Nicholson (représentant des patients)

Dunrobin (Ontario)

Linda Pickles, inf. aux. aut.

Infirmière soignante (représentante de la RPNAO)
Southlake Regional Health Centre
Bradford (Ontario)

Norma Skinner, inf. aut., B. Sc. N., IIWCC

Coordonnatrice des soins à domicile
Northwest Community Care Access Centre
Thunder Bay (Ontario)

**Laura Teague, inf. aut. (cat. spéc.), M. Sc. Inf.,
IP-Adultes**

Infirmière praticienne
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

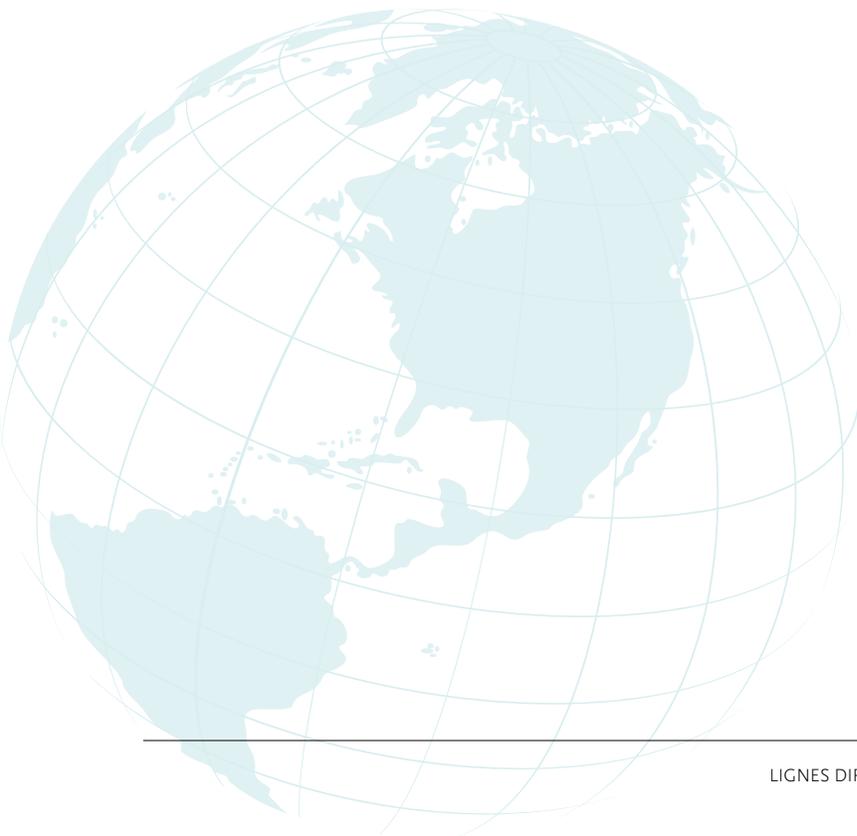
Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario SUITE

Valerie Winberg, inf. aut. (cat. spéc.),
M. Sc. Inf., IP-SSP, ENC (C), IIWCC
Infirmière praticienne principale
Twin Bridges NP-Led Clinic
Sarnia (Ontario)

Kevin Woo, inf. aut., M. Sc., Ph. D.
Professeur adjoint, École des sciences infirmières
Université Queen's
Kingston (Ontario)

Des déclarations d'intérêt qui pourraient être interprétées comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et ces derniers ont été invités à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. On a demandé des renseignements sur les intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit à effet limitant n'a été relevé.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Grace Suva, inf. aut., M. Sc, inf.

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Grace Wong, B. A. (Hon)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Diana An, inf. aut., M. Sc., ARC

Associée de recherche en sciences infirmières

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Ancilla Barco, inf. aut., M. Sc. inf.

Associée de recherche en sciences infirmières

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tasha Penney, inf. aut., M. Sc. inf.

Gestionnaire, recherche

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Michelle Rey, M. Sc., Ph. D.

Directrice associée, Élaboration des lignes directrices

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tanvi Sharma, inf. aut., M. Sc. inf.

Associée de recherche en sciences infirmières

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

.Rita Wilson, inf. aut., M. Sc. inf., M. Ed.

Directrice de programme de cybersanté

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Reconnaissance des intervenants

L'AIIAO s'engage à obtenir des commentaires d'infirmières et d'autres professionnels de la santé provenant d'un large éventail de milieux et de rôles, d'administrateurs compétents, d'organismes finançant les soins de santé et d'associations d'intervenants^G en tant que composante du processus de développement des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue*. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Michelle Acorn, DNP, IP_SSP/Adulte, GNC(C), CGP

IP coordonnatrice des soins primaires
Université de Toronto
Infirmière praticienne en chef, MRP au Lakeridge Health, Whitby et IP coordonnatrice, Primary Health Care Global Health
Université de Toronto
Newtonville (Ontario)

Kathryn Andrews-Clay, B. Sc.

Directrice générale
Alliance canadienne des patients en dermatologie
Ottawa (Ontario)

Elaine Angelic, B. Sc. Erg.

Ergothérapeute
Hôpital régional de Sault
Sault-Sainte-Marie (Ontario)

Patti Barton, inf. aut., inf. stomatérapeute

Consultante clinique, plaies et stomies
Specialty ET Services
Toronto (Ontario)

Maude Bleau Lavigne, inf. aut., M. Sc. Inf. (thèse déposée)

Chef de la pratique avancée, infirmière
Baycrest
Toronto (Ontario)

Tim Brandys, M. D., M. Ed., FRCSC, FACS

Chirurgien vasculaire
Université d'Ottawa
L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Jillian Brooke, inf. aut., B. Sc. (hon.), MCIScWH, inf. stom. aut. (C)

Conseillère en pratique avancée
Saint Elizabeth Health Care
Belle River (Ontario)

Jennifer A. Burgess, inf. aut.(EC), M. Sc., GNC(C)

Infirmière praticienne
Équipe d'intervention infirmière, HNHBB
Hamilton (Ontario)

Elaine Calvert, inf. aut., GNC(C)

Coordonnatrice, pratiques exemplaires en SLD
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario.
Burlington (Ontario)

Alba Casalino, PT

Physiothérapeute
St. Joseph's Health Care—Parkwood Institute
London (Ontario)

Judy Chau, R. D.

Diététiste autorisé
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Catherine Cheung, M.D., FRCPC

Gériatre et spécialiste des plaies
Trillium Health Partners
Women's College Hospital
Toronto (Ontario)

Dawn Christensen, M. Sc. (Inf.), inf. aut., inf. stom. aut. (C), IIWCC

Infirmière en pratique avancée – Réadaptation
KDS Professional Consulting
Ottawa (Ontario)

Teresa Compton, inf. aut., B. Sc. Inf., IIWCC

Infirmière autorisée, Soins intensifs (USI)
Southlake Regional Health Centre
Bradford (Ontario)

Denise Dodman, inf. aut., M. Sc. Inf., GNC(C)

Intervenante en défense des droits des patients
Bluewater Health
Sarnia (Ontario)

Jane Donohue, inf. aut., stomathérapeute

Spécialiste du traitement des plaies, coordonnatrice principale des soins
Champlain Community Care Access Centre
Champlain (Québec)

Rochelle Duong, inf. aut., B. Sc. Inf.

Gestionnaire, Programme de soins des plaies
Mississauga Halton Community Care Access Centre
Mississauga (Ontario)

Cynthia Dwyer, B. N., inf. aut.

Centre for Complex Diabetes Care
Sioux Lookout Meno Ya Win Hospital
Sioux Lookout (Ontario)

Christine Earhart, IAA

Personnel infirmier, télémétrie
Mackenzie Health, Richmond Hill
Mill Creek Care Centre
Barrie (Ontario)

Julie Earle, inf. aut.(EC), M. Sc. inf., IP-SSP, GNC(C)

Infirmière praticienne
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Monica Frecea, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. inf., inf. stom. aut. (C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Sinai Health System Toronto
Toronto (Ontario)

Daria Garnier, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. inf., CSI(C)

Spécialiste de la pratique professionnelle
VHA Home HealthCare
Toronto (Ontario)

Laurie Goodman, inf. aut., B. A., M. Sc. Inf.

Chef de pratique clinique, plaies et peau
Humber River Hospital
Woundpedia, Coordonnatrice des cours et codirectrice, IIWCC-CAN
Toronto (Ontario)

Becky Grant, R. D.

Diététiste autorisé
L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Anastasia Harripaul, inf. aut., M.Sc.(A)

Analyste de politiques infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Corey Heerschap, MScCH (WPC), B.Sc.Inf., inf. aut., IIWCC

Infirmier clinique spécialisé en soins des plaies/stomie
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie (Ontario)

Jolene Heil, inf. aut., stomathérapeute, MCIScWH

Infirmière clinique spécialisée, soins des plaies
Providence Care
Kingston (Ontario)

Andrea Illyas, R. D.

Diététiste d'entreprise
Seasons Care Dietitian Network
Hamilton (Ontario)

Suman Iqbal, inf. aut., M. Sc. Inf./MHA

Coordonnatrice des LDPE en SLD, projets provinciaux
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Claudia Isfeld, R. D.

Diététiste autorisé
ParaMed Home Health
Thunder Bay (Ontario)

Leah Jaakkimainen, inf. aut., B. Sc. Inf.

Infirmière autorisée
Queensway Carleton Hospital
Ottawa (Ontario)

Betsy John, B. A., M. Sc. inf., inf. aut.(EC), IP-Adulte, IIWCC

Soins de la peau et des plaies, infirmière praticienne
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Debra Johnston, M. Sc. inf., inf. aut., inf. stom. aut. (C)

CNS, Infirmière stomothérapeute
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Stacey Karp, IP-SSP, M. Sc. Inf., GNC(C)

Infirmière praticienne
Fairmount Home
Glenburnie (Ontario)

David H. Keast, B. Sc., M. Sc., Dip. Ed, M. D., FCFP(LM)

Responsable de l'équipe de recherche en soins des plaies
Parkwood Institute Research
Lawson Health Research Institute
London (Ontario)

Karen Kerry, inf. aut., B. Sc. Inf., MHS, GNC

Chef de pratique clinique (gériatrie)
Humber River Hospital
Toronto (Ontario)

Ann Klein, inf. aut., inf. stom. aut. (C), MCI-Sc-WH

Spécialiste des soins de la peau et des plaies
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Selvi Krishnadasan, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. inf.

Superviseur de l'équipe de soins PS
VHA Home HealthCare
Toronto (Ontario)

Chantal Labrecque, inf. aut., M. Sc. Inf.

Consultante en soins des plaies/présidente de RQSP
CliniConseil Inc.
Regroupement Québécois en Soins de Plaies
Terrebonne, Quebec

Cheryl Lavigne, IAA

Infirmière soignante
Southlake Regional Health Center
Newmarket (Ontario)

Joseph Lee, M. D., CCFP

Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Anne LeMesurier, inf. aut., B. Sc. Inf., IIWCC

Infirmière clinicienne plaies/soins de la peau
Parkwood Institute
St. Joseph's Healthcare Centre
London (Ontario)

Maria Rebecca Macaal, B. Sc. Inf.

Infirmière autorisée
Rouge Valley Health System
Toronto (Ontario)

Anne MacLaurin, inf. aut., B. Sc. Inf.

Chef de l'amélioration de la sécurité des patients
Institut canadien pour la sécurité des patients
Miscouche, Île-du-Prince-Édouard

Mary Mark, inf. aut., MHS, MCIScWH, inf. stom. aut. (C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Glenrose Rehabilitation Hospital
Edmonton (Alberta)

Lina Martins, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. inf., inf. stom. aut. (C)

APN, infirmière clinicienne spécialisée, CETN (C)
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Colleen McGillivray, M. D., FRCPC

Professeure adjointe, Faculté de médecine
Université de Toronto
UHN Toronto Rehabilitation Institute
Lyndhurst Center, Brain and Spinal Cord Program
Department of Physical Medicine and Rehabilitation
Consultant et médecin membre du personnel
Toronto (Ontario)

**Kim-Marie Meeker, inf. aut., B.Sc.Inf.,
inf. stom. aut. (C), CON(C)**

Infirmière soignante
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Deborah Mings, inf. aut., M. Sc. inf., IIWCC

Gestionnaire clinique et infirmière praticienne
Skin Wound and Ostomy
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

**Laura-Dawn Moule, B. A., M. A., M. Sc. Inf.,
inf. aut.(EC), IIWCC**

Infirmière praticienne
London (Ontario)

Alana Mountaine, B. N., inf. aut.

Directrice de la pratique infirmière
Région de Durham
Oshawa (Ontario)

**Brenda Mundy inf. aux. aut., inf. aut.,
B. Sc. Inf.**

Gestionnaire, pratique professionnelle
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

**Christine A. Murphy, inf. aut.,
inf. stom. aut. (C),**

MCIScWH, Ph. D.
Stomothérapeute
Professeure agrégée, L'Hôpital d'Ottawa / Université Western
Ottawa (Ontario)

Kim Norman, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Gérante de territoire
Coloplast Canada Corp.
Carp (Ontario)

Linda Norton, OTReg.(ONT), MScCH, Ph. D.(c)

Professeure, International Interprofessional
Wound Care Course
Professeure, University of Western Ontario
Mississauga (Ontario)

Carolyn Notarandrea, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière soignante
Hôpital général de Hamilton
Hamilton (Ontario)

Ethne L. Nussbaum, Ph. D., M. Ed., B. Sc. PT

Département de physiothérapie, MCISc Wound Healing
Program, Université Western
London (Ontario)
Toronto Rehabilitation Institute
University Health Network
Toronto (Ontario)

Jo-Anne O'Brien, inf. aut., M. Sc. Inf., ENC(C)

Infirmière Spécialiste, GEM
L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Lyndsay Orr, B. Sc. PT, MCISc (soins des plaies)

Physiothérapeute
Rehab First Inc.
London (Ontario)

**Heather Orsted, inf. aut., B. Sc. Inf., sto-
mathérapeute, M. Sc.**

Éducation et perfectionnement professionnel
ACSP
Abbotsford (Colombie-Britannique)

**Deirdre O'Sullivan, B. Sc. PT, MCISc (soins
des plaies)**

Physiothérapeute
Riverside Health Care
Fort Frances (Ontario)

Carol Ott, B. Sc. (Pharm.), M. D., FRCPC

Gériatre
Women's College Hospital Wound Care Clinic
Baycrest Hospital
Toronto (Ontario)

**Simon Palfreyman, B. Sc., inf. aut., M. Sc.,
Ph. D.**

Professeur adjoint
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Nancy Parslow, inf. aut., MCISc-WH,

inf. stom. aut. (C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Toronto General Hospital
Toronto (Ontario)

Janet Patch, inf. aut., B. A.

Infirmière soignante
Carefor Health and Community Services
Ottawa (Ontario)

Sarah Pelletier, inf. aut., B. Sc. Inf., CPN(C),

inf. aut. FA, M. Sc. Inf.

inf. aut. FA

Quinte Healthcare Corporation
Belleville (Ontario)

John Stephen Pilla, inf. aut.

Infirmier à l'USI et professeure de sciences infirmières à temps partiel
Hamilton Health Sciences
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Sally Rakas, inf. aut., B.Sc.Inf., M. S.

Directrice, Soutien clinique
Revera Inc., Long Term Care
Mississauga (Ontario)

Stacey Scaman, B. sc.

Diététiste autorisé
Consulting via Seasons Care Dietitian Network
Chatham (Ontario)

.Karen M. Smith, M. D., FRCPC

Doyenne adjointe FC et professeure agrégée
Université Queen's
Kingston (Ontario)

Julie Stachiw, R. D.

Diététiste autorisé
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay (Ontario)

Lori Strauss, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Ed., IHWCC

Membre du corps professoral et coordonnatrice, Programme PSW
Conestoga College, Doon Campus
Kitchener (Ontario)

Shana Taylor, IP-SSP, M. Sc. Inf.-ANP

Infirmière praticienne
Kensington Gardens
Toronto (Ontario)

Tamara Thompson, Diplôme

OTA et PTA
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Julie Tjan Thomas, inf. aut., B. Sc. Inf.,

M. Sc. inf., inf. stom. aut. (C)

Infirmière stomatothérapeute
Sinai Health System
Toronto (Ontario)

Joyce Tsui, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc. inf.

Professeure de sciences infirmières
Centennial College
Toronto (Ontario)

Sandra Tully, inf. aut. EC B.Sc.Inf., MAEd, IP

Infirmière praticienne
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Jennifer Whitelaw, R. D., CNSC

Diététiste autorisé
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Angela Wong, M. Sc., OTReg.(Ont.)

Ergothérapeute
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Heather Woodbeck, inf. aut., HBScN,

MHSA

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Thunder Bay (Ontario)

Yu-Ting Yang, B. Sc. Inf.

Infirmière autorisée
Toronto General Hospital
Simcoe (Ontario)

*Les réviseurs intervenants sont des personnes qui possèdent des compétences dans le sujet traité par la ligne directrice, ou sont des représentants d'organismes qui participent à la mise en œuvre de la ligne directrice ou qui sont touchés par cette mise en œuvre. Les réviseurs peuvent être des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé au point de service, des infirmières de direction, des administrateurs, des experts en recherche, des membres d'une équipe pluridisciplinaire, des éducateurs, des étudiants en sciences infirmières ou des patients qui souffrent ou ont souffert de lésions de pression. L'AIIAO a pour but de solliciter l'expertise et les perspectives des intervenants représentant divers secteurs de la santé ainsi que des intervenants des équipes pluridisciplinaires à tous les niveaux du continuum de soins de santé (par exemple, la pratique clinique, la recherche, l'éducation et la politique).

Les réviseurs intervenants des LDPE de l'AIIAO sont repérés de deux façons. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un appel public affiché sur le site Web de l'AIIAO (<http://rnao.ca/bpg/get-involved/stakeholder>). Des personnes et des organismes clés possédant des compétences dans le domaine du sujet traité par la ligne directrice sont ensuite repérés par l'équipe d'élaboration de la ligne directrice et le comité d'experts de l'AIIAO. Ces personnes et ces organismes sont alors invités directement à participer à la révision.

On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire d'enquête en ligne.

Ils sont invités à répondre aux questions suivantes à propos de chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- Les données probantes appuient-elles cette recommandation?
- Cette recommandation s'applique-t-elle à tous les rôles, régions et milieux de pratique?

Le sondage offre aussi aux parties prenantes l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section de la ligne directrice.

L'équipe d'élaboration de la ligne directrice compile les formulaires de sondage remplis et prépare un résumé des commentaires reçus. Le groupe d'experts de l'AIIAO examine et considère tous les commentaires et, au besoin, modifie le contenu de la ligne directrice ainsi que les recommandations avant la publication pour tenir compte des commentaires reçus.

Les réviseurs intervenants ont consenti à la publication de leur nom et coordonnées dans la présente ligne directrice.

Contexte

Les lésions de pression constituent un indicateur clé de la qualité et de la sécurité globales des soins dispensés dans les organismes et les établissements de soins de santé (Harrison, Logan, Joseph et Graham, 1998). Par exemple, en 2013, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2013) a publié une étude de deux ans sur la prévalence^G des plaies en utilisant les données administratives recueillies auprès des hôpitaux, des services de soins à domicile, et des établissements de soins de longue durée. Selon l'ICIS (2013), les taux de prévalence des lésions de pression varient de 0,4 % à 14,1 % (0,4 % dans les soins actifs, 2,4 % dans les soins à domicile, 6,7 % dans les soins de longue durée et 14,1 % dans les soins continus complexes). Toutefois, l'ICIS (2013) a suggéré que la prévalence des lésions de pression est en réalité plus élevée que ce que les chercheurs peuvent établir à partir des bases de données administratives actuelles, et proposé qu'il y ait de fortes chances que la prévalence des lésions de pression dans les établissements hospitaliers de soins actifs soit sous-estimée pour les raisons suivantes :

1. En raison d'une documentation inadéquate dans les notes des infirmières et des médecins, plusieurs études menées dans d'autres pays qui ont identifié les dossiers des patients hospitalisés comme source de données ne fournissent pas de renseignements adéquats sur les lésions de pression;
2. Les lésions de pression de stade 1 ne sont pas incluses dans l'analyse de plusieurs études (les ulcères de stade 1, s'ils ne sont pas soignés, tendent à s'aggraver pour devenir des lésions de pression de grade plus élevé).

Du point de vue des patients, le fardeau des lésions de pression est important en raison de leurs répercussions importantes sur la qualité de vie des personnes en matière de santé. Dans un examen systématique de l'effet des lésions de pression sur la qualité de vie, Gorecki et coll. (2009) ont identifié plusieurs domaines associés au bien-être d'une personne qui sont touchés par des lésions de pression : physique (p.ex., symptômes, santé générale, étiologie perçue); sociaux (p. ex., l'impact des lésions de pression sur la relation entre les professionnels de la santé et leurs clients, et sur les autres); psychologiques (p. ex., émotions négatives comme la colère, la frustration, l'anxiété et la dépression); et financiers.

En plus de leurs répercussions considérables sur la qualité de vie des personnes, le fardeau économique des lésions de pression est élevé. Au Canada, par exemple, Chan et coll. (2013) ont évalué que le coût mensuel pour chaque personne atteinte d'une lésion médullaire qui recevait des soins pour des lésions de pression en Ontario dans sa collectivité est de 4750 \$ (canadiens). Clarke et coll. (2005) ont estimé que les coûts de traitement pour une seule lésion de pression peuvent varier entre 10 000 \$ et 86 000 \$ (américains) (avec un coût médian de 27 000 \$) et que le traitement des lésions de pression peut augmenter le temps de prestation des soins infirmiers de jusqu'à 50 %.

La prévalence élevée des lésions de pression, la diminution de la qualité de vie des personnes touchées et le coût important du traitement des lésions de pression pour le système de santé font ressortir la nécessité pour les administrations, les gouvernements et les décideurs du secteur de la santé de prendre des mesures pour prévenir, traiter et soigner les lésions de pression de façon plus efficiente et efficace. Pour faire avancer la prise en charge des lésions de pression, il est manifestement nécessaire de fournir une approche normalisée dans le continuum de soins qui reflète les soins pluridisciplinaires axés sur la personne. Cela nécessite la mise en œuvre des résultats issus de la recherche la plus récente et le consensus des experts et des consommateurs de soins aux lésions de pression.

Les gouvernements, les organismes et les professionnels de la santé doivent être proactifs pour faire face aux coûts écrasants associés aux lésions de pression. En Ontario et au Canada, par exemple, plusieurs initiatives de prévention des lésions de pression sont en cours pour promouvoir la déclaration de leur incidence^G à un organisme centralisé. La Loi de 2010 sur les soins excellents pour tous met l'accent sur les indicateurs de qualité (p. ex., la prévalence des lésions de pression) dans les secteurs de soins multiples. Le secteur public des soins de longue durée a également besoin de rapports publics obligatoires sur les lésions de pression (Agrément Canada, 2013), et les organismes doivent communiquer leurs données à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), le Système de rapports sur les soins à domicile (SRSD) et les systèmes de soins de longue durée (c. à-d., Le RAI-MDS [Instrument d'évaluation des résidents]).

Au niveau national, Agrément Canada a ajouté la prévention des lésions de pression comme pratique organisationnelle requise pour les soins actifs, la réadaptation, les soins complexes et les soins de longue durée (Agrément Canada, 2013). Des initiatives de ce type peuvent encourager le secteur des soins de santé à mettre en œuvre, à surveiller et à faire rapport sur les programmes de prévention et de traitement des lésions de pression. De plus, de tels programmes peuvent commencer à mettre en lumière certaines lacunes du système ainsi que les possibilités existantes d'améliorer l'accès et la prestation de services de prévention et de traitement pluridisciplinaires axés sur la personne.

Lésions de pression évitables et inévitables

Le groupe d'experts tient à souligner que la plupart des lésions de pression, mais pas toutes, sont évitables. Les lésions de pression sont déterminées comme étant inévitables si elles se développent en dépit de la mise en œuvre d'un plan préventif de soins des plaies (Black et coll., 2011). Selon une conférence de consensus du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) qui a eu lieu en 2010, certaines personnes peuvent développer des lésions de pression inévitables. Des lésions de pression inévitables peuvent se développer chez les personnes dans les circonstances suivantes :

- Les mouvements sont restreints en raison de l'instabilité hémodynamique (Black et coll., 2011),
- Il n'est pas possible de fournir ou de maintenir une alimentation et une hydratation appropriées (p. ex., la personne refuse de manger ou d'être nourrie ou hydratée artificiellement) (Black et coll., 2011),
- La personne est en fin de vie (Sibbald, Krasner et Lutz, 2009), ou
- D'autres circonstances entravent ou limitent l'optimisation des soins préventifs des lésions de pression (Black et coll., 2011).

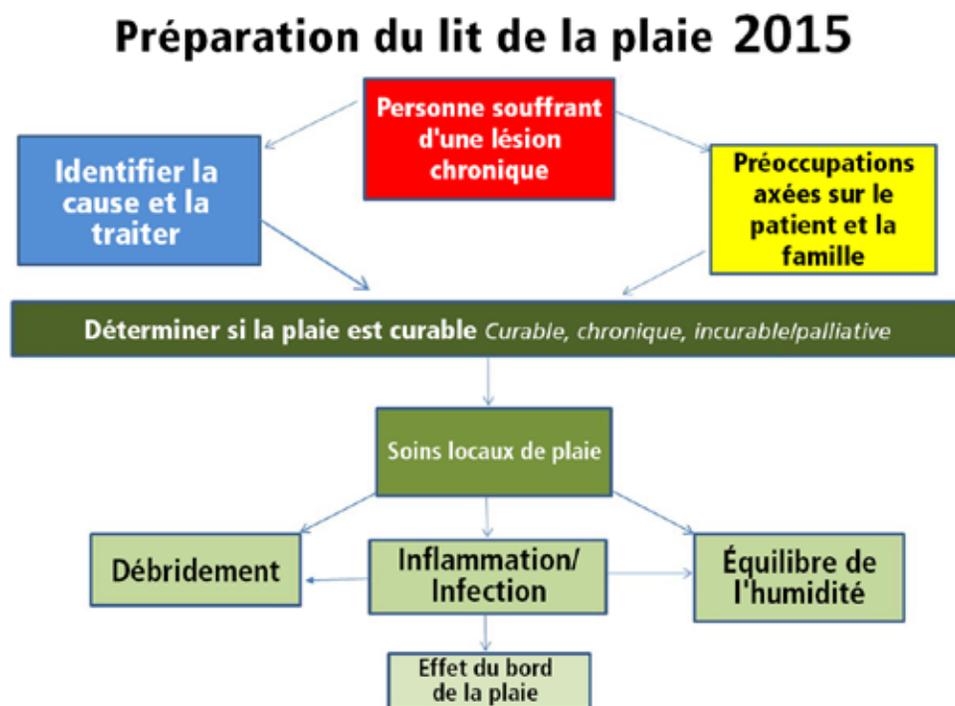
Quel que soit le niveau de risque d'une personne (p. ex., risque élevé de lésions de pression), tous les patients devraient recevoir des soins préventifs (p. ex., retournement et repositionnement^c, nutrition). En outre, les conditions à haut risque ne rendent pas le développement de lésions de pression inévitable. Par exemple, ce ne sont pas tous les individus à haut risque (p. ex., les personnes en unités de soins intensifs) qui développent des lésions de pression. Il est également important de souligner que l'apparition des lésions de pression résulte « habituellement déterminée lorsque le résultat est connu et que les interventions préventives sont évaluées » (Black et coll., 2011, p. 36).

Cadre directeur

Le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) définit les lésions de pression comme « une lésion de la peau et des tissus mous sous-jacents, habituellement localisée sur une proéminence osseuse, due à la pression seule ou liée à un dispositif médical ou autre. La lésion peut se présenter sous forme de peau intacte ou d'ulcère ouvert et peut être douloureuse. La lésion survient en raison d'une pression intense et/ou prolongée combinée à un cisaillement. La tolérance des tissus mous à la pression et au cisaillement peut également être affectée par le microclimat, l'état nutritionnel, la perfusion, les comorbidités et l'état des tissus mous » (NPUAP, 2016, para. 3). Le NPUAP classe les lésions de pression en utilisant des stades qui indiquent les différents degrés de perte de tissu. Pour de plus amples renseignements sur le système de stadification des lésions de pression du NPUAP, veuillez consulter [l'annexe E](#).

Le paradigme de préparation du lit des plaies utilise une approche pluridisciplinaire pour décrire de façon systématique les principes clés de la prise en charge des plaies chroniques (c'est-à-dire les lésions de pression) à l'intention de l'équipe pluridisciplinaire. Dans le contexte des données actuelles sur l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression, le groupe d'experts a élaboré et organisé cette ligne directrice en fonction du paradigme de la préparation du lit des plaies et avec une optique pluridisciplinaire et axée sur la personne des soins des lésions de pression. (Pour obtenir les définitions des diverses composantes du paradigme—notamment les préoccupations axées sur la personne et la famille^G, le potentiel de guérison,^G les soins locaux des plaies^G, le débridement^G, l'inflammation^G, l'infection^G, l'équilibre de l'humidité^G, et l'effet du bord de la plaie^G—veuillez consulter [l'annexe A](#).)

Figure 1 : Paradigme de la préparation du lit de la plaie, 2015



Source : Réimprimé de « Optimizing the Moisture Management Tightrope with Wound Bed Preparation 2015 », R. Sibbald, J. A. Elliott, E. A. Ayello, et R. Somayaji, 2015, *Advances in Skin and Wound Care*, 28(10), p. 468. Copyright 2015 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Recommandations relatives à la pratique

Il existe très peu d'études sur l'évaluation des lésions de pression existantes. Par conséquent, le consensus du groupe d'experts appuyé par des données probantes provenant de lignes directrices sur les ulcères/lésions de pression fiables a été utilisé pour appuyer les discussions sur les données probantes qui ont débouché sur les recommandations clés d'évaluation.

1.0 ÉVALUATION

Selon le groupe d'experts, il est impératif que l'équipe pluridisciplinaire procède à une évaluation globale initiale en collaboration avec la personne et son cercle de soins afin de déterminer le potentiel de guérison^G des lésions de pression et d'identifier les facteurs de risque intrinsèques^G et extrinsèques^G qui peuvent faciliter et/ou entraver la cicatrisation.

Une évaluation initiale complète permet de déterminer l'état de santé de la personne et sa situation médicale en effectuant les tâches suivantes :

- Anamnèse et antécédents psychosociaux (voir la Recommandation 1.1),
- Examen physique (voir la Recommandation 1.1),
- Risque de lésions de pression supplémentaires (voir la Recommandation 1.2),
- Stade de la lésion de pression (voir la Recommandation 1.3),
- Présence d'infection (c.-à-d., colonisation critique superficielle/infection localisée ou infection profonde et environnante/infection systémique) (voir la Recommandation 1.4)
- Risque de carences nutritionnelles et état nutritionnel (voir la Recommandation 1.5),
- Présence de douleur (voir la Recommandation 1.6),
- Atteinte du système vasculaire (voir la Recommandation 1.7),
- Sources de pression et de cisaillement (voir la Recommandation 1.8).

RECOMMANDATION 1.1 :

Obtenir les antécédents médicaux de même que les antécédents psychosociaux et effectuer un examen physique lors du premier examen et chaque fois qu'il y a un changement important dans l'état de santé de la personne.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Pour que l'équipe pluridisciplinaire puisse adapter le traitement des lésions de pression à l'état de santé général de la personne au moment de la consultation, le groupe d'experts recommande que l'équipe effectue un examen des antécédents médicaux et psychosociaux et un examen physique en collaboration avec la personne et son cercle de soins (entourage^G). Cela devrait être fait lors de l'examen initial (à l'admission) et chaque fois qu'il y a un changement important dans l'état de santé de la personne. Un changement important peut inclure, mais sans s'y limiter, les facteurs suivants : détérioration ou amélioration de l'état de la lésion de pression, développement de lésions de pression supplémentaires, aggravation ou amélioration de l'état de la maladie comorbide de la personne et détérioration ou amélioration du statut fonctionnel ou psychosocial de la personne (Houghton, Campbell et comité des LDC, 2013). L'établissement de santé et la situation socioéconomique de la personne peuvent influencer sur la fréquence des évaluations (p. ex., disponibilité des ressources, politique organisationnelle, etc.).

Anamnèse

Examen de la présentation de la maladie

L'équipe pluridisciplinaire doit évaluer l'historique des lésions de pression guéries (s'il y en a) et des lésions de pression existantes chez la personne. Cela comprend la collecte de renseignements sur la cause des lésions de pression dont elle a souffert et les interventions et traitements antérieurs (y compris leur efficacité ou leur inefficacité) que la personne a reçu d'autres professionnels de la santé. Cette information aidera l'équipe pluridisciplinaire à déterminer quelles sont les interventions qui doivent être poursuivies et les traitements qui n'ont pas encore été envisagés ou mis en œuvre pour favoriser la guérison des lésions de pression. Veuillez consulter l'**annexe F** pour obtenir un exemple d'histoire médicale structurée.

Examen du statut psychosocial

Les lésions de pression ont des répercussions physiques et psychosociales importantes sur le bien-être et la qualité de vie d'une personne; les deux sont affectés par les contraintes physiques imposées par la lésion de pression, ainsi que par les modifications de l'environnement et du style de vie requises par la prise en charge de lésion de pression (Gorecki et coll., 2009). Sur le plan social, les traitements et les symptômes des lésions de pression (p. ex., douleur, exsudats abondants^G) peuvent créer un isolement social, entraver les interactions sociales de la personne et interférer avec ses relations personnelles (Gorecki et coll., 2009). Psychologiquement, la présence des lésions de pression et leur traitement peuvent avoir des répercussions négatives sur le sentiment de contrôle et d'indépendance des personnes, sur leur sentiment d'identité et sur leur image corporelle (Gorecki et coll., 2009). Il est donc important que l'équipe pluridisciplinaire personnalise le plan de soins de la personne en évaluant les répercussions d'ordre physique et psychosocial des lésions de pression existantes sur la personne.

Des soins holistiques compétents et qualifiés, c'est-à-dire des soins qui englobent le corps et l'esprit de la personne, peuvent avoir un impact significatif sur son rétablissement (Perry et coll., 2014), le sentiment d'espoir et sa volonté d'adhérer aux interventions relatives aux lésions de pression (Gorecki et coll., 2009). Les membres de l'équipe pluridisciplinaire devraient effectuer une évaluation psychosociale lors de l'examen initial, lorsqu'il y a des changements importants dans l'état de santé de la personne et régulièrement au cours du traitement. Un travailleur social ou un psychologue clinicien peuvent être consultés pour faciliter l'adaptation aux aspects psychosociaux de la prise en charge des lésions. Conformément aux autres groupes de directives sur les ulcères/lésions de pression, le groupe d'experts recommande qu'une évaluation psychosociale évalue les éléments suivants :

- la santé psychologique, le comportement et les fonctions cognitives de la personne (p. ex., anxiété, dépression, stress, capacité à faire face à sa maladie) (Australian Wound Management Association [AWMA], 2012; National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel et Pan Pacific Pressure Injury Alliance [NPUAP, EPUAP et PPPIA], 2014). (Veuillez consulter l'**annexe G** pour obtenir une liste des outils suggérés pour évaluer l'anxiété, la dépression et le stress chez une personne.)
- Les attentes, les connaissances et les croyances de la personne à l'égard des interventions et des résultats du traitement (p. ex., la perception qu'a une personne de l'impact d'un traitement sur sa qualité de vie).
- Les valeurs et les objectifs des soins de la personne ou des autres personnes importantes pour elle, qui peuvent être influencés par sa culture et son origine ethnique (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
- Les ressources physiques, financières, sociales et émotionnelles dont dispose la personne pour appuyer l'adhésion à un plan de prise en charge ou de traitement (p. ex. disponibilité et accès aux surfaces de support^G conçues pour la redistribution de la pression^G, exigences et/ou limitations découlant du style de vie, soutien aux activités de la vie quotidienne, soutien affectif) (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2007).

Examen des maladies comorbides

Une évaluation des conditions comorbides permettra d'identifier les facteurs qui peuvent interférer avec la guérison des lésions de pression. La guérison des plaies est compliquée par des affections comorbides incluant, mais sans s'y limiter, le cancer, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale et la pneumonie (Wound Ostomy and Continence Nurses Society [WOCN], 2010). Par exemple, la perfusion des tissus peut être réduite chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires et le risque de mort cellulaire plus élevé (Perry et coll., 2014). Le diabète peut causer des maladies vasculaires, des troubles de la sensation et une diminution de la réponse immunitaire dans les membres inférieurs (Perry et coll., 2014). De plus, les personnes immunosupprimées ou souffrant de diabète, de maladie auto-immune, de malnutrition, de mauvaise perfusion tissulaire et d'hypoxie sont plus à risque d'infection localisée (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). De façon générale, il existe une gamme de conditions qui peuvent augmenter le risque de lésions de pression ou d'infection des plaies et compromettre la guérison chez une personne.

Examen des allergies et de l'utilisation des médicaments et autres substances

Il est important d'examiner les médicaments qu'utilise la personne souffrant d'une lésion de pression pour traiter les maladies comorbides, y compris les médicaments anti-rejet, la chimiothérapie et les stéroïdes, car ils peuvent entraver la guérison des lésions de pression (WOCN, 2010). Le groupe d'experts recommande également un examen des allergies de la personne; de sa sensibilité aux aliments et aux produits de soin des plaies; de sa consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances (par exemple, les drogues de loisir); et de l'utilisation de produits de santé naturels, de vitamines et de suppléments minéraux, car ceux-ci peuvent également affecter la guérison des lésions de pression ou le plan de traitement.

Examen des résultats des épreuves diagnostiques

Les épreuves diagnostiques offrent des renseignements supplémentaires sur les conditions comorbides d'une personne et son état de santé actuel. De plus, les épreuves diagnostiques aident l'équipe pluridisciplinaire et la personne souffrant de lésions de pression à évaluer la façon dont les troubles comorbides ont été et sont pris en charge et à déterminer si leur gestion peut être optimisée (c.-à-d. intervention clinique modifiée ou supplémentaire) afin de favoriser la guérison des lésions de pression. Selon le document *Lignes directrices canadiennes sur les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies de pression chez les personnes vivant avec une lésion médullaire* [Un manuel de ressources pour les cliniciens (en anglais), le dépistage et le traitement de conditions courantes comme le diabète, l'hypothyroïdie, l'inflammation et l'anémie, devrait être effectué en raison du potentiel de ces conditions de retarder la guérison des plaies (Houghton, et coll., 2013). Le groupe d'experts approuve cette recommandation dans la mesure où elle s'applique à la population générale (c'est-à-dire aux personnes de 18 ans et plus, sans lésions médullaires) souffrant de lésions de pression.

Les analyses suivantes doivent être prises en considération dans le cadre d'une évaluation exhaustive (Houghton et coll., 2013) :

- **Hémogramme complet** (p. ex., hémoglobine, hématocrite, numération des globules blancs, nombre absolu de lymphocytes, morphologie des globules rouges);
- **Profil du fer** (p. ex., ferritine, fer sérique, saturation en pourcentage, capacité totale de liaison au fer);
- **Marqueurs d'inflammation** (p. ex., protéine C-réactive, taux de sédimentation des érythrocytes);
- **Facteurs endocriniens** (p. ex., glycémie à jeun ou aléatoire, hémoglobine A1C, essais fonctionnels de la thyroïde);
- **Albumine.**

L'albumine n'est pas un bon indicateur de l'état nutritionnel; elle devrait être utilisée comme facteur pronostique de l'inflammation, comme cette réaction peut augmenter le risque de malnutrition en augmentant le métabolisme d'une personne (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014).

Examen physique

Toutes les personnes qui souffrent d'une lésion de pression doivent subir un examen physique comprenant la mesure de leur tour de taille, de leur poids et de leurs signes vitaux; la présence de douleur; l'évaluation de la peau de la tête aux pieds; une évaluation pour l'œdème, l'altération de la perception sensorielle, les contractures, la scoliose et l'augmentation ou la diminution du tonus musculaire, qui peuvent affecter la capacité de la personne à se positionner et s'asseoir. Les composantes supplémentaires d'un examen physique doivent être guidées par les comorbidités de la personne au moment de l'examen. Veuillez consulter les Recommandations 1.4, 1.6 et 1.7 de cette Ligne directrice pour obtenir plus de détails sur l'évaluation de l'infection, de la douleur et de l'atteinte des vaisseaux chez les personnes souffrant de lésions de pression.

Dans l'ensemble, une évaluation physique approfondie de la tête aux pieds et une histoire médicale consistant en un examen de la maladie de présentation de la personne, de son état psychosocial, des conditions comorbides, des allergies, des médicaments qu'elle utilise, de sa consommation de substances, des résultats des épreuves diagnostiques et de son risque de développer une lésion de pression supplémentaire sont nécessaires pour préparer un plan de soins des lésions de pression personnalisé à l'intention de la personne et de son cercle de soins qui cible les obstacles réels et potentiels et les facilitateurs à la guérison des plaies.

RECOMMANDATION 1.2

Évaluer le risque de développer des blessures de pression *supplémentaires* lors de l'examen initial et s'il y a un changement important dans l'état de santé de la personne en utilisant un outil validé et fiable d'évaluation des risques de lésions de pression.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Étant donné que les personnes souffrant d'une lésion de pression sont à risque de développer des lésions de pression supplémentaires, le groupe d'experts recommande que l'équipe pluridisciplinaire évalue le risque de développer des lésions de pression supplémentaires des personnes.

Les personnes peuvent être prédisposées aux lésions de pression à la fois en raison de facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs de risque intrinsèque sont le résultat des conditions physiques, psychosociales ou médicales d'une personne, alors que les facteurs de risque extrinsèques sont dérivés de l'environnement (RNAO, 2007). L'immobilité est le facteur de risque intrinsèque le plus important pour les lésions de pression, tandis que le facteur de risque extrinsèque le plus important est la lésion par cisaillement (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). La friction⁶ est considérée comme une composante du cisaillement (c'est-à-dire que la friction augmente le cisaillement). Divers autres facteurs de risque de prédisposition aux lésions de pression dans des populations et des milieux de soins particuliers continuent d'émerger dans la littérature.

Les équipes pluridisciplinaires peuvent utiliser des outils d'évaluation du risque de lésion de pression pour évaluer les facteurs de risque (p. ex., la perception sensorielle, l'humidité, l'activité, la mobilité, la nutrition et le cisaillement). Bien que certains outils ne tiennent pas compte de tous les principaux risques, ils devraient être utilisés dans le cadre d'une évaluation complète du développement et de la réapparition d'une lésion de pression (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Les autres facteurs de risque qui doivent être évalués comprennent l'état de la peau, la perfusion et l'oxygénation.

Le groupe d'experts recommande que les équipes pluridisciplinaires utilisent un outil d'évaluation du risque de lésion de pression en combinaison avec leur jugement clinique et d'autres outils d'évaluation spécialisés, selon les besoins (p. ex., un outil de dépistage du risque nutritionnel) pour identifier les facteurs de risque à aborder dans le plan de soins (O'Tuathail & Taqi, 2011).

Pour obtenir de plus amples renseignements et une liste des outils validés d'évaluation du risque de lésion de pression, veuillez consulter [l'annexe H](#).

RECOMMANDATION 1.3

Évaluer la lésion de pression de la personne en utilisant un outil d'évaluation validé et fiable au moment du premier examen et procéder à une réévaluation chaque fois qu'un changement important de la lésion de pression est observé.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Le groupe d'experts recommande qu'un outil fiable^G et validé^G d'évaluation de la plaie soit utilisé pour évaluer la lésion de pression d'une personne lors de l'examen initial et chaque fois qu'un changement important de la lésion de pression est observé. L'équipe pluridisciplinaire pourra de cette façon consigner des mesures de référence de l'état de la plaie en vue d'évaluer la progression de sa guérison ou sa détérioration, en collaboration avec la personne et son cercle de soins. De plus, l'utilisation d'un outil d'évaluation descriptif validé de la plaie fournit à l'équipe pluridisciplinaire un langage clinique et une méthode fiable pour effectuer une évaluation physique systématique et favorise une documentation et une communication cohérentes entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire (RNAO, 2007). La fréquence des réévaluations varie selon le milieu de soins de santé (c'est-à-dire la disponibilité des ressources, la politique organisationnelle).

En accord avec d'autres lignes directrices récentes et fiables sur les soins des plaies, le groupe d'experts recommande que la mesure et l'évaluation physique des lésions de stade 2 et de stade plus élevé comprennent les éléments suivants :

- L'emplacement de la plaie (Beeckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014—se référer à la section de mesure des lésions de pression);
- La taille de la plaie (longueur, largeur, profondeur, sousminement^G, tunnellation^G, et bordure de la plaie) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014—se référer à la section sur la mesure des lésions de pression);
- L'aire de surface de la plaie (longueur x largeur, mm², cm²) (RNAO, 2007—se référer à la section de mesure des lésions de pression);
- La qualité et quantité de tissus dans le lit de la plaie (Beeckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014—se référer à la section sur la description des lésions de pression);
- L'intégrité de la peau péri-lésionnelle^G (Beeckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014—se référer à la section sur la description des lésions de pression);
- L'exsudat (type, quantité et odeur). Ce critère s'applique également aux lésions de stade 1 et aux lésions de pression aux tissus profonds. (Beeckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014—se référer à la section sur la description des lésions de pression);
- La classification des lésions de pression (c'est-à-dire les stades 1, 2, 3 et 4, les lésions de pression des tissus profonds et inclassables) (Beeckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014—se référer à la section sur la classification des lésions de pression).

Mesure des lésions de pression

Il n'existe pas de méthode de référence pour mesurer les lésions de pression de stade 2 ou de stade plus élevé (c'est-à-dire la surface et la taille de la plaie). Ce qui est le plus important, c'est que la même méthode soit appliquée de façon cohérente, afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse calculer les changements dans les mesures de la lésion avec précision. Il est possible d'améliorer la cohérence lors de la prise de mesures en plaçant la personne dans une position anatomique correcte qui facilite l'observation de la lésion de pression, minimisant ainsi la distorsion des tissus mous environnants (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Si cela s'avère impossible, il est très important que la personne soit placée dans la même position lors de la mesure des lésions de pression et que la même méthode de mesure soit appliquée de façon uniforme à chaque évaluation.

Si cela est possible (p. ex., la personne n'a pas de contractures), utiliser une orientation de la tête vers les pieds pour établir la longueur et la largeur de la plaie afin d'accroître la précision, la cohérence et la fiabilité des mesures de la plaie (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Cependant, le groupe d'experts ne recommande pas de mesurer le volume (longueur x largeur x profondeur = volume) de la plaie. Les données sur la mesure du volume de la plaie ne sont pas concluantes, tant en ce qui concerne la disponibilité des meilleures méthodes

que la valeur de la mesure de la plaie (St-Supery et coll., 2011). Le panel d'experts recommande également les tracés d'acétate^G pour mesurer les lésions de pression, car il a été démontré que cette méthode a une grande fiabilité inter-évaluateurs, est efficace à utiliser et que son exécution ne requiert que peu d'habileté supplémentaire (Keast et coll., 2004).

Description des lésions de pression

Le groupe d'experts recommande que l'équipe pluridisciplinaire utilise un outil validé et fiable d'évaluation des lésions de pression dans le cadre d'une évaluation clinique complète pour évaluer l'état de la plaie et la progression de la guérison des lésions de pression de stade 2 et plus. Selon le groupe d'experts, certains outils d'évaluation des plaies sont mieux utilisés pour décrire une blessure (c.-à-d., les outils d'évaluation descriptifs), tandis que d'autres sont mieux adaptés pour surveiller la cicatrisation (c.-à-d. les outils d'évaluation discriminatifs). Ainsi, les outils d'évaluation des plaies devraient être choisis en fonction du but visé par l'évaluation. Si une description complète de la plaie est souhaitée, alors un outil complet avec de multiples domaines peut être indiqué. Pour déterminer si une plaie change avec le temps, un outil spécialement conçu pour évaluer la cicatrisation est recommandé. De plus, les membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent être formés à l'utilisation appropriée des outils d'évaluation des plaies. Harris et ses collègues (2010) reconnaissent que « des compétences substantielles en matière d'évaluation visuelle et physique, associées au jugement clinique et à l'expérience » sont nécessaires pour effectuer une évaluation physique (p. 254). Pour obtenir une liste détaillée et une description des outils d'évaluation discriminatifs et évaluatifs proposés pour les lésions de pression, veuillez consulter **l'annexe I**.

La réalisation d'évaluations des lésions de pression chez les personnes ayant une peau à pigmentation foncée peut être difficile. Dans de tels cas, l'évaluation physique des lésions de pression devrait inclure une évaluation des éléments suivants :

- Température de la peau (chaleur ou fraîcheur) (AWMA, 2012; Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Œdème ou induration^G (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Sensibilité de la peau (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Changement dans la texture des tissus (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Présence de douleur (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Chez les personnes à pigmentation foncée, l'inflammation provoquera l'assombrissement de la peau, qui aura une couleur aubergine/violacée, en particulier sur les protubérances osseuses. Pour aider à distinguer la peau enflammée de l'hémorragie microvasculaire (c'est-à-dire la coloration de l'hémossidérine^G) chez les personnes à pigmentation foncée, Sussman et Bates-Jensen (2007) offrent les suggestions cliniques suivantes :

- Effectuer l'évaluation sous éclairage naturel ou halogène, la lumière fluorescente donnant des tons bleus à la peau.
- Utiliser d'autres indicateurs cliniques, comme la sensation (douleur) et la tension tissulaire (œdème ou induration et dureté).
- Noter les changements de couleur en observant les différences entre la peau affectée et non affectée de la personne.
- Évaluer si la peau a subi une vasoconstriction due au froid (pâleur) ou une hyperémie (rougeur ou approfondissement des tons de la peau) en raison de pression sur une proéminence osseuse. Exposer la peau à la température ambiante pendant 5-10 minutes avant de l'examiner.
- Observer la coloration des marges de la plaie. La coloration de l'hémossidérine qui se produit au niveau des marges de la plaie est un signe de chronicité de la plaie. La coloration au-delà des marges de la lésion est liée à une lésion.

Stadification des lésions de pression

Bien qu'il existe de nombreux systèmes de stadification pour décrire les stades des lésions, le groupe d'experts et d'autres groupes de directives sur la prise en charge des lésions de pression recommandent que l'équipe pluridisciplinaire utilise le système de stadification du NPUAP, car il s'agit en ce moment du système le plus largement accepté pour identifier et stadifier les lésions de pression (AWMA, 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). Le but de cet outil est de permettre des descriptions de la gravité des lésions de pression selon le stade, en fonction de l'étendue de la perte tissulaire et de la profondeur maximale des dommages dans la lésion de pression. En avril 2016, le comité consensuel du NPUAP a défini et caractérisé six stades : les stades 1, 2, 3 et 4; les lésions inclassables et les lésions de pression des tissus profonds. Il est important de noter que la stadification des lésions de pression ne devrait être effectuée qu'après avoir éliminé le tissu nécrotique et doit seulement décrire la profondeur maximale d'une plaie à un moment donné.

En général, les lésions de pression de stade 2 n'ont pas de tissu nécrotique, alors que les stades 3 et 4 de même que les lésions de pression inclassables ont un tissu nécrotique. Dans des lésions de pression inclassables, on doit retirer les tissus dévitalisés^G et l'escarre (c'est-à-dire le tissu nécrotique) afin d'exposer le lit de la plaie et de permettre une détermination de son stade. De plus, les lésions de pression de stade 2 guérissent par formation de tissu épithélial, alors que les lésions stades 3 et 4 et les lésions de pression inclassables guérissent par formation de tissu de granulation et contraction (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). Enfin, une lésion de pression des tissus profonds qui peut se présenter initialement comme une « peau intacte ou non intacte avec une zone localisée de décoloration persistante non pâlisante rouge foncé, marron, pourpre ou une séparation épidermique révélant un lit de plaie sombre ou une cloque remplie de sang peut évoluer rapidement pour révéler l'étendue réelle des lésions tissulaires, ou peut se résoudre sans perte de tissu. Si le tissu nécrotique, le tissu sous-cutané, le tissu de granulation, le fascia, le muscle ou d'autres structures sous-jacentes sont visibles, cela indique une lésion de pression d'épaisseur complète (inclassable, stade 3 ou stade 4) » (NPUAP, 2016, para 9). S'il n'est pas possible de déterminer le stade d'une lésion de pression de façon précise à l'aide du système de stadification du NPUAP, le groupe d'experts recommande de décrire la lésion de pression soit comme une lésion d'épaisseur partielle^G soit comme une lésion d'épaisseur complète^G, selon le cas.

Les professionnels de la santé doivent être conscients que le système de stadification du NPUAP continuera d'évoluer. Pour examiner le système de stadification du NPUAP (c.-à-d., définitions et illustrations) à jour au moment de la publication, veuillez consulter [l'annexe E](#). De l'information à jour est aussi disponible sur le site Web du NPUAP.

Le système de stadification du NPUAP n'est pas destiné à être utilisé pour caractériser d'autres types de plaies ou pour décrire la progression d'une plaie à travers le processus de guérison.

Il est fortement recommandé *de ne pas* utiliser la stadification inversée^G des lésions de pression pour décrire le processus de cicatrisation d'une plaie, car cela ne reflète pas avec précision le processus physiologique qui se produit dans les lésions de pression (NPUAP, 2000). Par exemple, une fois qu'une lésion de pression a été classée comme étant de stade 3, elle ne doit jamais être reclassée comme une lésion de stade 2 ou 1 au cours de la guérison; cependant, si la lésion de pression progresse pour devenir plus profonde, elle peut être reclassée comme telle (c'est-à-dire comme une lésion de pression de stade 4). En d'autres termes, le système de stadification du NPUAP ne doit pas être utilisé pour surveiller la *guérison* des plaies, mais seulement pour les évaluations initiales et pour décrire l'aggravation d'une lésion.

RECOMMANDATION 1.4

Évaluer la lésion de pression de la personne pour identifier les signes et symptômes d'infection (colonisation critique superficielle/infection localisée et/ou infection profonde et environnante/infection systémique) en utilisant une approche normalisée lors du premier examen et à chaque changement de pansement.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Il est important de déterminer si une lésion de pression est infectée. Toutes les lésions de pression contiennent des bactéries (Sibbald, Woo et Ayello, 2007). L'équilibre bactérien est défini comme « la contamination par des organismes en surface ou la colonisation par des organismes présents dans le tissu disposés en micro-colonies sans causer de dommages » (Sibbald et coll., 2007, p. 25). Cependant, lorsque la plaie n'est pas en équilibre bactérien (c'est-à-dire, lorsque le déséquilibre bactérien se produit), le résultat est une infection. La progression de l'équilibre bactérien au dommage bactérien s'inscrit dans un continuum caractérisé par les étapes suivantes : contamination^o, colonisation^o, colonisation critique^o, et infection^o. Contrairement à la contamination et à la colonisation, la colonisation critique fait référence à une infection dans laquelle la charge bactérienne provoque une inflammation excessive et retarde la cicatrisation des plaies (Perry et coll., 2014; Sibbald et coll., 2007). La colonisation critique est généralement observée dans les infections superficielles. En plus de la réponse inflammatoire et de la douleur causées par la colonisation critique superficielle, les infections profondes et environnantes de la plaie peuvent causer des lésions aux tissus (c'est-à-dire, la taille de la plaie augmente et des dommages à la peau péri-lésionnelle apparaissent) (Sibbald et coll., 2007). Pour obtenir une illustration de la progression de l'équilibre bactérien aux dommages bactériens, veuillez vous reporter à l'**annexe J**.

La World Union of Wound Healing Societies [WUWHS] (2008) décrit le continuum du déséquilibre bactérien comme suit : contamination, colonisation, infection localisée, propagation de l'infection et infection systémique. Une intervention est nécessaire lorsque l'infection localisée, la propagation de l'infection ou l'infection systémique se produisent (WUWHS, 2008). Pour obtenir de plus amples renseignements sur les meilleures pratiques du WUWHS en matière d'infection de la plaie, veuillez vous référer au document *Wound infection in clinical practice: An international consensus* (http://www.woundsinternational.com/media/issues/71/files/content_31.pdf) (en anglais) (WUWHS, 2008). Le groupe d'experts suggère que les équipes pluridisciplinaires peuvent utiliser les termes « colonisation critique superficielle » et « infection localisée » de façon interchangeable et « infection profonde et environnante » et « infection systémique » de façon interchangeable.

Le diagnostic précis d'une lésion de pression infectée est basé sur une évaluation des symptômes cliniques qui se manifestent dans et autour du lit local de la plaie, des structures plus profondes et de la peau environnante (Sibbald et coll., 2007). Le groupe d'experts recommande que l'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, évalue les lésions de pression pour détecter les symptômes d'infection (c.-à-d. colonisation critique superficielle/infection localisée ou infection profonde et environnante/infection systémique) au moment de l'examen initial et à chaque visite, y compris à chaque changement de pansement. Des évaluations régulières des lésions de pression permettent aux équipes pluridisciplinaires d'identifier et de traiter les infections des plaies alors qu'elles sont encore aux premiers stades de développement. Une évaluation de la présence et du degré de douleur de la personne doit être incluse comme composante de toute évaluation pour l'infection.

En général, les personnes souffrant de lésions de pression présentent un risque accru d'infection (c.-à-d. une colonisation critique superficielle/infection localisée ou une infection profonde et environnante/infection systémique) en raison de la diminution du débit sanguin vers la zone touchée, ce qui réduit l'apport de nutriments importants, de leucocytes, d'oxygène, et de médicaments aux tissus pour favoriser leur guérison (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). Lors des évaluations, les professionnels de la santé doivent savoir que les personnes immunodéprimées (p. ex. les personnes souffrant de diabète) ne présentent pas certains des symptômes courants de l'infection (p. ex., une élévation de la température).

En déterminant si une lésion de pression présente une colonisation critique superficielle/infection localisée ou une infection plus profonde et environnante/infection systémique, l'équipe pluridisciplinaire sera en mesure de sélectionner le traitement le plus approprié (agents topiques pour la colonisation critique superficielle/infection localisée ou agents microbiens systémiques pour les infections profondes et environnantes/infections systémiques) (Sibbald et coll., 2007).

Dans l'ensemble, l'évaluation de l'infection (c.-à-d. la colonisation critique superficielle/infection localisée ou l'infection plus profonde et environnante/infection systémique) est un élément important d'une évaluation complète des soins des plaies. Pour obtenir des exemples de la façon d'évaluer si une lésion de pression est infectée, veuillez consulter l'**annexe K**.

Un biofilm bactérien^G est présent dans environ 60 % des plaies chroniques (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Le biofilm provoque une inflammation chronique et peut inhiber la guérison des lésions de pression (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). De plus, le biofilm est microscopique et ne peut être vu à l'œil nu; un écouvillon de plaie ne permet pas non plus de déterminer sa présence (voir ci-dessous). Selon le groupe de directives regroupant le NPUAP, le EPUAP, et la PPIIA (2014), l'équipe pluridisciplinaire devrait soupçonner un biofilm bactérien dans une lésion de pression qui :

- Est présente depuis plus de quatre semaines;
- N'a montré aucun signe de guérison dans les deux semaines précédentes;
- Présente des signes cliniques et des symptômes d'inflammation,
- Ne répond pas aux traitements antimicrobiens^G.

Pour guider l'utilisation d'agents anti-infectieux appropriés, il est important d'obtenir un écouvillon semi-quantitatif de culture de plaie^G (ou une culture tissulaire, dans des environnements appropriés) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; WOCN, 2010). Cependant, avant d'obtenir un échantillon, les débris du lit de la plaie doivent être nettoyés (voir la Recommandation 3.4). Les cultures de tissus et les écouvillons ne doivent être faits qu'une fois qu'un clinicien a passé en revue les antécédents de la personne, effectué un examen physique de la lésion de pression et évalué la plaie pour détecter des signes d'infection. Étant donné qu'un écouvillon de plaie ne permet pas de diagnostiquer une infection dans une lésion de pression, il ne doit pas être fait de façon systématique. Pour obtenir un exemple de technique d'écouvillonnage, veuillez consulter l'[annexe L](#).

RECOMMANDATION 1.5

- a) Effectuer un dépistage des carences nutritionnelles chez toutes les personnes présentant des lésions de pression en utilisant un outil de dépistage validé et fiable au premier examen et s'il y a un retard dans la guérison des lésions de pression.
- b) Déterminer l'état nutritionnel de toutes les personnes à risque de malnutrition en utilisant un outil d'évaluation validé et fiable dans les 72 heures suivant l'examen initial et chaque fois qu'il y a un changement dans l'état de santé et/ou la lésion de pression.
- c) Effectuer une évaluation nutritionnelle exhaustive de toutes les personnes ayant des carences nutritionnelles dans les 72 heures suivant l'examen initial et en cas de changement de l'état de santé ou de retard de guérison.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Une mauvaise alimentation et une augmentation des besoins métaboliques peuvent conduire à la malnutrition, facteur de risque à la fois pour le développement de lésions de pression et pour le retard de guérison des plaies (RNAO, 2007). La malnutrition désigne « une condition dans laquelle une carence nutritionnelle ou un excès ou un déséquilibre de l'énergie, des protéines et d'autres nutriments provoque des effets indésirables mesurables sur les tissus, la structure corporelle, les fonctions corporelles et les résultats cliniques » (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014, p. 79). La malnutrition prédispose également les personnes souffrant de lésions de pression à un risque accru de morbidité et de mortalité (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Il est donc important de procéder au dépistage nutritionnel chez les personnes souffrant de lésions de pression et de fournir un soutien nutritionnel adéquat aux personnes vulnérables et à leur cercle de soins afin de favoriser la guérison des plaies, de préserver l'immunocompétence et de réduire le risque d'infection (Allard et coll., 2015).

Dépistage des risques de malnutrition

Le groupe d'experts et le groupe de directives regroupant le NPUAP, le EPUAP et la PIPPA (2014) recommandent qu'un premier dépistage du risque de malnutrition soit effectué au premier examen de la personne souffrant d'une lésion de pression (p. ex. lors de l'admission à l'hôpital, de la visite de pré-admission pour des chirurgies planifiées ou électives, ou lors de l'admission en maison de soins), chaque fois qu'il y a un déclin important de l'état clinique de la personne et lorsque la guérison de la plaie ne progresse pas. Pour évaluer le risque de malnutrition, il faut utiliser un outil validé et fiable. Pour examiner un exemple d'outil d'évaluation des risques de malnutrition, veuillez consulter [l'annexe M](#).

Détermination de l'état nutritionnel

Afin de déterminer si une personne qui est identifiée comme étant à risque de malnutrition est en fait malnutrie, le groupe recommande qu'un professionnel de la santé (très probablement une diététiste) confirme l'état nutritionnel de la personne en utilisant un outil fiable et validé. Cette évaluation devrait se faire aussi rapidement que possible après le premier examen (c.-à-d., dans les 72 heures), chaque fois qu'il y a un changement dans l'état de santé de la personne ou lorsque les lésions de pression d'une personne ne progressent pas vers la guérison. Pour examiner un exemple d'outil d'évaluation pour déterminer l'état nutritionnel, veuillez consulter [l'annexe M](#).

L'évaluation à l'aide d'un outil d'évaluation des risques de malnutrition, suivie de l'utilisation d'un outil d'évaluation pour déterminer l'état nutritionnel, permet d'accélérer l'identification précoce des personnes à risque de malnutrition et l'instauration d'une supplémentation nutritionnelle appropriée chez les personnes souffrant de lésions de pression ainsi que chez celles qui présentent un risque d'en développer. Lorsque cela est jugé nécessaire, l'évaluation et le renvoi à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (p. ex. un médecin, un dentiste, un denturologue, un orthophoniste, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un travailleur social) peuvent être requis pour évaluer, planifier et atténuer et/ou modifier les facteurs contribuant aux problèmes de nutrition d'une personne (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). Pour consulter les facteurs contribuant à la malnutrition, veuillez consulter le [tableau 1](#).

Évaluation complète de la nutrition

Une évaluation nutritionnelle exhaustive désigne « une approche systématique pour recueillir, enregistrer et interpréter les données pertinentes des patients, des clients, des membres de la famille, des soignants et d'autres personnes et groupes » (Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee, 2008, p. 1114). Une évaluation nutritionnelle complète est habituellement effectuée par une diététiste autorisée; l'équipe pluridisciplinaire devrait diriger une personne souffrant de lésions de pression chez laquelle l'état nutritionnel est déficient vers une diététiste autorisée pour une évaluation plus approfondie et l'élaboration d'un plan nutritionnel de soins.

En général, une évaluation nutritionnelle complète doit inclure une évaluation des éléments suivants (Charney, 2008) :

- les renseignements obtenus lors de la détermination de l'état nutritionnel de la personne à l'aide d'un outil validé et fiable d'évaluation nutritionnelle,
- les mesures anthropométriques^G,
- une évaluation nutritionnelle détaillée (c'est-à-dire des aliments et des liquides),
- une évaluation biochimique,
- les antécédents médicaux,
- les habitudes de vie
- le mode de vie,
- la dépendance envers les autres pour la préparation des repas et l'achat de nourriture,
- l'alphabétisation et
- la mobilité.

Tableau 1 : Facteurs contribuant à la malnutrition

FACTEURS CONTRIBUTIFS	
Fonctionnel :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de mastication ■ Problèmes de déglutition ■ Niveau d'indépendance avec l'alimentation ■ Dysfonctionnement cognitif (c'est-à-dire l'incapacité à manger de façon indépendante) ■ Modifications du niveau d'activité (Perry et coll., 2014) ■ Problèmes dentaires (p. ex., prothèses mal ajustées) (WOCN, 2010)
Médical :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle du diabète ■ Gestion des maladies rénales (Perry et coll., 2014) ■ Symptômes gastro-intestinaux (par exemple, nausées, vomissements, constipation) ■ Interventions médicales/chirurgicales qui influencent l'alimentation ou l'absorption de nutriments (par exemple, la chirurgie gastro-intestinale) ■ Effets secondaires des médicaments ■ Âge avancé (WOCN, 2010) ■ Dépression (AWMA, 2012) ■ Douleur
Psychosocial :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accès à la nourriture (p. ex., La capacité de se procurer de la nourriture et des suppléments, d'accéder aux installations de cuisson et préparer les repas, la capacité de se procurer des produits d'épicerie ou d'acheter de l'épicerie) ■ Recours à d'autres personnes pour acheter de la nourriture ■ Capacité de cuisiner ou de préparer des aliments ■ Préférences alimentaires culturelles (WOCN, 2010) ■ Disponibilité du soutien social ■ Personne vivant seule.
Organisationnel :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interruptions pendant les repas (p. ex., par le personnel, analyses qui nécessitent un jeûne) ■ Dérangement causé par les activités, le bruit, les odeurs désagréables ■ Incapacité à ouvrir des emballages alimentaires (Keller et coll., 2015)

RECOMMANDATION 1.6

Évaluer la douleur liée à la lésion de pression à l'examen initial et effectuer un suivi lors des visites ultérieures, y compris avant et après chaque intervention de soins de plaies, en utilisant le même outil validé et fiable compatible avec la capacité cognitive de la personne.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Les personnes souffrant de lésions de pression ressentent souvent divers degrés de douleur, allant de légère à sévère. La douleur liée à la lésion de pression peut être plus sévère et persistante pendant l'exposition à la pression et au cisaillement; lorsque les terminaisons nerveuses sont endommagées et enflammées, infectées ou excoriées; et quand les procédures et les traitements sont effectués sur la plaie (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Selon le groupe d'experts et plusieurs lignes directrices sur les ulcères et les lésions de pression, l'évaluation de la douleur est un élément vital à intégrer dans une évaluation clinique globale (Beeckman et coll., 2013; Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA 2014; RNAO, 2007). Une évaluation de la douleur doit être effectuée à chaque visite (p. ex. au premier examen et au cours des réévaluations), y compris avant et après chaque intervention de soins de la plaie (par exemple, changements de pansement, débridement) afin d'assurer une bonne prise en charge de la douleur (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Des outils d'évaluation appropriés devraient être utilisés pour les personnes souffrant de lésions de pression qui souffrent de déficience cognitive afin d'évaluer et de traiter correctement leur douleur.

Évaluation de la douleur

Le groupe d'experts, en accord avec les groupes de directives de l'AWMA (2012) et du NPUAP, EPUAP et de la PIPPA (2014), recommande que l'évaluation de la douleur soit menée de la façon la suivante :

- Emplacement de la douleur (AWMA, 2012);
- Fréquence, quantité, durée et gravité de la douleur (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Caractéristiques de la douleur (AWMA, 2012);
- Historique de douleur détaillé (p. ex., expériences antérieures de douleur et interventions pour la gestion de la douleur) (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Facteurs qui déclenchent et soulagent la douleur (AWMA, 2012);
- Diagnostic du type et de la cause de la douleur (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- L'anticipation de la douleur par la personne, en fonction de son expérience antérieure de la douleur dans des situations précises (p. ex., pendant le traitement ou au repos) (Solowiej, Mason et Upton, 2010); and
- Limite (s) fonctionnelle (s) résultant de la douleur de la personne.

Un outil d'évaluation de la douleur validé fournira l'évaluation la plus précise de la douleur d'une personne en termes de présence et de gravité et il est recommandé que les équipes pluridisciplinaires, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, utilisent ces outils pour guider leurs évaluations (AWMA, 2012). Afin d'accroître l'exactitude de l'évaluation de la douleur, l'équipe pluridisciplinaire devrait également tenir compte de toutes les préférences que la personne peut exprimer en ce qui concerne le type d'outil validé utilisé (p. ex., outils numériques, textuels ou graphiques) (AWMA, 2012). Veuillez vous reporter à **l'annexe N** pour obtenir une liste des outils d'évaluation de la douleur recommandés pour les adultes atteints de troubles cognitifs.

À l'heure actuelle, il existe peu d'outils d'évaluation de la douleur conçus pour les personnes atteintes de déficience cognitive. Selon les groupes de directives de l'AWMA (2012) et du NPUAP, l'EPUAP et de la PIPPA (2014), il est également important d'intégrer le langage corporel et les indices non verbaux du client dans l'évaluation de la douleur (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014, p. 143) (p. ex., expressions faciales, agitation). De plus, pour les personnes qui ne sont pas capables de réagir verbalement ou de saisir le concept des échelles de douleur, le cercle de soins de la personne (p. ex., la famille et les soignants primaires) peut être en mesure d'évaluer et de signaler des changements dans le comportement de la personne qui peuvent indiquer une réaction à la douleur. Pour obtenir une liste des outils d'évaluation de la douleur à utiliser chez les personnes atteintes de déficience cognitive, veuillez consulter **l'annexe N**.

Pour de plus amples renseignements sur les principes généraux de l'évaluation et de la gestion de la douleur, veuillez consulter la LDPE clinique de l'AIHAO (2013) *Évaluation et prise en charge de la douleur* (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_13-FRE_Lowres.pdf).

Le tableau 2 énumère divers facteurs reconnus pour influencer l'expérience et la perception de la douleur chez les individus. Ils doivent être pris en considération en conjonction avec les résultats obtenus par un outil d'évaluation de la douleur.

Tableau 2 : Facteurs qui aggravent ou soulagent la douleur

FACTEURS AGGRAVANTS	FACTEURS DE SOULAGEMENT
L'augmentation du stade ou de la gravité est associée à des niveaux de douleur plus élevés (AWMA, 2012)	Les pansements pour plaies : silicone, hydrogels, alginates, mousses polymères à membrane et pansements en mousse nécessitent des changements moins fréquents et causent moins de douleur et de traumatisme lorsqu'ils sont retirés (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2015)
Les interventions (p. ex., changements de pansements, débridement, traitements locaux) sont associées à une douleur plus importante que lorsque les plaies sont au repos (AWMA, 2012; Woo, 2015)	Les analgésiques topiques (p. ex., pansements imprégnés d'ibuprofène, morphine topique) et l'analgésie systémique (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2015)
Pansements : les pansements hydrocolloïdes avec pellicules adhésives agressives et les pansements humides (« wet-to-dry ») sont considérés comme douloureux (Comité d'experts, 2015)	Le repositionnement conforme aux souhaits de la personne (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2015).
L'anxiété et l'anticipation de la douleur (Expert Panel, 2015)	Les surfaces de support appropriées (voir le tableau 3)
Présence d'infection (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014)	

RECOMMANDATION 1.7

Effectuer une évaluation vasculaire (c.-à-d., antécédents médicaux, examen physique) de toutes les personnes ayant des lésions de pression aux membres inférieurs lors de l'examen initial.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Pour les personnes souffrant de lésions de pression sur les protubérances osseuses au niveau des membres inférieurs (p. ex. les talons) ou de lésions causées par une pression environnementale soutenue (p. ex., les chaussures), une évaluation vasculaire des membres inférieurs est essentielle pour assurer la sécurité au cours du traitement, identifier les éléments qui pourraient entraver la guérison et déterminer quelles sont les options de traitement appropriées. L'évaluation doit être effectuée avant l'élaboration d'un plan de soins et avant la

prise en charge des plaies (p. ex., l'application de différents pansements, le débridement et la compression). Il est essentiel d'évaluer l'apport vasculaire artériel aux extrémités inférieures de la personne de façon exhaustive avant d'effectuer tout type de débridement des extrémités inférieures afin de déterminer si l'apport sanguin artériel est suffisant pour soutenir la cicatrisation des lésions de pression et la cicatrisation de la plaie débridée (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Le groupe d'experts recommande qu'une évaluation (p. ex., antécédents médicaux et examen physique) soit effectuée par un des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Si l'évaluation révèle des déficiences de l'état vasculaire (c. -à-d. le débit artériel) dans les membres inférieurs de la personne, la personne doit être dirigée vers le professionnel de la santé qui en est en charge ou vers un professionnel de la santé ayant une expertise dans le domaine qui pourront effectuer une évaluation approfondie et prescrire les analyses diagnostiques des lésions aux membres inférieurs avant une intervention relative à la plaie, ou si la plaie ne guérit pas comme prévu après la prise en charge des plaies (p. ex., débridement). Veuillez vous référer à la Recommandation 4.2 de cette Ligne directrice pour obtenir de plus amples renseignements sur le suivi de la cicatrisation.

Selon le groupe d'experts et les autres groupes de directives sur les ulcères et les lésions de pression, une évaluation vasculaire des membres inférieurs devrait comprendre la collecte de renseignements précis (antécédents médicaux) de la personne et de son cercle de soins *ET* un examen physique. La personne est considérée comme ayant une mauvaise circulation vers les membres inférieurs s'il y a une combinaison de symptômes suivants :

1. Antécédents médicaux

- Les antécédents de lésions de pression antérieures aux membres inférieurs, les interventions utilisées et la réponse antérieure de la personne à la prise en charge des plaies.
- Les facteurs de risque qui contribuent à l'insuffisance artérielle, comme les lipides élevés, le diabète, les antécédents familiaux d'atteinte vasculaire, le tabagisme et l'histoire cardiovasculaire (p. ex., accident vasculaire cérébral antérieur, événements ou chirurgie cardiaques ou chirurgie vasculaire antérieure) (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
- Douleur accrue aux extrémités inférieures au repos et avec le mouvement (par exemple, claudication intermittente) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

2. Examen physique

- Affaiblissement du pouls pédieux (vérifier dans l'artère pédieuse ou l'artère tibiale postérieure). La calcification des vaisseaux sanguins des membres inférieurs, combinée à une formation insuffisante pour mesurer le pouls pédieux chez les professionnels de la santé, peut entraîner des résultats faussement négatifs dans l'évaluation du pouls pédieux palpable. Toutefois, dans les cas où les essais diagnostiques ne sont pas disponibles, cette évaluation est utile pour appuyer la planification des soins de santé (RNAO, 2007).
- Présence de rubor et de pallor interreliées lors de l'élévation des membres inférieurs.
- Le membre inférieur affecté est plus frais, cyanotique, sans pilosité, et a des ongles dystrophiques.
- Les études artérielles non invasives (p. ex. l'indice de pression brachial de la cheville [IPBC]^G, l'indice de pression du pied [IPP]^G) (Perry et al., 2014; NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014). Un IPBC inférieur à 0,6 ou un IPP inférieur à 0,65 dans le membre affecté indiquent une mauvaise circulation sanguine dans les membres inférieurs. Un Doppler portatif est un outil précieux, simple, rentable et fiable pour déterminer les pouls mono, bi et triphasiques. En général, les signaux sonores triphasiques et biphasiques sont associés à un apport sanguin suffisant pour favoriser la guérison des plaies. La prudence est de mise chez les personnes atteintes de diabète et de signaux biphasiques (Alavi et coll., 2015).

RECOMMANDATION 1.8

Effectuer une évaluation de la mobilité et de la surface de support lors de l'examen initial et chaque fois qu'il y a un changement important dans l'état de santé, le poids, l'équipement, la mobilité et/ou la guérison des lésions de pression.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Le groupe d'experts recommande de procéder à l'évaluation de toutes les sources de pression et de cisaillement dans toutes les positions et pendant les transferts, les retournements et le repositionnement pour toutes les personnes souffrant de lésions de pression afin d'optimiser la redistribution de la pression et de faciliter la cicatrisation. Les sources potentielles de pression et de cisaillement comprennent les activités, les transferts et les retournements. Les retournements peuvent se faire sur les brancards (dans les urgences, sur les tables des salles d'opération, sur les tables pendant les longues épreuves comme le cathétérisme cardiaque et sur les civières), sur les sièges utilisés pour le transport (comme dans une voiture) et lors de l'utilisation des bassins de lit, des chaises percées et des toiles. Cette évaluation devrait se faire lors de l'examen initial, chaque fois qu'il y a des changements importants dans l'état de santé de la personne, et si la lésion de pression montre un retard de guérison. Grâce à une évaluation régulière, la redistribution de la pression peut être optimisée pour aider à atténuer la pression sur les protubérances osseuses et dans les zones où les lésions de pression sont le plus susceptibles de se développer (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). La redistribution de la pression améliore également la perfusion de sang et de nutriments dans la plaie ouverte (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014).

Si des problèmes relatifs à la mobilité et aux activités de la vie quotidienne d'une personne sont identifiés, il est recommandé de faire appel à un ergothérapeute ou à un physiothérapeute. Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes peuvent identifier les sources de pression et formuler des recommandations concernant la sélection de nouveaux équipements ou l'adaptation des équipements existants afin d'optimiser la redistribution de la pression. Les outils d'évaluation du risque de développer des lésions de pression comprennent souvent une évaluation de la mobilité. (Pour obtenir plus de renseignements sur les outils d'évaluation des risques, veuillez consulter la Recommandation 1.2.)

Selon le groupe d'experts et les autres groupes ayant participé à l'élaboration de la ligne directrice sur les ulcères/lésions de pression, une évaluation de la mobilité et de la surface de supports doit comprendre une évaluation des éléments suivants :

- Le niveau d'activité de la personne et de ses aidants (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014);
- La capacité de la personne de se déplacer et à changer de position (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014);
- Le poids et la taille de la personne (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014);
- Les facteurs qui contribuent au confort et à l'inconfort de la personne (par exemple, la douleur causée par le mouvement) (Beckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014);
- Le nombre, la gravité et l'emplacement des lésions de pression existantes (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014);
- Les problèmes d'incontinence et d'autres sources d'humidité (p. ex., certaines surfaces de support peuvent éloigner l'humidité de la peau) (Perry et coll., 2014);
- La nécessité d'élever la tête;
- Le besoin de transferts;
- Les conditions de vie de la personne.

En ce qui concerne l'élévation de la tête, des élévations supérieures à 30 degrés exercent davantage de pression sur les protubérances osseuses (Perry et coll., 2014). Cependant, il peut s'avérer nécessaire d'élever la tête du lit à 30 degrés dans le cas des personnes qui doivent avoir un ventilateur ou une sonde d'alimentation et de celles qui souffrent d'un problème respiratoire (par exemple, une maladie pulmonaire obstructive chronique), d'une dysphagie et d'une insuffisance cardiaque chronique. Dans de tels cas, le risque accru de complications (comme le risque de pneumonie acquise en raison de l'utilisation d'un ventilateur lorsque l'élévation de la tête du lit est inférieure à 30 degrés) prévaut sur le risque de pression sur les protubérances osseuses.

Équipement

L'équipement dont se sert la personne doit être évalué afin d'exclure toute utilisation incorrecte (p. ex., l'utilisation, l'installation, l'ergonomie et/ou l'ajustement et/ou le mauvais fonctionnement de l'équipement) comme cause (s) ou facteur (s) contribuant (s). L'aiguillage vers un ergothérapeute, un physiothérapeute ou une clinique spécialisés dans la position assise pour une évaluation plus approfondie devrait être envisagé. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'effectuer une évaluation de la position assise, veuillez consulter l'**annexe O**. De façon générale, le groupe d'experts recommande que l'évaluation de l'équipement utilisé par la personne comprenne une évaluation

- du lit ou des autres surfaces de support,
- du fauteuil roulant/sièges,
- de l'équipement sportif,
- de l'équipement de salle de bains,
- de l'équipement de transfert et de toute autre surface sur laquelle la personne est assise ou couchée (p. ex., un siège de véhicule, un divan, etc.)
- du repose-pieds et des chaussures;
- et des supports pour entretenir l'équipement (par exemple, la vérification avec la main du gonflage des coussins d'air). (Voir l'**annexe O** pour obtenir des directives sur la façon de procéder à une vérification avec la main du gonflage d'un coussin d'air.)

Les systèmes technologiques de cartographie de la pression^G sont des outils complémentaires qui souvent utilisés dans l'évaluation des surfaces de support et des sièges de fauteuil roulant. L'équipe pluridisciplinaire doit être consciente des limites de la technologie de cartographie de la pression et veiller à interpréter ces renseignements avec soin. Cependant, grâce à l'élément visuel, la technologie de cartographie de la pression peut être utilisée pour renseigner les personnes souffrant de lésions de pression en ce qui concerne les stratégies de déplacement de poids en fauteuil roulant et les coussins de siège (Houghton et coll., 2013).

En général, il est conseillé de procéder à une évaluation approfondie du mode de vie, de l'environnement, du niveau d'activité et de l'utilisation de l'équipement tout au long de la journée. L'ergothérapeute ou le physiothérapeute peuvent procéder à une évaluation en milieu hospitalier ou au domicile de la personne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la sélection de la surface de support la plus appropriée pour une personne souffrant d'une lésion de pression, veuillez vous référer à la Recommandation 3.2 de cette Ligne directrice. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'évaluation de la mobilité et des surfaces de support, veuillez consulter la LDPE clinique *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* (2002) de l'AIIAO (<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9valuation-du-risque-et-pr%C3%A9vention-des-l%C3%A9sions-de-pression-0>). Bien que cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires porte sur l'évaluation des surfaces de support pour les personnes à haut risque de lésions de pression (c'est-à-dire la prévention des lésions de pression), les principes s'appliquent également aux personnes présentant des lésions de pression existantes.

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1

Obtenir l'aiguillage ou les consultations requises pour planifier et coordonner un plan de soins des lésions de pression.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

L'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, doit planifier les soins de façon appropriée. Les soins pluridisciplinaires désignent la « prestation de services de santé complets assurée au patient par de multiples professionnels qui travaillent *en collaboration* afin d'offrir des soins de qualité dans un établissement et entre plusieurs établissements (AIIAO, 2013b, p. 64). Il est donc important que l'équipe pluridisciplinaire collabore avec la personne souffrant d'une lésion de pression et son cercle de soins pour coordonner le plan de soins des lésions. L'accès aux spécialistes peut varier selon les régions et les milieux de soins de santé. Dans la mesure du possible, les membres appropriés de l'équipe pluridisciplinaire devraient être consultés lors de l'élaboration du plan de soins des lésions de pression. En l'absence d'accès, il faut veiller à ce que le plan de soins reflète les pratiques exemplaires actuelles fondées sur des données probantes.

Afin de fournir des soins cliniques complets, coordonnés et de qualité aux personnes souffrant de lésions de pression, il peut être nécessaire de consulter et de collaborer avec les professionnels de la santé suivants :

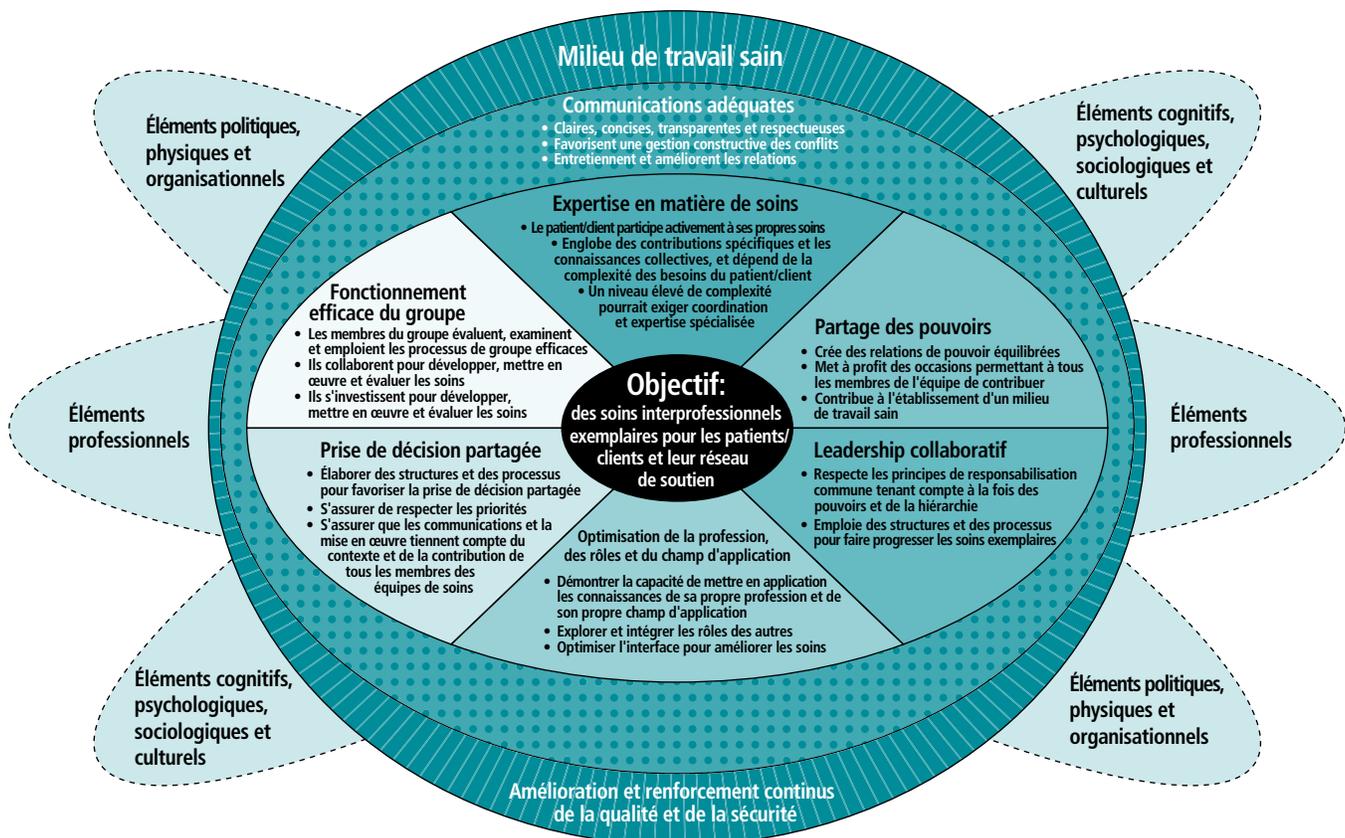
- Podologue (pour le soin spécialisé des lésions de pression aux membres inférieurs);
- Infirmière stomathérapeute (pour les soins spécialisés dans les problèmes de santé de la plaie, de la stomie et de la continence);
- Les professionnels de la santé qui ont une formation avancée en soins de plaies ou les cliniques où ces soins sont disponibles;
- Un spécialiste du contrôle des infections/microbiologiste (pour les infections non réactives, récalcitrantes ou récurrentes) (AWMA, 2012);
- Une infirmière praticienne (pour l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression, selon ses connaissances, sa formation, ses compétences et son rôle au sein de l'équipe pluridisciplinaire);
- Un ergothérapeute (pour l'évaluation en matière de redistribution de la pression, l'évaluation de l'activité quotidienne et de la mobilité, l'expertise en matière de prescription de sièges de fauteuil roulant, de prévention du cisaillement et de prise en charge);
- Une personne souffrant d'une lésion de pression et son cercle de soins (p. ex., le soignant principal, les amis, la famille, le décideur substitut, le PSSP – pour reconnaître et intégrer leurs connaissances des lésions de pression dans le plan de soins);
- Le physiatre (pour les soins aux personnes atteintes de lésions médullaires et l'accès au personnel de réadaptation);
- Le physiothérapeute (pour la redistribution de la pression, la mobilité, les thérapies complémentaires, l'expertise en prescription de sièges de fauteuil roulant et la prévention et la gestion du cisaillement);
- Le médecin (p. ex., médecin de famille, spécialistes médicaux – pour l'évaluation et le traitement des lésions de pression, en fonction des connaissances des praticiens, de la formation, des compétences et du rôle dans l'équipe pluridisciplinaire);
- Une diététiste autorisée (pour l'évaluation et la prise en charge de l'état nutritionnel);
- Une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée (pour l'évaluation et le traitement des lésions de pression, selon les connaissances des praticiens, la formation, les compétences et le rôle dans l'équipe pluridisciplinaire);
- Un travailleur social (pour les soins psychosociaux, les soins spirituels, l'évaluation psychosociale/les soutiens sociaux et la planification des dispositions);
- Un orthophoniste (pour la déglutition et la communication);
- Un chirurgien (pour les interventions chirurgicales, le débridement chirurgical, la fermeture des volets et l'évaluation vasculaire).

Afin de fournir des soins pluridisciplinaires efficaces et de collaborer avec la personne et son cercle de soins, les équipes pluridisciplinaires devraient posséder de l'expertise dans six domaines clés (RNAO, 2013b, p. 23) :

1. L'expertise en matière de soins (veiller à ce que ceux qui proposent des suggestions aient la formation appropriée);
2. Le partage des pouvoirs (c.-à-d. contrôle et responsabilités partagés);
3. Le leadership collaboratif
4. L'optimisation de la profession, du rôle et de la portée de la pratique de chacun;
5. La prise de décision partagée;
6. Le fonctionnement efficace du groupe

La figure 2 fournit des détails supplémentaires sur les six domaines clés. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les concepts et les pratiques exemplaires en matière de soins pluridisciplinaires, veuillez consulter la LDPE en soins infirmiers *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (AIIAO, 2014) (<http://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-%C3%A9sul>).

Figure 2 : Modèle conceptuel pour la création et le maintien de soins de santé interprofessionnels*



*Adapté du Cadre national de compétences et du modèle de l'AIIAO pour des milieux de travail sains pour les infirmières

Source : Réimpression de *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013, p. 23. Droits d'auteur 2013 de l'AIIAO.

RECOMMANDATION 2.2

Élaborer un plan de soins des lésions de pression qui englobe les objectifs fixés d'un commun accord entre la personne, son cercle de soins et l'équipe pluridisciplinaire.

Niveau de preuve = 1a

Discussion sur les données probantes :

La participation de la personne et de son cercle de soins (p. ex., les soignants primaires, les décideurs substitués) dans l'établissement des objectifs cliniques et l'élaboration d'un plan de soins des lésions de pression est primordiale. L'équipe pluridisciplinaire devra entre autres déterminer si la plaie est guérissable, chronique (d'entretien) ou incurable^G (voir la **figure 1** pour le paradigme de la préparation du lit de la plaie 2015, consulter l'**annexe A** pour les définitions). Un plan de soins doit être établi pour chaque type de plaie. Le plan de soins doit être élaboré de façon collaborative une fois l'évaluation initiale terminée et doit être mis à jour chaque fois qu'un changement est observé dans l'état de santé de la personne ou lorsqu'aucun progrès n'est observé dans la guérison de la plaie. Les stratégies de traitement des lésions de pression doivent être personnalisées pour tenir compte des attitudes, des croyances, de la culture, des besoins relatifs au style de vie et des préférences personnelles de la personne. De plus, il est essentiel que l'équipe pluridisciplinaire passe le contrôle à la personne afin de l'habiliter et de la soutenir dans l'exécution du plan de soins.

L'établissement d'objectifs fixés par accord mutuel transfère le contrôle et l'indépendance de l'équipe pluridisciplinaire à la personne et à son cercle de soins (Gorecki et coll., 2009). Le groupe d'experts recommande d'améliorer l'établissement d'objectifs mutuels et la planification des soins en établissant une relation thérapeutique avec la personne et son cercle de soins, par la mise en œuvre de principes de soins axés sur la personne et la famille^G. Une relation thérapeutique est définie comme étant « une relation délibérée visant un but, établie entre le fournisseur de soins de santé et la personne qui fait appel au système de santé pour obtenir des soins et un traitement. Cette relation est ancrée dans un processus interpersonnel visant à promouvoir les intérêts supérieurs et les résultats de la personne » (CNO, 2013; RNAO, 2006). Selon une revue systématique de Gorecki et coll. (2009), les relations thérapeutiques instaurent l'espoir chez les personnes souffrant de lésions de pression, améliorent leur adhésion au traitement et contribuent en fin de compte à des résultats positifs. Les professionnels de la santé ont de meilleures chances de développer des relations thérapeutiques avec des personnes souffrant de lésions de pression lorsqu'ils adoptent une attitude positive et amicale (Gorecki et coll., 2009). Bien que les soins axés sur la personne aient été définis de diverses façons dans la littérature, cette approche se rapporte en principe à l'établissement d'une relation authentique, respectueuse et habilitante entre la personne, son cercle de soins et l'équipe pluridisciplinaire en ce qui a trait à la santé de la personne (RNAO, 2015).

Les objectifs du traitement clinique sont généralement axés sur la cicatrisation et la fermeture des lésions de pression. Cependant, lorsque la guérison ne se produit pas, l'équipe pluridisciplinaire devrait explorer d'autres options de traitement avec la personne et son cercle de soins (RNAO, 2013a). S'il y a peu de chances que la lésion cicatrise, l'équipe pluridisciplinaire devrait établir des objectifs fixés d'un commun accord pour améliorer la qualité de vie de la personne (RNAO, 2013a). Par exemple, dans les soins palliatifs, la prise en charge des symptômes (c.-à-d. le contrôle de la douleur, de l'écoulement et de l'odeur) est l'objectif habituel lorsque les plaies ne répondent pas au traitement et que les interventions interfèrent avec la qualité de vie de la personne (Perry et coll., 2014). Pour un exemple de la façon de déterminer les objectifs de prise en charge des symptômes chez les personnes pour qui la cicatrisation n'est pas une attente clinique et le maintien du confort de la personne est une priorité, veuillez vous reporter à l'**annexe P**.

Pour de plus amples renseignements sur les relations thérapeutiques, veuillez vous reporter à la LDPE clinique de l'AIIAO (2002) *Établissement de la relation thérapeutique* (<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9tablissement-de-la-relation-th%C3%A9rapeutique>). Pour de plus amples renseignements sur les principes et les stratégies en matière de soins axés sur la personne et la famille, veuillez consulter la LDPE clinique *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* de l'AIIAO (2015) (<http://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille>).

3.0 MISE EN ŒUVRE

Chez les personnes souffrant de lésions aux stades 1, 2, 3 ou 4, de lésions inclassables ou de lésions des tissus profonds, un plan de traitement complet devrait inclure des interventions qui abordent tous les obstacles à la guérison des lésions de pression sur lesquels il est possible d'intervenir. Les principaux facteurs de risques modifiables influant la guérison des lésions sont 1) la malnutrition, 2) l'humidité, 3) la pression et 4) le cisaillement (O'Tuathail and Raqi, 2011).

RECOMMANDATION 3.1

Repositionnez la personne à intervalles réguliers (c'est-à-dire toutes les deux à quatre heures) en fonction des préoccupations axées sur la personne. Demander à la personne de déplacer son poids toutes les 15 minutes et l'y aider au besoin lorsqu'elle est assise.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

La réduction de la mobilité et du niveau d'activité sont deux facteurs de risque importants pour le développement de lésions de pression. Un changement de position fréquent est donc important pour réduire la pression sur les zones vulnérables du corps quand la personne est immobile (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Il existe des données récentes montrant que la fréquence de retournement des personnes présentant un risque modéré à élevé dans les établissements de soins de longue durée a une incidence sur la prévention des lésions de pression (Bergstrom et coll., 2014). Cependant, il existe peu de projets de recherches (c'est-à-dire des essais contrôlés randomisés) qui examinent les effets du changement de position sur la guérison des lésions de pression existantes (Moore et Cowman, 2008). Malgré cela, le groupe d'experts recommande fortement qu'un plan individualisé de soins optimise la capacité de la personne à changer de position, afin d'éviter le cisaillement chez les personnes présentant des lésions de pression existantes et de prévenir l'apparition de lésions de pression supplémentaires. Les autres groupes de directives sur les ulcères/lésions de pression appuient cette recommandation (Houghton et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Le plan individualisé de prise en charge pour le repositionnement d'une personne doit comprendre toutes les surfaces couchées et assises, y compris les accoudoirs et les pédales de commandes que la personne utilise tout au long de la journée (par exemple, lits, fauteuils roulants, fauteuils gériatriques, tables, repose-pieds et chaussures). À moins que cela ne soit médicalement contre-indiqué (p. ex., en raison de fractures, d'une colonne vertébrale instable, etc.), le groupe d'experts recommande que la personne change de position, seule ou avec assistance, toutes les deux à quatre heures lorsqu'elle est allongée sur un matelas standard^G ou sur un matelas de redistribution de la pression et déplace son poids toutes les 15 minutes en position assise. La fréquence de repositionnement et de déplacement de poids recommandée doit être adaptée pour tenir compte des situations individuelles, notamment l'état de santé général de la personne, sa tolérance, son niveau de mobilité et les équipements/ressources qui sont à sa disposition (p. ex., produits de redistribution de la pression et disponibilité des soignants). La fréquence doit être ajustée (c'est-à-dire augmentée ou diminuée) selon la réponse de la plaie. Il est fortement recommandé de faire appel à un ergothérapeute ou à un physiothérapeute en collaboration avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (p. ex., diététiste, infirmière de première ligne), la personne ayant subi une lésion de pression et son cercle de soins pour établir et mettre en œuvre un plan de soins individualisé.

Lors du transfert ou du repositionnement d'une personne présentant une lésion de pression sur ou entre les surfaces de support, il importe de respecter les directives suivantes :

- Établir et suivre un horaire de repositionnement, quelle que soit la surface de support utilisée.
- Faire part à la personne et au (ou aux) principal (aux) aidant (s), selon le cas, du programme de repositionnement et effectuer une surveillance régulière.
- Utiliser les techniques de transfert appropriées. Il ne faut pas soulever la personne et la tirer entre les surfaces (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Changement de position au lit

- Éviter de placer la personne sur des lésions de pression existantes ou sur des protubérances osseuses (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).
- Utiliser des dispositifs de positionnement tels qu'un coussin ou un coin pour maintenir l'alignement et la position du corps et pour redistribuer la pression de façon à éviter les protubérances osseuses (Perry et coll., 2014; WOCN, 2010).
- Utiliser des dispositifs d'assistance (par exemple, ridelle, trapèze, planche de transfert, etc.) pour permettre à la personne de se repositionner et de se transférer de façon indépendante.
- Si l'état de santé de la personne le permet, limiter le temps pendant lequel la tête du lit est élevée et veiller à ce que l'élévation ne dépasse pas 30 degrés (position de semi-Fowler); veiller à ce que la personne soit placée en position du semi-Fowler pour empêcher le glissement (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Changement de position dans un fauteuil ou un fauteuil roulant

- Après évaluation du fauteuil roulant par un spécialiste de la position assise (c.-à-d. un ergothérapeute ou un physiothérapeute), réduire le temps passé en position assise pour les personnes souffrant de lésions de pression sur les ischions, le coccyx ou les zones sacrées (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). La durée pendant laquelle une personne peut être en position assise dépendra des objectifs de qualité de vie de la personne, de la disponibilité de l'équipement et de la progression de la cicatrisation.
- Ne pas utiliser de dispositif de type beignet (Perry et coll., 2014). Suivre les recommandations fournies par un spécialiste de la position assise (p. ex., un ergothérapeute ou un physiothérapeute).
- Le cas échéant, intégrer un mécanisme basculant ou inclinable pour faciliter le positionnement approprié et prévenir le glissement (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).
- Veiller à ce que les pieds de la personne soient soutenus de façon adéquate lorsqu'elle est assise (c.-à-d. sur le sol ou avec un repose-pieds) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).
- Offrir de l'information à la personne au sujet des techniques appropriées de déplacement de poids selon le plan de soins pluridisciplinaire.

Transferts d'un lit à une chaise (ou d'une chaise à un lit)

- Aiguiller la personne vers un physiothérapeute ou un ergothérapeute pour obtenir des recommandations concernant les techniques de transfert sécuritaires afin de minimiser le cisaillement et d'élaborer un plan pour maintenir la force et l'endurance de la personne.
- Retirer la toile après avoir transféré la personne sur le fauteuil, ou utiliser une toile qui est conçue pour être laissée sous le corps de la personne (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Veillez consulter la LDPE clinique *Évaluation des risques et prévention des lésions de pression* de l'AIIAO (2002) (<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9valuation-du-risque-et-pr%C3%A9vention-des-l%C3%A9sions-de-pression-0>) pour obtenir de plus amples renseignements sur les pratiques exemplaires en matière de repositionnement et de déplacement du poids. Bien que les recommandations soient destinées à être utilisées dans la prévention des lésions de pression, le groupe d'experts soutient leur application au repositionnement et au déplacement du poids chez les personnes présentant des lésions de pression existantes.

RECOMMANDATION 3.2

Placer toutes les personnes souffrant d'une lésion de pression sur une surface de support qui permet la redistribution de la pression en tout temps.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Selon plusieurs lignes directrices sur les ulcères/lésions de pression, les surfaces de support (par exemple, matelas, revêtements et coussins de fauteuil roulant) qui permettent de redistribuer la pression loin des zones vulnérables du corps devraient être utilisées en tout temps pour les personnes présentant des lésions de pression et celles qui sont à risque d'en développer (Houghton et coll., 2013; Perry et coll., 2014; NICE, 2014; NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014; WOCN, 2010). Les surfaces de support désignent « les dispositifs spécialisés de redistribution de la pression conçus pour la gestion des charges des tissus, du microclimat (la chaleur, l'humidité et le débit d'air doivent être contrôlés) ou d'autres fonctions thérapeutiques » (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014, p. 105). Cependant, même lorsqu'une surface de support est utilisée, des repositionnements continus et réguliers sont quand même nécessaires (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). Le tableau 3 résume les différentes catégories de surfaces de support.

Tableau 3 : Catégories de surfaces de support

TERME	DÉFINITION
SURFACE DE SUPPORT RÉACTIVE	Une surface de support à moteur ou non ayant la capacité de modifier ses propriétés de répartition de la charge seulement en réponse à l'application d'une charge
SURFACE DE SUPPORT ACTIVE	Une surface à moteur ayant la capacité de modifier ses propriétés de répartition de la charge avec ou sans application de charge
SYSTÈME DE LIT INTÉGRÉ	Un cadre de lit et une surface de support qui sont combinés en une seule unité, de sorte que la surface ne peut fonctionner séparément.
SANS MOTEUR	Toute surface de support ne nécessitant pas ou n'utilisant pas de sources d'énergie externes lors de l'utilisation. (Énergie = CA/ou CC)
AVEC MOTEUR	Toute surface de support nécessitant ou utilisant des sources d'énergie externes lors de l'utilisation. (Énergie = CA/ou CC)
Surmatelas	Une surface de support supplémentaire conçue pour être placée directement sur une surface existante.
MATELAS	Une surface de support conçue pour être placée directement sur le cadre de lit existant.

Source : Reproduit avec la permission du National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007, p.5).

Sélection de la surface de support

Le choix de la meilleure surface de support pour faciliter la cicatrisation doit être pris en considération en tout temps pour les personnes présentant des lésions de pression existantes et celles qui risquent de développer d'autres lésions cutanées (Houghton et coll., 2013). Diverses options de surface de support ont été mises à l'essai dans des études, y compris les surmatelas à alternance de pression et les matelas de remplacement à alternance de pression (Nixon et coll., 2006); les surmatelas de gel ou 3D (Cassino, Ippolito, Cuffaro, Corsi, et Ricci, 2013); les matelas d'air réactifs et les matelas actifs à alternance de pression (Malbrain et coll., 2010). Trois études n'ont produit aucune donnée probante montrant clairement qu'un type de matelas spécialisé l'emportait sur les autres (Nixon et coll., 2006; Reddy, 2011; Reddy et coll., 2008); cependant, quatre études appuyaient l'utilisation de plusieurs types de matelas et de surmatelas dans la prise en charge des lésions de pression (Cassino et coll., 2013; Levine, Sinno, Levine, et Saadeh, 2013; Malbrain et coll., 2010; Smith et coll., 2013).

En l'absence de données probantes indiquant la supériorité d'un type particulier de surface de support, le groupe d'experts recommande de prendre les points suivants en considération lors du choix d'une surface de support :

- Intégration au plan global de soins et aux objectifs de traitement de la personne (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- La mobilité fonctionnelle et le niveau d'activité de la personne (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- La nécessité d'un contrôle du microclimat (c'est-à-dire la capacité de la surface à contrôler l'humidité provenant de l'écoulement des plaies, de la sueur et de l'incontinence) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- La possibilité de contrôler la température de la surface de support;
- Les draps et coussinets utilisés sur la surface de support et la gestion du cisaillement (l'utilisation de couches multiples doit être évitée, la texture du tissu peut affecter la gestion de la pression pendant les transferts et le repositionnement) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- La durée de vie, la garantie et l'entretien requis ainsi que la nécessité de réévaluer la surface de support (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- La taille et le poids de la personne (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Les préférences, la tolérance et le confort de la personne;
- Le risque de nouvelles lésions de pression, ainsi que la gravité, le nombre et l'emplacement des lésions de pression existantes (Houghton et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- La facilité d'utilisation de la surface de support par la personne et ses soignants primaires.
- La disponibilité de la surface de support et sa compatibilité avec le milieu de soins ou le domicile (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Le coût et l'accessibilité pour la personne.

Veillez vous reporter à **l'annexe Q** pour examiner un outil de sélection de surface de support thérapeutique conçu pour guider le choix de la surface de support la plus appropriée pour les personnes ayant des lésions de pression existantes.

Lors de la sélection d'une surface de support, l'équipe pluridisciplinaire doit, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, choisir une surface de support (c.-à-d. une combinaison des ridelles, du matelas et du cadre du lit appropriés) qui minimise le risque de piégeage^G (RNAO, 2011). Un risque de piégeage existe lorsque la surface de support thérapeutique n'est pas de la même taille que le matelas d'origine, ce qui crée un espace excédentaire entre la surface et le cadre de lit (RNAO, 2011). L'équipe pluridisciplinaire doit savoir que le piégeage peut avoir lieu de sept façons à la maison et dans les divers établissements de soins de santé ((Santé Canada, 2008) :

1. À l'intérieur de la ridelle de lit;
2. Sous la ridelle de lit (entre le support de ridelle ou à côté d'un support unique de ridelle);
3. Entre la ridelle de lit et le matelas;
4. Sous la ridelle de lit (à l'extrémité de celle-ci);
5. Entre deux sections séparées d'une ridelle de lit;
6. Entre l'extrémité d'une ridelle de lit et le bord latéral du grand dossier ou du petit dossier;
7. Entre le grand dossier ou le petit dossier et l'extrémité du matelas.

Afin de réduire au minimum le risque de piégeage, l'équipe pluridisciplinaire doit tenir compte des éléments suivants (Norton, 2010) :

- Sélectionner une surface qui comporte une planche de transfert, étant donné qu'elle est moins susceptible de se comprimer lorsque le client s'approche du côté de la surface;
- Évaluer l'utilisation des ridelles de lit (p. ex., le patient pourrait être moins à risque lorsque celles-ci ne sont pas en place);
- Mettre en œuvre d'autres dispositifs tels que des coussins angulaires de positionnement ou un couvre-matelas avec des traversins intégrés;
- Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute compétent dans ce domaine afin qu'il évalue le client et offre des recommandations précises.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le piégeage, veuillez consulter la ligne directrice *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques* de Santé Canada (2008) (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/applic-demande/guide-ld/md_gd_beds_im_ld_lits-fra.php).

Une fois la surface de support appropriée sélectionnée et installée, le groupe d'experts recommande de continuer à surveiller son efficacité. Le groupe d'experts, en accord avec d'autres groupes de directives sur les ulcères/lésions de pression, recommande de faire passer une personne d'une surface de support existante à une surface de support de niveau supérieur lorsque (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014) :

- La qualité de la surface s'est détériorée et n'est plus efficace pour faciliter la guérison des plaies;
- La surface est considérée comme un facteur contributif/causal possible de l'aggravation ou de la non-cicatrisation des lésions de pression;
- Il n'est pas possible de placer la personne de façon à éviter qu'une pression soit exercée sur une lésion de pression existante;
- La personne a des lésions de pression sur deux surfaces de retournement ou plus, ce qui entrave le repositionnement au lit;
- La personne est exposée à un risque élevé de développer une autre lésion de pression;
- La personne est obèse et nécessite une surface de support bariatrique qui fournit une redistribution de pression suffisante;
- Le lit s'affaisse avec la surface de support actuelle. L'affaissement^G survient quand la surface de support est comprimée par une pression élevée (RNAO, 2007) et n'offre plus le support que nécessite la personne.

L'utilisation de la méthode de « vérification à la main » est une pratique courante pour les surfaces de flottaison et les surfaces à faible perte d'air. Dans un récent énoncé de position publié en 2015, le NPUAP met en garde les cliniciens contre l'augmentation des risques pour la sécurité de la personne et de ses soignants et les problèmes d'infection qu'entraîne l'utilisation de cette méthode de vérification. La vérification à la main doit être limitée au matelas et aux coussins, et n'est pas recommandée pour le remplacement du matelas ou les systèmes de lit intégrés (NPUAP, 2015). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour élaborer la meilleure méthode pour évaluer si la personne s'affaisse sur la surface de support.

Pour plus d'informations sur l'utilisation des surfaces de support pour les personnes qui subissent des interventions chirurgicales ou qui doivent maintenir un repos optimal, veuillez consulter les Recommandations 3.6 et 3.7b de la LDPE clinique *Évaluation des risques et prévention des lésions de pression* de l'AIIAO (2002) (<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9valuation-du-risque-et-pr%C3%A9vention-des-l%C3%A9sions-de-pression-0>). Bien que cette ligne directrice porte sur les personnes à risque de développer des blessures de pression, les principes relatifs aux recommandations sur l'utilisation des surfaces de support s'appliquent également aux personnes souffrant de lésions de pression existantes. La mise en œuvre de dispositifs de gestion de la pression peropératoires est recommandée pour des interventions chirurgicales durant plus de 90 minutes. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge des lésions de pression chez les personnes en salle d'opération, veuillez consulter l'**annexe D**. Le groupe d'experts ne recommande pas le repos complet pour le traitement des lésions de pression en raison des complications physiques et psychologiques qui lui sont associées, y compris la dépression, le délire, la pneumonie et le déclin fonctionnel (c.-à-d. les répercussions sur la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne).

Prévention de la pression sur les talons dans un lit ou un fauteuil

Les talons sont sensibles à la dégradation de la peau en raison de la faible épaisseur de tissus sous-cutanés qui recouvre le calcanéum, de la forme du calcanéum et du risque d'ischémie, même avec une pression et des forces de cisaillement minimales (RNAO, 2011).

En plus des soins locaux des plaies, le traitement des lésions de pression du talon doit se concentrer sur :

- Élimination de la pression et du cisaillement en élevant les talons au-dessus de la surface de support au moyen de coussins ou de dispositifs de suspension de talon. Certains des dispositifs de suspension du talon aident également à empêcher la chute du pied (c'est-à-dire la difficulté à lever la partie avant du pied) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Malgré le manque d'études démontrant l'efficacité des dispositifs de suspension/protection du talon sur la guérison des lésions de pression (McGinnis et Stubbs, 2014), le groupe d'experts appuie la décharge de pression des talons^G.
- Sélection d'un dispositif de suspension/protection du talon, qui tient compte du niveau d'activité, des objectifs de soins et du confort de la personne.
- Inspection régulière de la peau sous le dispositif afin d'éviter des lésions supplémentaires de la peau (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
- Réduction au minimum de la pression plantaire en évaluant les chaussures de la personne. Si la personne est mobile, une référence à un podologue peut être recommandée.

Dans l'ensemble, les surfaces de support des personnes présentant des lésions de pression doivent être soigneusement sélectionnées, surveillées et remplacées si nécessaire pour assurer une redistribution optimale de la pression. L'utilisation de surfaces de support appropriées ne nie pas la nécessité de repositionner les personnes avec des plaies sur une base régulière.

RECOMMANDATION 3.3

Mettre en œuvre un plan de soins individualisé en matière de nutrition qui répond aux besoins nutritionnels et fournit des protéines, des calories, des liquides et des suppléments vitaminiques et minéraux appropriés pour favoriser la guérison des lésions de pression, en collaboration avec la personne et son cercle de soins.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Dès le moment où une personne a été identifiée comme souffrant de malnutrition ou présentant un risque de malnutrition, le groupe d'experts recommande que la diététiste, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, élabore et mette en œuvre un plan nutritionnel individualisé pour répondre aux besoins énergétiques et nutritionnels liés à la guérison des plaies. Premièrement, il est important que l'équipe pluridisciplinaire collabore avec la personne, son cercle de soins et la diététiste pour identifier les obstacles à la mise en œuvre réussie du plan de soutien nutritionnel. Il peut être nécessaire d'impliquer les principaux fournisseurs de soins de la personne, les amis et d'autres soutiens si la personne est incapable de se nourrir elle-même, et de s'assurer que la nourriture fournie répond aux préférences culturelles et individuelles de la personne. Il faut aussi tenir compte du statut socioéconomique de la personne, de ses conditions de vie, de son degré d'alphabétisation, de sa capacité fonctionnelle, de ses systèmes de soutien et de son état de santé (p. ex., maladies rénales, hépatiques ou cardiaques) afin d'élaborer le plan nutritionnel de soins qui répond le mieux à ses besoins. Par exemple, un travailleur social peut devoir participer au plan nutritionnel de soins (p. ex., accès à de l'eau potable et à des aliments nutritifs).

Il est généralement recommandé de ne pas administrer de suppléments alimentaires pour soutenir la guérison des lésions de pression si les gens sont capables (p. ex, fonctionnellement, financièrement) de consommer suffisamment de liquides et d'aliments – les calories, les protéines et les minéraux énumérés ci-dessous. Si la personne a besoin de suppléments alimentaires pour satisfaire ses besoins nutritionnels, il faut lui fournir un plan nutritionnel de sortie à suivre à la maison ou dans un autre cadre, comme les soins de longue durée, à la sortie de l'hôpital.

Selon la littérature actuelle et d'autres lignes directrices sur les ulcères/lésions de pression, l'apport alimentaire recommandé pour les personnes souffrant de lésions de pression est le suivant :

- **30–35 kcal/kg/poids corporel** (Cereda, Gini, Pedrolli, et Vanotti, 2009; Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Wong et coll., 2014)
- **Protéine : 1,25 à 1,5 g protéine/kg poids corporel** (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014);
- **Arginine^G : 4,5 g/jour** (Leigh, 2012)
- **Acide ascorbique : 500 mg/jour** (Cereda et coll., 2009; Chapman, Mills, Pearce, et Crowe, 2011)
- **Liquide : 1 ml/kcal/jour** (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
- **Zinc** : Les données probantes soutenant l'utilisation du zinc pour favoriser la guérison chez les personnes souffrant de lésions de pression sont limitées et les directives concernant la posologie ne peuvent pas être fournies au moment de la rédaction. La plupart des besoins en zinc peuvent être satisfaits grâce à une alimentation équilibrée (Expert Panel, 2015).

Selon plusieurs études, les personnes souffrant de lésions de pression aux stades 2, 3 et 4 devraient combler leurs besoins énergétiques et nutritionnels à partir d'un régime spécialisé de protéines, de vitamines et de minéraux (Cereda et coll., 2009; Chapman et coll., 2011; Medical Advisory Secretariat, 2009; van Anholt et coll., 2010; Wong et coll., 2014). Les suppléments recommandés comprennent une combinaison d'arginine, de zinc et de vitamine C, qui peuvent être obtenus par des suppléments alimentaires et/ou nutritionnels spéciaux. Dans ces études, un régime alimentaire spécialisé a permis d'améliorer la guérison des lésions (p. ex. réduction de la taille de la lésion de pression et amélioration du taux de cicatrisation), de diminuer les exigences en matière de soins des plaies et d'améliorer la viabilité tissulaire chez certaines personnes atteintes de lésions de pression aux stades 2, 3 et 4 (Cereda et coll., 2009; Chapman et coll., 2011; Medical Advisory Secretariat, 2009; van Anholt et coll., 2010; Wong et coll., 2014).

Les protéines sont particulièrement importantes pour la guérison des plaies en raison de leur capacité à favoriser un bilan azoté positif et à améliorer les taux de cicatrisation (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Trois revues systématiques ont démontré l'importance des protéines pour l'amélioration de la taille de la plaie et la guérison des lésions de pression (Lee, Posthauer, Dorner, Redovian, et Maloney, 2006; Reddy et coll., 2008; Smith et coll., 2013). Bien que les protéines soient un nutriment important pour la guérison des lésions de pression, les gens devraient être évalués quant à leur capacité à tolérer une supplémentation en protéines élevée. La fonction rénale doit être évaluée pour s'assurer que la quantité de protéine recommandée ne la compromettra pas (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

L'arginine, un acide aminé, a reçu une attention particulière dans la littérature en raison de ses bienfaits pour la guérison des lésions de pression. En général, il a été montré qu'elle jouait un rôle dans la réparation tissulaire après un traumatisme (AWMA, 2012). Deux études ont montré que le temps nécessaire pour obtenir une guérison complète des lésions de pression était réduit d'environ la moitié par la consommation de suppléments d'arginine (Brewer et coll., 2010; Leigh, 2012). Des doses plus faibles d'arginine (4,5 g par rapport à 9 g) se sont révélées tout aussi efficaces pour les lésions de pression au stade 2, 3 et 4 (Leigh, 2012). Le groupe d'experts recommande la dose plus faible d'arginine, car elle semble donner le même résultat que la dose plus élevée. Les produits spécialisés enrichis en arginine, en vitamine C et en zinc peuvent ne pas être disponibles et/ou ne pas être abordables. Il est préférable d'administrer ces produits à l'hôpital pendant la guérison, quand une évaluation diligente permet de mesurer la guérison des plaies. Une fois que la guérison des plaies a commencé à progresser, la personne peut probablement passer à une alimentation saine et bien équilibrée pour continuer à favoriser la guérison (Expert Panel, 2015).

Le groupe de directives englobant le NPUAP, le EPUAP et la PPPIA (2014) recommande que l'équipe pluridisciplinaire encourage une prise de liquide adéquate sur une base quotidienne afin de soutenir la guérison des lésions de pression. Cependant, la prise de liquide doit être compatible avec les conditions comorbides et les objectifs de soins de la personne (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Un apport supplémentaire en liquide sera nécessaire lorsque la personne est déshydratée (p. ex., en cas de vomissements ou de transpiration excessive, de diarrhée ou d'élévation de la température, et/ou quand la lésion de pression sécrète une grande quantité d'exsudat) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). La personne doit recevoir des recommandations pour l'apport quotidien en liquide en fonction d'une évaluation qui tient compte de toute modification du poids, de la turgor cutanée, de la production d'urine, du sodium sérique élevé et/ou de l'osmolalité sérique calculée (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

En général, la littérature actuelle soutient l'utilisation de suppléments nutritionnels (par exemple, protéines, arginine, vitamines et minéraux) pour soutenir la guérison des lésions de pression. Cependant, elle devrait être interprétée avec prudence, car la majorité des études de qualité élevée et modérée citées dans cette recommandation portent sur les personnes âgées, les personnes dans les

unités de santé spécialisées et les personnes souffrant de lésions de la moelle épinière. De plus, les études mettaient en œuvre diverses interventions nutritionnelles avec des échantillons de sujets mixtes comptant des personnes souffrant de malnutrition ainsi que des personnes n'en souffrant pas. Néanmoins, le groupe d'experts est d'accord avec l'application des meilleures données probantes disponibles à l'heure actuelle sur la prise de suppléments nutritionnels par la population générale souffrant de lésions de pression. Les limites de dosage fournies ci-dessus sont basées sur les plages de dosage utilisées dans la littérature spécialisée et dans les lignes directrices NPUAP, EPUAP et PPIIA (2014) et Perry et coll. (2014), avec la confirmation du groupe d'experts.

RECOMMANDATION 3.4

Prodiguer des soins locaux aux lésions de pression, selon le cas :

- nettoyage (niveau de preuve = V);
- équilibre de l'humidité (lésion curable) ou réduction de l'humidité (non curable, chronique/d'entretien) (niveau de preuve = la-b, V);
- contrôle de l'infection (c.-à-d., colonisation critique superficielle/infection localisée et/ou infection profonde et environnante/infection systémique) (niveau de preuve la-b, V);
- débridement (niveau de preuve = V).

Discussion sur les données probantes :

Le caractère approprié du nettoyage des plaies, de l'équilibre de l'humidité, du contrôle des infections et du débridement dépend de la possibilité de cicatrisation de la lésion de pression. Le plan de soins des lésions de pression guérissables englobe généralement les diverses options de traitement (c'est-à-dire traitement de la cause, nettoyage, maintien de l'équilibre de l'humidité, contrôle de l'infection et/ou débridement) afin de fermer la plaie.

Dans le cas des lésions de pression non guérissables, c'est-à-dire lorsque l'apport sanguin est insuffisant et/ou que la cause de la lésion ou les facteurs exacerbants ne peuvent pas être corrigés, le plan de prise en charge est plus prudent et les interventions portent principalement sur le confort et la qualité de vie de la personne (p. ex. réduction de l'écoulement de la plaie et diminution du fardeau bactérien en utilisant l'antiseptie) (Sibbald et coll., 2011). Seules des méthodes conservatrices de débridement sont recommandées pour éliminer les tissus non viables et les tissus qui se desquament des lésions de pression non curables (Sibbald et coll., 2011). Il faut souligner que l'équipe pluridisciplinaire doit effectuer une évaluation vasculaire des membres inférieurs avant toute procédure de débridement des lésions de pression des membres inférieurs. Veuillez vous reporter à la Recommandation 1.7 de la présente Ligne directrice pour obtenir de plus amples renseignements sur l'évaluation vasculaire des membres inférieurs.

On utilise le terme « lésion chronique^G » (maintenance wound) quand « la personne refuse le traitement de la cause [par exemple, quand l'accent est mis sur les mesures de confort plutôt que le traitement de la cause chez les personnes en soins palliatifs], quand une erreur du système de santé survient ou quand il y a un obstacle [par exemple, quand la personne ne peut pas se permettre le dispositif de redistribution de la pression approprié] » (Sibbald et coll., 2011, p. 417). Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de procéder à une réévaluation lorsque la situation d'une personne change (Sibbald et coll., 2011). Quel que soit le potentiel de guérison des lésions de pression, les objectifs des soins devraient être déterminés par la personne qui en souffre, son cercle de soins et l'équipe pluridisciplinaire dans le contexte des ressources disponibles/accessibles.

Nettoyage de la plaie (niveau de preuve = V)

Le nettoyage des plaies élimine les débris, les bactéries et la matière fibrineuse des lésions de pression pour en faciliter la cicatrisation (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). La littérature actuelle sur le nettoyage des lésions de pression est très limitée. Cette constatation est appuyée la ligne directrice sur les lésions de pression élaborée par le NPUAP, le EPUAP et la PPIIA (2014), qui stipule que « la plupart des articles cliniques sur le nettoyage discutent de principes généraux de nettoyage pour tout type de préparation du lit de la plaie » (p. 152). En outre, les examens systématiques actuels ne fournissent pas toujours de données probantes permettant de confirmer quelles sont les solutions

nettoyantes ou les techniques de nettoyage à privilégier pour nettoyer les lésions de pression (Medical Advisory Secretariat, 2009; Moore et Cowman, 2013). Néanmoins, le nettoyage des plaies est une première étape nécessaire pour optimiser l'inspection visuelle de la lésion de pression, protéger la plaie en voie de cicatrisation et préparer la plaie pour une intervention ultérieure (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). Il est recommandé de nettoyer les lésions de pression ainsi que la peau entourant la plaie (c.-à-d. la peau péri-lésionnelle) lors de chaque changement de pansement afin d'encourager la guérison des lésions (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; WOCN, 2010).

À la lumière des données probantes limitées sur le nettoyage des lésions de pression, le groupe d'experts confirme le bien-fondé et la pertinence des recommandations contenues dans l'édition 2007 de la LDPE clinique *Évaluation et prise en charge des ulcères de stade I à IV* de l'AAIAO et les lignes directrices préparées par d'autres groupes de directives sur les ulcères/lésions de pression, qui énoncent ce qui suit :

1. **Utiliser une solution physiologique, de l'eau potable ou stérile ou des nettoyants non cytotoxiques pour les plaies pour le nettoyage des plaies.** Une solution saline normale est recommandée pour tous les types de plaies, car elle n'endommage pas les tissus humains (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). L'eau potable^G est aussi recommandée pour la plupart des plaies (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Des solutions de nettoyage des plaies contenant des agents tensio-actifs ou antimicrobiens (p. ex. de la povidone iodée) sont recommandées pour les plaies contenant des débris, une colonisation bactérienne élevée et en cas d'infection soupçonnée ou confirmée (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
2. **Avant de procéder au nettoyage, réchauffer les solutions à température ambiante.** Le comité d'experts recommande ceci afin d'améliorer le confort de la personne pendant le nettoyage de la plaie.
3. **Utiliser une pression d'irrigation suffisante tout en veillant à ne causer aucun traumatisme au lit de la plaie.** La pression doit être suffisante pour éliminer les tissus qui se desquament ou les tissus nécrosés, assurant ainsi un nettoyage approprié, mais ne doit pas causer de traumatisme au lit de la plaie; le tissu de plaie traumatisé est plus sensible à l'infection et sa cicatrisation est retardée (Perry et coll., 2014). Le groupe d'experts ne recommande pas d'irriguer les lésions de pression qui présentent une tunnelisation importante, c'est-à-dire lorsque la solution d'irrigation s'infiltre et ne s'écoule pas hors de la plaie. Au lieu de cela, envisagez de compresser^G les lésions de pression (y compris les zones de tunnelisation et les tractus sinusiens^G dans la plaie). Ceci est réalisé en appliquant doucement une compresse de gaze imbibée de solution saline tiède sur la lésion de pression pendant 30 secondes avant de la remplacer par une autre gaze imbibée de solution saline.
4. **Irriguer doucement la plaie avec au moins 100 à 150 millilitres de solution.** L'irrigation de la plaie réduit la charge bactérienne de surface et les traumatismes tissulaires. Une quantité de solution nettoyante pour plaies suffisante pour irriguer complètement la surface entière de la plaie doit être utilisée (Perry et coll., 2014). Les grandes plaies peuvent nécessiter des volumes plus importants de solution nettoyante pour nettoyer complètement la plaie ouverte. Les pressions d'irrigation d'ulcère sécuritaires et efficaces vont de 4 à 15 psi^G. Il est possible d'obtenir une pression de 4 à 15 psi en utilisant (a) une seringue de 35 millilitres avec un angiocat de calibre 19 pour créer 8 psi de pression (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014; WOCN, 2010), ou (b) une bouteille de 100 ml de sérum physiologique à usage unique (RNAO, 2007). Le groupe d'experts recommande l'utilisation de seringues de 30 millilitres comme solution de rechange acceptable aux seringues de 35 millilitres, qui ne sont pas disponibles au Canada. Bien que des bouteilles de compression de 100 millilitres soient disponibles, des bouteilles contenant 118 millilitres de solution saline normale sont également acceptables pour l'irrigation des plaies.
5. **Tenez compte des objectifs axés sur la personne.** L'irrigation des lésions de pression qui peuvent cicatriser peut différer de l'irrigation des plaies qui ne sont pas curables ou des plaies d'entretien. Par exemple, les lésions qui ne sont pas curables et les lésions de pression d'entretien peuvent ne pas exiger la même quantité et la même force d'irrigation. De plus, si une personne a une lésion non curable ou d'entretien et que les objectifs de soins sont axés sur le confort (p. ex., dans les soins palliatifs), une irrigation importante sera inutile.

L'équipe pluridisciplinaire devrait utiliser des précautions universelles tout au long du processus de nettoyage de la plaie pour les lésions de stade 2, 3 et 4 (Perry et coll., 2014). Une technique aseptique (c'est-à-dire médicale) est particulièrement importante lorsque la personne, la plaie ou l'environnement de la plaie sont compromis (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Pour obtenir une liste des solutions de nettoyage, veuillez consulter [l'annexe R](#).

Équilibre de l'humidité (lésion curable) ou réduction de l'humidité (non curable, entretien) (niveau de preuve = la-b, V);

Les pansements sont un élément important des soins aux lésions de pression, et de nombreux pansements sont disponibles dans le commerce pour favoriser la guérison et la fermeture des lésions de pression. Les pansements peuvent également être imprégnés d'agents analgésiques, d'anti-inflammatoires et d'agents anti-infectieux, et peuvent faciliter le débridement de la plaie. En choisissant un pansement, les fournisseurs de soins de santé doivent s'assurer que leur choix est : (a) éclairé par une évaluation clinique complète, (b) approprié pour le stade de la plaie et (c) guidé par les préférences et les objectifs axés sur la personne (Beeckman et coll., 2013; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; WOCN, 2010).

Choix des pansements

Comme aucune nouvelle donnée probante soutenant la sélection des pansements pour les lésions de pression n'est disponible, le groupe d'experts continue à appuyer les recommandations présentées dans la LDPE clinique *Évaluation et prise en charge des ulcères de stade 1 à 4 de l'AIIAO*. Selon le groupe d'experts et plusieurs groupes de directives sur les ulcères/lésions de pression, l'équipe pluridisciplinaire devrait, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, choisir un pansement qui répond aux critères suivants :

- Utiliser un pansement qui conserve en permanence l'humidité de la plaie et qui garde au sec la peau de la zone adjacente à la plaie (RNAO, 2007);
- Tenir compte de la taille, la profondeur et l'emplacement de la lésion (AWMA, 2012; NICE, 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; WOCN, 2010);
- Choisir un pansement qui remplit la cavité de la plaie sans exercer trop de pression (RNAO, 2007);
- Utiliser un pansement qui permet de réduire la fréquence des changements de pansement (NICE, 2014);
- Choisir un pansement qui est confortable et esthétiquement acceptable pour la personne (RNAO, 2007);
- Travailler conjointement avec des thérapies complémentaires (RNAO, 2007);
- Le pansement doit permettre de conserver l'humidité de la plaie (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Choisir un pansement qui contrôle l'exsudat tout en gardant la peau péri-lésionnelle au sec (AWMA, 2012; NICE, 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; WOCN, 2010);
- Le pansement doit fournir une isolation thermique et stabiliser la température de la plaie (RNAO, 2007);
- Utiliser un pansement qui protège la plaie de la contamination par les micro-organismes externes (RNAO, 2007);
- Utiliser un pansement qui peut contrôler la charge bactérienne (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Utiliser un pansement qui conserve son intégrité sur la plaie et ne laisse pas de fibres ou de corps étrangers lorsqu'il est retiré (RNAO, 2007);
- Utiliser un pansement qui réduit au minimum la douleur et le traumatisme au lit de la plaie, en particulier lors de l'application et du retrait (AWMA, 2012; RNAO, 2007; WOCN, 2010);
- Offre un bon rapport qualité/prix pour la personne et/ou le ou les soignants principaux de la personne (AWMA, 2012; WOCN, 2010), et au système de soins de santé;
- Respecte les préférences axées sur la personne (AIIAO, 2007) tout en étant approprié au stade de la plaie.

Comme la guérison progresse, il se peut que le type de pansement doive être changé pour continuer à répondre aux besoins (Perry et coll., 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; WOCN, 2010). Il est également important que l'équipe pluridisciplinaire utilise les pansements selon les recommandations des fabricants, c'est-à-dire qu'elle les utilise selon leur utilisation indiquée et connaisse les contre-indications (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Utilisation des pansements

Pour les plaies curables, il est recommandé d'utiliser des pansements retenant l'humidité sur les lésions de pression de stade 2, 3 et 4 (NICE, 2014). Les pansements aident les plaies à maintenir un environnement humide et favorisent la ré-épithélialisation et la fermeture des plaies (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Une exception importante à cette recommandation concerne les lésions au talon. Une escarre noire qui protège la lésion du talon en séparant les tissus viables des tissus non viables (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014) peut se développer sur le talon. Lorsqu'une escarre est présente, il importe de la maintenir intacte et sèche et de surveiller sa stabilité régulièrement.

Une gamme de pansements retenant l'humidité a été étudiée dans la littérature et les avantages suivants ont été identifiés :

- Les pansements d'alginate absorbent l'exsudat excessif de la plaie et maintiennent le lit de la plaie humide. Ils sont disponibles sous forme de feuilles et de cordes fibreuses, et peuvent être laissés sur les lésions de pression pendant plusieurs jours, selon le degré de saturation de l'exsudat (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014) ou selon la politique de l'établissement ou de l'organisme de soins de santé ou la recommandation du fabricant.
- Les pansements de collagène se lient au fluide du lit de la plaie et aux métalloprotéinases pour contrôler les exsudats de la plaie (Piatkowski et coll., 2012).
- Les pansements de mousse éloignent l'exsudat du lit de la plaie et le déplacent vers la surface du pansement (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014) par un mécanisme d'équilibrage des fluides qui peut provoquer la macération de la peau péri-lésionnelle⁶. Cependant, les pansements superabsorbants peuvent absorber et retenir l'exsudat avec un « bloque-fluide ».
- Les pansements hydrocolloïdaux, qui sont typiquement constitués de matériaux tels que le polyisobutylène, la carboxyméthylcellulose sodique, la gélatine et la pectine (Mao, Rivet, Sidora, et Pasko, 2010), absorbent l'écoulement de la plaie et facilitent le débridement (Heyneman, Beele, Vanderwee, et Defloor, 2008; Mao et coll., 2010).
- Les pansements d'hydrogel permettent de retenir l'humidité du lit de la plaie et de réhydrater le tissu (Sibbald et coll., 2015).

Il existe d'autres catégories importantes de pansements permettant de retenir l'humidité qui ne sont pas mentionnées dans la littérature spécialisée, mais peuvent également être utilisés pour des plaies chroniques, notamment des pansements d'hydrofibres qui se lient aux exsudats de volume faible à modéré (Sibbald et coll., 2015) et les polymères superabsorbants, qui absorbent de grandes quantités d'exsudat des plaies (Sibbald et coll., 2015). Pour obtenir une liste complète des catégories de pansements utilisés pour les plaies chroniques (y compris les lésions de pression) et leurs indications d'utilisation, veuillez vous reporter à **l'annexe S**.

Dans l'ensemble, la littérature actuelle ne fournit pas d'élément de preuve qui permettrait de confirmer qu'un type particulier de pansement permettant de retenir l'humidité « avancé » est meilleur que les autres (Brown-Etris et coll., 2008; Mao et coll., 2010; Medical Advisory Secretariat, 2009; Pott, Meier, Stocco, Crozeta, et Ribas, 2014; Reddy, 2011; Regan et coll., 2009; Sibbald et coll., 2015; Tricco et coll., 2015). Cependant, les données probantes semblent en général appuyer l'utilisation de pansements avancés plutôt que simples pour soutenir la guérison des lésions de pression (Heyneman et coll., 2008; Medical Advisory Secretariat, 2009; Nicolas et coll., 2012; Pott et coll., 2014; Regan et coll., 2009). Ainsi, comme les lésions de pression nécessitent un environnement humide pour guérir (RNAO, 2007), le groupe d'experts ne recommande pas les pansements de gaze sèche. En ce qui concerne l'utilisation de pansements qui retiennent l'humidité des lésions de pression, le groupe d'experts recommande ce qui suit :

- Les pansements doivent être changés au besoin, en fonction de la quantité d'exsudat et de liquide qu'ils peuvent contenir.
- Les changements de pansements et les modifications du type de pansement doivent être basés sur l'évaluation continue des plaies (c'est-à-dire sur les caractéristiques de la plaie) et, dans la mesure du possible, sur les préférences axées sur la personne (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; WOCN, 2010).
- Minimiser la douleur au cours des changements de pansements en prenant en considération les interventions de gestion de la douleur, y compris les médicaments et l'utilisation d'hydrogel et de pansements de mousse (Perry et coll., 2014).
- Remplir les plaies profondes, les tunnels et les espaces de sous-minement avec du matériel de pansement sans provoquer de traumatisme et boucher la plaie. Veiller à ce que le matériau de pansement ait une résistance à la traction suffisante pour pouvoir être retiré de la plaie d'une seule pièce sans se désintégrer.
- Veiller à ce que le pansement ait une adhérence appropriée et soit adapté à l'emplacement anatomique de la lésion de pression afin d'éviter de contribuer à un frottement et à un cisaillement supplémentaires sur la plaie.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte lors du choix et de l'utilisation des pansements. Les données probantes disponibles à l'heure actuelle ne soutiennent pas la supériorité d'un type de pansement sur les autres.

Traitement de la colonisation critique superficielle (infection localisée) et de l'infection profonde et environnante (Infection systémique) (Niveau de preuve = Ia-b, V)

L'infection retarde la guérison des plaies. Comme il est indiqué dans la recommandation 1.4 de la présente ligne directrice, il existe deux types d'infections : la colonisation critique superficielle (infection localisée) et l'infection plus profonde et environnante (infection systémique). Il faut traiter toutes les infections de plaies soupçonnées et confirmées avec un nettoyage. Le traitement privilégié des plaies présentant une colonisation critique superficielle est un agent antimicrobien local (topique), tandis que les antibiotiques systémiques^G et le débridement doivent être envisagés pour des infections bactériennes plus profondes et environnantes afin de faciliter la cicatrisation (Sibbald et coll., 2007).

En ce moment, il n'existe pas suffisamment de données probantes portant spécifiquement sur les lésions de pression quant au traitement de la colonisation critique superficielle (infection localisée) et au contrôle des infections plus profondes et environnantes (infections systémiques). La discussion suivante a été éclairée par le groupe d'experts, d'autres lignes directrices sur les ulcères/lésions de pression et la littérature générale sur la préparation du lit de la plaie et les interventions.

En général, la décision d'utiliser des antimicrobiens locaux, des antiseptiques^G ou des antibiotiques systémiques pour une intervention relative à une lésion de pression est basée sur les éléments suivants :

- S'agit-il d'une infection localisée (lésion de pression superficiellement colonisée de façon critique) ou d'une infection systémique (infection plus profonde et environnante);
- S'agit-il d'une lésion de pression curable, d'entretien ou non curable;
- Quels sont les objectifs de soins (qui ont été déterminés en collaboration avec la personne ayant subi une lésion de pression, son cercle de soins et l'équipe pluridisciplinaire).

Agents antimicrobiens topiques

Un agent antimicrobien est « une substance qui agit directement sur un microorganisme pour le détruire et empêcher le développement de nouvelles colonies bactériennes » (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Il existe deux grandes catégories d'agents antimicrobiens : topiques et systémiques (c'est-à-dire les antibiotiques). Selon plusieurs groupes de directives sur les ulcères/lésions de pression, les agents antimicrobiens topiques (par exemple, pansements, crèmes) ne sont généralement pas recommandés pour le traitement des lésions de pression infectées localement en raison du risque de résistance aux antibiotiques, d'hypersensibilité et de l'absorption systémique incontrôlée du médicament lorsqu'il est appliqué à des plaies de grande taille (AWMA, 2012; NICE, 2014; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Cependant, si des agents antimicrobiens topiques sont utilisés pour aider à contrôler l'infection localisée de la plaie, ces produits ne devraient être utilisés que pendant une courte période (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). De plus, il faut éviter d'appliquer différents produits antimicrobiens simultanément sur une plaie.

La littérature actuelle identifie l'argent comme un agent antimicrobien qui peut offrir des avantages dans la guérison des lésions de pression. Les pansements et les crèmes contenant de l'argent aident à contrôler l'infection bactérienne et l'inflammation (Mao et coll., 2010), et il y a de nouvelles données contrôlées randomisées sur l'efficacité de l'argent pour augmenter les taux de guérison des lésions de pression et l'amélioration des scores PUSH (Chuangsuanich, Charnsanti, Lohsirawat, Kangwanpoom, et Thong-In, 2011). Il existe également des études qui concluent que les préparations d'argent favorisent une guérison plus rapide; cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats (Mao et coll., 2010; Medical Advisory Secretariat, 2009). Les groupes de lignes directrices NPUAP, EPUAP et PPIIA (2014) et AWMA (2012) recommandent de ne pas utiliser les pansements argentés pendant une période prolongée, en raison du potentiel de toxicité tissulaire et du risque de résistance bactérienne. Ainsi, l'utilisation des pansements contenant de l'argent doit être interrompue dès que la colonisation critique superficielle n'est plus une préoccupation clinique (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014), comme le montrent la diminution des exsudats, la diminution des odeurs, l'amélioration des mesures de la plaie et l'amélioration de la peau péri-lésionnelle.

Bien qu'il y ait des données probantes à l'appui de l'utilisation de pansements de miel pour traiter les infections bactériennes dans les lésions de pression (Levine et coll., 2013; Saha, Chattopadhyay, Azam, et Sur, 2012; Yapucu Gunes et Eser, 2007), des données de meilleure qualité sont nécessaires avant de tirer des conclusions sur l'efficacité du miel. Ainsi, le groupe d'experts ne recommande pas l'utilisation du miel comme intervention pour la guérison des lésions de pression au moment de la rédaction. En ce qui concerne d'autres agents antimicrobiens, comme le polyhexaméthylène biguanide (PHMB), le violet de gentiane/BM et l'iode, bien que ces agents aient été recommandés pour d'autres types de plaies, la documentation actuelle ne les identifie pas comme antimicrobiens potentiels d'intérêt particulier dans le traitement des lésions de pression.

Pour obtenir une liste des antimicrobiens topiques utilisés pour le traitement des plaies chroniques (y compris les lésions de pression), veuillez consulter [l'annexe T](#).

Agents antimicrobiens systémiques

Un antibiotique est « une substance naturelle ou synthétique administrée par voie systémique ou topique qui a la capacité de détruire ou d'inhiber la croissance bactérienne » (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Les antibiotiques systémiques (c'est-à-dire les antimicrobiens) sont utilisés pour traiter les lésions de pression plus profondes en raison de leur potentiel à provoquer des infections systémiques telles que la septicémie, la bactériémie^G, la cellulite et l'ostéomyélite^G, et le décès (AWMA, 2012; NICE, 2014; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Redelings, Lee, et Sorvillo, 2005). Contrairement aux agents antimicrobiens et antiseptiques topiques, qui ne peuvent pas pénétrer à la base de la plaie (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014), les antibiotiques systémiques peuvent être utilisés pour traiter les infections potentiellement fatales des lésions de pression. L'identification du ou des pathogènes cibles^G et la confirmation de leur sensibilité aux antibiotiques par l'utilisation d'écouvillons de plaie, de cultures tissulaires et de tests de sensibilité sont nécessaires pour assurer un traitement antibiotique continu et efficace (AWMA, 2012; NICE, 2014; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Une ostéomyélite ou une infection osseuse survient chez environ 32 % des personnes souffrant de lésions de pression (Darouiche, Landon, Kilma, Musher, et Markowski, 1994; Sugarman et coll., 1983; Thornill-Joyes et coll., 1986). Lorsque les lésions sous pression impliquent des os exposés, l'ostéomyélite doit être évaluée et traitée (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). L'ostéomyélite peut être évaluée à l'aide d'une série d'épreuves diagnostiques, comme les IRM (essai diagnostique privilégié lorsque disponible), les radiographies, les analyses sanguines (sérum, taux de sédimentation de la protéine C réactive ou des érythrocytes), les biopsies et l'évaluation clinique. Si l'os semble friable ou mou lors de l'examen clinique et que la lésion de pression n'a pas réussi à guérir ou s'est rouverte avec le traitement, l'équipe pluridisciplinaire devrait soupçonner une ostéomyélite. Il faut alors procéder à des analyses plus poussées (c.-à-d. aiguillage vers un spécialiste) et administrer un traitement antibiotique systémique (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Agents antiseptiques topiques

Les agents antiseptiques^G « détruisent ou inhibent la croissance et le développement de microorganismes dans ou sur les tissus vivants » (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 166). Comparativement aux antimicrobiens, qui ne peuvent être utilisés que sur des bactéries, les antiseptiques topiques peuvent être utilisés sur des plaies infectées par un éventail plus large de microorganismes, tels que des bactéries, des protozoaires, des levures et des virus (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Cependant, tout comme les agents antimicrobiens, les antiseptiques peuvent créer une toxicité tissulaire lorsqu'ils sont utilisés dans des lésions de pression plus importantes et plus profondes (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Quand la colonisation critique superficielle cause un retard dans la guérison de la lésion de pression, l'utilisation d'agents antimicrobiens doit être envisagée avant celle des agents antiseptiques (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). S'ils sont choisis, les antiseptiques doivent être utilisés pendant une courte période et doivent être interrompus lorsque la colonisation critique superficielle (infection localisée) n'est plus une préoccupation clinique, quand la guérison a progressé ou dès que la personne subit des effets indésirables liés à l'antiseptique (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Dans la plupart des cas cliniques, les agents antiseptiques sont le plus souvent utilisés pour réduire le fardeau bactérien dans les lésions non hémorragiques quand l'objectif est de réduire la charge bactérienne plutôt que de guérir la plaie (Sibbald et coll., 2015).

Pour obtenir une liste des agents antiseptiques topiques qui peuvent être utilisés de façon sécuritaire sur les plaies chroniques (y compris les lésions de pression), veuillez consulter [l'annexe T](#).

Débridement (niveau de preuve = V)

Étant donné qu'il n'existe pas suffisamment de données probantes sur le débridement des lésions de pression, le groupe d'experts, les autres lignes directrices sur les ulcères/lésions de pression et la littérature générale sur la préparation et l'intervention du lit de la plaie ont guidé ce qui suit.

Le groupe d'experts recommande le débridement pour les lésions de pression. Le débridement est une technique utilisée pour éliminer les tissus non viables des lésions de pression et préparer le lit de la plaie pour une intervention ultérieure (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). L'élimination du tissu nécrotique dans le cadre de la préparation du lit de la plaie avant le traitement/la prise en charge est importante, car ce tissu peut être une source d'infection, d'inflammation et de retard de cicatrisation des plaies (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Les tissus non viables sont généralement « humides, jaunes, verts, bruns ou gris et peuvent devenir épais et coriaces avec des escarres noires ou brunes sèches » (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014, p. 154).

Les types de débridement comprennent le débridement chirurgical^G, le débridement chirurgical conservateur^G, autolytique^G, enzymatique^G, biologique (larvaire)^G et mécanique^G (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). L'utilisation du débridement dépend du besoin clinique, des préoccupations axées sur la personne (p. ex., la douleur associée à la procédure), des ressources disponibles, de la formation et des qualifications des professionnels de la santé et des politiques de l'établissement concernant l'utilisation du débridement (AWMA, 2012; Perry et coll., 2014). En général, le débridement peut être effectué au chevet du patient. Les lésions de pression doivent être nettoyées (voir la discussion sur le nettoyage de la plaie ci-dessus) avant et après le débridement (Expert Panel, 2015). Le débridement d'entretien doit se poursuivre de façon continue jusqu'à ce que tous les tissus non viables aient été éliminés du lit de la plaie et que le tissu de granulation s'y soit développé (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Le groupe d'experts est d'accord avec d'autres groupes de lignes directrices sur les ulcères/lésions de pression reconnus pour recommander que les éléments suivants soient pris en considération lors du choix de la méthode de débridement la plus appropriée :

- Les objectifs de soins (par exemple, le potentiel de guérison de la lésion de pression) (AWMA, 2012; Sibbald et coll., 2011);
- L'état et les comorbidités de la personne (p. ex., fin de vie, gestion de la douleur) (AWMA, 2012; NICE, 2014);
- Les risques et la sécurité (par exemple risque de saignement, personnes immunocompromises) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; Perry et coll., 2014; WOCN, 2010);
- Les préférences axées sur la personne (par exemple sa préférence pour un traitement plus conservateur) (AWMA, 2012);
- La gestion de la douleur avant la procédure de débridement (NICE, 2014; WOCN, 2010);
- Le type, la quantité et l'emplacement des tissus nécrotiques ou non viables (AWMA, 2012; NICE, 2014; WOCN, 2010);
- La profondeur de la lésion de pression et la quantité d'exsudat (RNAO, 2007);
- La disponibilité et l'accès au personnel qualifié et aux ressources appropriées (p. ex., gestion de la douleur, fournitures, spécialistes) (AWMA, 2012; WOCN, 2010);
- Le rapport coût-efficacité (le débridement chirurgical^G est le plus efficace sur le plan coût-efficacité, suivi par le débridement enzymatique) (Woo, Keast, Parsons, Sibbald, et Mittman, 2013).

Chez les personnes qui sont dans un état grave nécessitant des soins palliatifs, les ulcères des membres inférieurs tels que l'escarre noire sur les talons ou les lésions de pression n'ont pas besoin d'être débridées s'ils ne présentent pas de signes et symptômes d'infection, d'œdème, d'érythème^G, de fluctuation ou d'écoulement (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Ces lésions devraient plutôt être évaluées chaque jour pour détecter les complications (p. ex., la charge/les dommages bactériens) qui nécessiteraient un débridement (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Avant le débridement des ulcères des membres inférieurs, il est essentiel d'évaluer le risque de problème d'ordre vasculaire dans les membres inférieurs (voir la recommandation 1.7 de la présente ligne directrice). Le débridement ne doit être effectué que lorsque la perfusion tissulaire des lésions de pression est suffisante (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Pour obtenir une liste résumant les facteurs clés à prendre en considération pour décider de la méthode de débridement, veuillez vous référer à [l'annexe U](#).

Débridement chirurgical

Le groupe d'experts recommande le débridement chirurgical des plaies pour les lésions guérissables lorsque l'expertise clinique et une surveillance post-débridement appropriée sont disponibles et que la procédure permet de traiter les préoccupations centrées sur la personne (p. ex., saignement, douleur). Le débridement chirurgical (auss appelé débridement chirurgical tranchant) est la forme la plus invasive et la plus rapide de débridement (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). La procédure implique l'élimination des tissus non viables et peu viables à l'aide d'instruments tranchants comme un scalpel et/ou des ciseaux (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Comme le débridement chirurgical s'étend aux tissus viables et provoque des douleurs et des saignements, une anesthésie générale, intra-lésionnelle ou topique locale peut être nécessaire (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Ce type de débridement est privilégié lorsque le besoin est urgent, par exemple en cas de progression de la cellulite ou de septicémie, d'augmentation de la douleur, du volume d'exsudat et de l'odeur (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). Lorsque cela s'avère approprié, l'équipe pluridisciplinaire peut envisager d'utiliser un débridement à l'aide d'un instrument tranchant régulier pour éliminer le biofilm qui peut entraver la cicatrisation normale des plaies (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Le débridement chirurgical doit être effectué dans un contexte clinique approprié, avec une gestion de la douleur suffisante et un suivi, par un professionnel de la santé qualifié qui comprend ses applications et les complications potentielles et est capable de résoudre les problèmes qui peuvent survenir pendant ou après le traitement (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). Des instruments stériles doivent être utilisés (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Débridement chirurgical conservateur

Le débridement chirurgical conservateur désigne « l'utilisation de scalpels, curettes, ciseaux, forceps et rongeurs pour éliminer les tissus dévitalisés sans douleur ni saignement » (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014); il diffère du débridement chirurgical en ce que le tissu viable n'est pas excisé (Perry et coll., 2014). Ce type de débridement est utilisé pour contrôler l'infection dans les plaies non guérissables (p. ex., personnes en soins palliatifs) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Sibbald et coll., 2011) et pour réduire la charge de tissu nécrotique dans le cadre de la préparation du lit de la plaie des lésions guérissables. Le débridement chirurgical conservateur ne doit être effectué que par un professionnel de la santé qualifié qui comprend son application et les complications potentielles, et peut résoudre les problèmes qui peuvent survenir pendant ou après le traitement (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Des instruments stériles devraient être utilisés pour débrider la plaie (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Pour obtenir de plus amples renseignements sur le débridement chirurgical conservateur, veuillez consulter le document *Evidence-Based Recommendations for Conservative Sharp Debridement* (en anglais) (<https://www.caet.ca/wp-content/uploads/2015/02/caet-ebr-cswd-2013-04.pdf>) de l'Association canadienne des stomathérapeutes (CAET, 2011).

Débridement autolytique

Le débridement autolytique se produit naturellement dans les lésions de pression lorsque l'environnement de la plaie est humide. Lorsque le lit de la plaie est humide, les macrophages, les bactéries et les enzymes de la plaie peuvent digérer le tissu dévitalisé (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). Les pansements qui permettent de conserver l'humidité comme les hydrocolloïdes, les hydrogels, les films transparents et les alginates fournissent l'environnement de plaie humide requis pour le débridement autolytique (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014; Sibbald et coll., 2015). L'équipe pluridisciplinaire, la personne et son cercle de soins doivent être au courant que la production d'exsudat peut augmenter au cours du débridement autolytique (Expert Panel, 2015). Ainsi, il est recommandé que le pansement approprié soit choisi pour s'adapter à l'augmentation de l'exsudat (Expert Panel, 2015). (Pour obtenir de plus amples renseignements sur les pansements qui permettent de conserver l'humidité, voir la discussion ci-dessus.) Il est également important de noter que le débridement autolytique ne doit pas être utilisé lorsqu'une infection de la plaie n'a pas été traitée ou dans le traitement des lésions de pression de grande taille (quand le tissu nécrotique dépasse 50 %) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Débridement enzymatique

Le débridement enzymatique désigne l'application d'enzymes protéolytiques ou fibrinolytiques préparées commercialement sur une plaie ouverte (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). Ces enzymes travaillent avec les enzymes du corps pour décomposer le tissu dévitalisé dans le lit de la plaie (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Ces produits sont plus efficaces dans un environnement de plaie humide (Perry et coll., 2014). Il est important de suivre les instructions des fabricants avant d'utiliser des enzymes endogènes, car certains produits peuvent être désactivés par les métaux lourds présents dans les solutions nettoyantes pour plaies, les pansements topiques et les agents antimicrobiens (Perry et coll., 2014). Les produits ayant des propriétés enzymatiques comprennent, mais sans s'y limiter, la collagénase, la papaïne et la streptokinase/streptodornase. À l'heure actuelle, il existe des preuves à l'appui de l'efficacité de ces produits sur la guérison des lésions de pression (Medical Advisory Secretariat, 2009; Milne, Ciccarelli, et Lassy, 2012; Ramundo et Gray, 2008; Waycaster et Milne, 2013). Cependant, des données supplémentaires et de meilleure qualité sont nécessaires avant que leur utilisation puisse être recommandée par rapport à d'autres applications de débridement enzymatique.

Débridement mécanique

Le débridement mécanique est lent et peut être une « forme non sélective de débridement qui peut entraîner l'élimination des tissus dévitalisés et viables » (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Les types de débridement mécanique acceptables comprennent l'irrigation des plaies, la compression des plaies et les ultrasons^G (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). L'hydrochirurgie est également considérée comme une forme de débridement mécanique; cependant, en raison de son coût, de la nécessité d'une formation spécialisée et des possibilités de problèmes de lutte contre les infections, le groupe d'experts ne recommande pas son utilisation pour débrider les plaies.

Les ultrasons sans contact de basse fréquence (p. ex, thérapie MIST par ultrasons) éliminent les tissus dévitalisés en créant des vibrations mécaniques et un effet hydrodynamique qui décompose le tissu nécrotique et la fibrine (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Les ultrasons de basse fréquence avec contact peuvent également être utilisés pour débrider les lésions de pression. L'irrigation est une autre forme de débridement mécanique qui peut être utilisée.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'irrigation des plaies, veuillez vous référer à la discussion précédente.

Débridement biologique

Le débridement biologique requiert l'utilisation d'asticots désinfectés qui sont appliqués sur la plaie ouverte (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014). Les asticots sécrètent des enzymes qui digèrent les tissus dévitalisés (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Il n'y a pas beaucoup de données probantes sur le débridement biologique. Selon une revue systématique portant sur des clients atteints de lésions de la moelle épinière par Regan et coll. (2009), il existe des données probantes à l'appui de l'utilisation du débridement biologique comme traitement adjuvant pour les lésions de pression qui ne guérissent pas. De plus, dans une méta-analyse, le débridement biologique a entraîné un débridement plus complet que le traitement conventionnel (Medical Advisory Secretariat, 2009). Cependant, comme pour d'autres techniques de débridement, des études supplémentaires de haute qualité sont nécessaires pour déterminer son efficacité par rapport à celle des autres méthodes de débridement.

Dans l'ensemble, l'utilisation du débridement est influencée par la présence d'une infection plus profonde et environnante et les objectifs axés sur la personne (p. ex., lésions ayant un potentiel de guérison, lésions chroniques/d'entretien ou lésions incurables). Plusieurs options de débridement existent, et les données probantes actuelles ne démontrent pas la supériorité d'une méthode par rapport aux autres.

RECOMMANDATION 3.5

Fournir une stimulation électrique (lorsqu'elle est disponible) en complément des meilleurs soins de la plaie afin d'accélérer la cicatrisation et de favoriser la fermeture des lésions de pressions de stade 2, 3 et 4 dont la guérison est bloquée mais qui sont guérissables.

Niveau de preuve = Ia

Discussion sur les données probantes :

Les lésions de pression de stade 2, 3 et 4 bloquées^G mais ayant un potentiel de guérison qui n'ont pas répondu aux interventions de soins des plaies tenant compte de leur(s) cause(s) et au traitement local peuvent nécessiter des traitements de plaies avancés. La mise en œuvre de ces traitements après l'optimisation de l'intervention conventionnelle est connue sous le nom d'effet du bord de la plaie (Sibbald et al., 2011). Le groupe d'experts recommande que la stimulation électrique^G (SE) soit disponible et accessible pour toutes les personnes ayant des lésions de pression de stade 2, 3 et 4.

Au cours de la stimulation électrique, des électrodes sont appliquées directement sur le lit de la plaie ou sur la peau péri-lésionnelle et connectées à un stimulateur qui est conçu pour créer une petite charge électrique dans les tissus (par exemple HVPC). La stimulation électrique favorise la guérison des plaies en induisant une réponse physiologique dans le tissu (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Si la SE est fournie, un professionnel de la santé qualifié qui s'y connaît devrait évaluer la personne avant et après le traitement (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Les professionnels de la santé qui dispensent la SE doivent posséder les connaissances, le jugement et les compétences nécessaires pour comprendre son application et ses complications potentielles et être en mesure de résoudre les problèmes qui peuvent survenir pendant ou après le traitement. Les professionnels de la santé sont chargés de déterminer si la SE est appropriée et de prescrire le type et les modalités exactes du traitement. Ils doivent également identifier des protocoles de pansement spécifiques pour l'application de la SE (c'est-à-dire les pansements indiqués et contre-indiqués).

Une méta-analyse récente, qui a combiné les résultats de six essais cliniques portant sur 365 personnes souffrant de lésions de pression, a constaté que la SE améliorait significativement la réduction de la taille de la plaie par rapport au traitement des plaies conventionnel ou placebo^G (Koel and Houghton, 2014). Plusieurs examens systématiques ont également évalué l'effet de la SE sur la guérison des lésions de pression. Toutes ces études montrent que la SE accélère la guérison des lésions de pression (Barnes, Shahin, Gohil, et Chetter, 2014; Kawasaki et coll., 2014; Koel et Houghton, 2014; Smith et coll., 2013). Cependant, dans d'autres examens systématiques qui ont évalué différents traitements des lésions de pression, seule une petite proportion des études retrouvées dans la littérature citaient la thérapie par ES. Ces examens systématiques ont conclu que les données probantes concernant l'efficacité de la SE et d'autres thérapies physiques sur les lésions de pression n'étaient pas concluantes (Medical Advisory Secretariat, 2009; Nicolas et coll., 2012; Reddy, 2011; Reddy et coll., 2008). Dans l'ensemble, compte tenu des données les plus récentes et solides qui soutiennent la SE, le groupe d'experts recommande la SE pour les personnes souffrant de lésions de pression de stade 2, 3 et 4 bloquées, mais guérissables. Cette recommandation est conforme à celle d'autres groupes de directives cliniques (NPUAP, EUPAP, et PPPIA, 2014).

La SE ne doit pas être utilisée chez les personnes atteintes de certains troubles médicaux, y compris l'ostéomyélite ou le cancer localisé, ou chez les personnes chez qui des dispositifs électroniques sont implantés ou qui ont un caillot de sang dans la jambe. La SE ne doit pas non plus être appliquée sur l'utérus pendant la grossesse, les pansements contenant des composants métalliques ou ioniques ou à certains emplacements corporels contenant des tissus excitables (par exemple, le périnée, le cou antérieur) (Houghton, Nussbaum et Hoens, 2010). Le traitement par SE peut provoquer une légère irritation de la peau sous l'électrode, qui se résout habituellement spontanément en 24 à 72 heures.

RECOMMANDATION 3.6

Mettre en œuvre les traitements suivants comme moyen de rechange afin d'accélérer la fermeture des lésions de pression bloquées mais guérissables selon le cas et s'ils sont disponibles :

- Thérapie électromagnétique (niveau de la preuve = Ib),
- Ultrasons (niveau de la preuve = Ib),
- Lumière ultraviolette (niveau de la preuve = Ib).

Ne pas envisager le traitement suivant afin d'accélérer la fermeture des lésions de pression bloquées mais guérissables :

- Thérapie par laser (non recommandée)



**Pratique
qui doit
cesser**

Discussion sur les données probantes :

Le groupe d'experts recommande que l'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, envisage des thérapies complémentaires pour les lésions de pression de stade 2, 3 et 4, lorsque la plaie ne se ferme pas comme prévu malgré l'application des meilleures pratiques cliniques et lorsque la stimulation électrique (SE) n'est pas appropriée ou n'est pas disponible. Cette approche du traitement des plaies est connue sous le nom d'« effet du bord de la plaie » (Sibbald et coll., 2011). Lorsque l'on envisage la thérapie électromagnétique, les ultrasons ou la photothérapie, l'équipe pluridisciplinaire doit consulter un professionnel de la santé qui est un expert dans l'utilisation de ces traitements. Cet expert peut déterminer si les traitements sont ou non contre-indiqués, optimiser le protocole de traitement et administrer les traitements. De plus, leur disponibilité et leur accessibilité à la personne et à son cercle de soins peuvent influencer la décision d'utiliser l'une de ces thérapies complémentaires plutôt qu'une autre.

Le groupe d'experts recommande l'utilisation de la thérapie électromagnétique, des ultrasons et de la lumière ultraviolette^G pour le traitement des lésions de pression, même si les résultats de recherche récents concernant leur efficacité sont mitigés. Ils ont été recommandés en raison de la quantité et de la qualité globales des données probantes qui les appuient et de leur profil de sécurité (c.-à-d., équilibre des avantages cliniques par rapport au préjudice causé à la personne).

Thérapie électromagnétique (niveau de preuve = Ib)

La thérapie électromagnétique (TEM) désigne des dispositifs qui induisent un champ électrique dans le tissu à travers une seule électrode enroulée qui n'a pas besoin d'être appliquée directement sur le tissu (c'est-à-dire qu'elle peut être placée au-dessus du pansement). La plupart des appareils de TEM délivrent des impulsions courtes non thermiques appelées champs électromagnétiques pulsés^G (CEMP). La recommandation d'utiliser la TEM est conforme avec d'autres lignes directrices récemment publiées sur les ulcères/ lésions de pression (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014). Une étude contrôlée randomisée bien conçue (Ozdemir, Kasapoglu, Oymak, et Murat, 2011) a évalué l'effet de la TEM dans le traitement des lésions de pression par rapport au traitement conventionnel des plaies ou au traitement par placebo. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de la TEM dans le traitement des lésions de pression de stade 2 et 3 permet de réduire le temps de guérison. Dans une autre petite étude qui a examiné l'effet du traitement du corps entier avec un CEMP sur des individus souffrant d'atteintes neurologiques, le traitement n'a pas produit une amélioration significative de la guérison des lésions de pression comparativement au groupe traité par placebo (Gupta, Taly, Srivastava, Kumar, et Thyloth, 2009). Cependant, étant donné que seulement six personnes ont été recrutées pour chaque groupe dans cette dernière étude, il était peu probable qu'elle soit en mesure de détecter une différence entre les groupes (Gupta et coll., 2009).

Deux études systématiques (McGaughey, Dhamija, Oliver, Porter-Armstrong, et McDonough, 2009; Regan et coll., 2009) ont étudié l'utilisation du CEMP sur la guérison des lésions de pression. Une des études était basée sur un petit essai contrôlé randomisé qui a utilisé un CEMP sur 20 personnes atteintes de lésions médullaires et de lésions de pression (Regan et coll., 2009), tandis que l'autre examinait l'effet d'un CEMP sur les plaies chroniques en général, dont 28 étaient des lésions de pression (McGaughey et coll., 2009). Les deux études appuient l'utilisation d'un CEMP pour améliorer la guérison des blessures de pression. En revanche, une récente étude Cochrane a conclu qu'il n'y avait aucune donnée solide à l'appui de l'utilisation d'un CEMP pour traiter les lésions de pression (Aziz et Flemming, 2012). Les incohérences dans les conclusions de ces examens systématiques s'expliquent probablement par le fait qu'ils ont inclus différentes études publiées.

Au moment de la rédaction de la ligne directrice, aucun effet indésirable important découlant de l'utilisation d'un CEMP comme traitement adjuvant pour le traitement des lésions de pression n'avait été documenté (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Cependant, l'utilisation de la TEM n'est pas indiquée pour les personnes chez qui un dispositif électrique a été implanté (p. ex., un stimulateur cardiaque), les personnes qui ont subi une transplantation d'organe et les femmes enceintes (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). D'autres contre-indications à l'utilisation du CEMP sont le saignement actif, la thrombose veineuse profonde active et le cancer soupçonné ou confirmé (Houghton et coll., 2010).

Ultrasons (niveau de preuve = Ib)

Les ultrasons (US) sont une forme de stimulus vibratoire ou mécanique qui oscille à une fréquence trop élevée pour être détectée par l'oreille humaine. On sait que ce type d'énergie acoustique stimule directement les processus cellulaires de réparation des plaies et qu'il a été utilisé pour traiter les lésions de pression. Le traitement par ultrasons peut être appliqué aux plaies ouvertes en utilisant des technologies avec et sans contact (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014). Une revue Cochrane mise à jour en 2009 a identifié trois études portant sur un total de 146 patients qui ont évalué les effets des ultrasons conventionnels/avec contact sur la guérison des lésions de pression. L'examen a conclu qu'il n'existe aucune preuve à l'appui de l'utilisation des ultrasons pour le traitement des lésions de pression (Sari, Fleming, Cullum, et Wollina, 2009). D'autres examens systématiques ont produit des résultats également non concluants (Medical Advisory Secretariat, 2009; Nicolas et coll., 2012; Reddy, 2011; Regan et coll., 2009; Smith et coll., 2013).

Toutefois, des études supplémentaires ont été publiées depuis lors et n'ont pas été examinées dans les examens systématiques susmentionnés. Un essai contrôlé randomisé a été mené auprès de personnes âgées qui ont été réparties au hasard pour recevoir des ultrasons à faible dose, à haute fréquence ou pulsés (Polak et coll., 2014). À la fin de l'étude, la surface de la plaie était significativement plus petite chez ceux qui avaient reçu un traitement avec des ultrasons que chez ceux qui avaient reçu un traitement conventionnel; de plus, la réduction de la taille de la plaie induite par les ultrasons était plus prononcée dans les lésions de pression de stade 2 que dans les lésions de pression de stade 3 (Polak et coll., 2014). Une étude rétrospective réalisée auprès de 85 patients souffrant de lésions de pression aux tissus profonds (LPTP) a révélé une amélioration significative des scores de sévérité des plaies lorsque les ultrasons sans contact étaient transmis par une fine brume aux LPTP soupçonnées (Honaker, Forston, Davis, Wiesner, et Morgan, 2013). Une petite étude portant sur cinq patients a suggéré que les ultrasons transmis à travers un pansement peuvent stimuler la guérison des blessures de pression (Maeshige et coll., 2010).

Des travaux de recherche plus solides et complets sont nécessaires pour déterminer l'efficacité des ultrasons. L'utilisation des ultrasons comme traitement adjuvant dans le traitement des lésions de pression est contre-indiquée en présence de saignement incontrôlé des tissus, de troubles hémorragiques non traités, de zones de malignité soupçonnée ou confirmée, de thrombose veineuse profonde active (TVP) causant des caillots, de tissus récemment irradiés ou de formation osseuse ectopique (p. ex., myosite ossifiante) et d'infection encapsulée ou virulente des tissus (p. ex., tuberculose) (Houghton et coll., 2010).

Lumière ultraviolette (niveau de preuve = Ib)

La lumière ultraviolette a des longueurs d'onde qui sont plus courtes que celles de la lumière qui est visible pour les humains. On a montré que l'exposition à des longueurs d'onde plus courtes (p. ex., 254 nm) également appelée lumière ultraviolette C (UVC) pour ouvrir les plaies, y compris les lésions de pression, réduit le nombre de bactéries, y compris les souches résistantes aux antibiotiques (p. ex., *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline [SARM]) (Thai, Houghton, Campbell, Keast, et Woodbury, 2005). La recommandation d'utiliser les UVC est conforme à d'autres directives (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

Plusieurs études ont évalué l'effet de la lumière ultraviolette UVC (250 nm) sur la guérison des lésions de pression. Une étude récente et bien conçue publiée par Nussbaum et ses collègues (2013) portant sur 58 personnes souffrant de lésions de pression et de lésions médullaires a montré que les UVC augmentaient de façon significative le taux de cicatrisation des lésions de pression de stade 2 – mais pas celui des lésions de stade 3 ou 4 (Nussbaum et coll., 2013). Il existe également des données probantes indiquant que la lumière ultraviolette peut réduire la quantité d'exsudats purulents et améliorer l'apparence des lésions de pression (Onigbinde et coll., 2010). La plupart des examens systématiques qui ont évalué l'effet de la photothérapie sur la cicatrisation des lésions de pression n'ont pas inclus d'études évaluant le traitement par la lumière ultraviolette (Nicolas et coll., 2012; Reddy, 2011; Regan et coll., 2009; Smith et coll., 2013) ou ont combiné les résultats des UVC et ceux d'autres formes de photothérapie (Reddy, 2008). Dans une méta-analyse réalisée par le Medical Advisory Secretariat (2009), l'efficacité du traitement par UVC n'a pas pu être clairement établie et des inquiétudes ont été soulevées quant à l'effet mutagénique^a potentiel des UVC et au risque de cancer de la peau lié aux expositions prolongées. La ligne directrice

élaborée par le NPUAP, le EPUAP et la PPPIA (2014) ne recommande que l'utilisation à court terme des UVC, si d'autres thérapies traditionnelles échouent.

La thérapie au laser n'est pas recommandée

Actuellement, il existe peu de données probantes sur l'efficacité de la thérapie au laser^G comme traitement des lésions de pression. De plus, les résultats sont incohérents d'une étude à l'autre, on ne sait pas quel type de laser doit être utilisé et il y a un potentiel de préjudice ou de contamination des lésions de pression si le traitement n'est pas effectué par un professionnel de la santé expérimenté. D'autres lignes directrices dignes de confiance ne favorisent pas l'utilisation systématique de la thérapie au laser en ce moment (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Une étude Cochrane récente, qui a identifié sept études contrôlées randomisées portant sur 403 clients, a évalué les effets de la photothérapie pour le traitement des lésions de pression et a conclu que les effets de diverses formes de photothérapie sur la guérison des blessures de pression sont incertains (Chen, Hou, Chan, Yeh, et Lo, 2014). Une méta-analyse effectuée par le Medical Advisory Secretariat (2009) a révélé des résultats non concluants et une revue systématique (Smith et coll. [2013]) de l'efficacité des traitements basés sur la lumière ultraviolette et le laser sur la cicatrisation ou la fermeture des lésions de pression a également trouvé des résultats non concluants. Taradaj et coll. (2013) ont constaté que l'effet de la thérapie au laser sur les résultats de la guérison des plaies dépendait de la longueur d'onde utilisée, le laser à 658 nm produisant des résultats significativement meilleurs. Le nombre de plaies traitées avec un laser à 658 nm qui sont restées fermées pendant trois mois après le traitement était également plus élevée que celui des plaies traitées au laser à 808 et 940 nm.

Le fait que les résultats dépendent de la longueur d'onde et de l'intensité lumineuse utilisée peut expliquer pourquoi les travaux antérieurs évaluant l'effet du laser sur la cicatrisation sont contradictoires, puisque chaque étude utilise une source lumineuse présentant des caractéristiques différentes (Taradaj et coll., 2013). Compte tenu des résultats contradictoires de la recherche sur la thérapie par laser en ce qui a trait à la cicatrisation et la fermeture des lésions de pression, et du potentiel d'une telle thérapie de modifier la charge biologique de la plaie, le groupe d'experts ne recommande pas la thérapie au laser.

RECOMMANDATION 3.7

Fournir une thérapie par pression négative aux personnes atteintes d'une lésion de pression de stade 3 et 4 dans des circonstances exceptionnelles y compris l'amélioration de la qualité de vie et en accord avec d'autres préférences axées sur la personne ou la famille.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Dans l'ensemble, il n'y a pas suffisamment de données probantes dans la littérature actuelle pour appuyer l'utilisation systématique de la thérapie par pression négative^G (TPN) pour favoriser la guérison des lésions de pression. Ainsi, le groupe d'experts ne peut pas recommander son utilisation comme traitement adjuvant pour le traitement *de routine* des lésions de pression à ce moment. Cependant, il faut tenir compte de la situation de la personne et de la famille lors de la décision d'utiliser la TPN, y compris des circonstances exceptionnelles (p. ex., les complications suite à la réparation chirurgicale d'une lésion de pression), des défis des soignants et de la qualité de vie de la personne (p. ex., le contrôle de grandes quantités d'exsudat en attendant la chirurgie, ce qui réduit la nécessité des changements de pansement fréquents pendant que la personne est à la maison).

Quatre études ont confirmé l'efficacité de la TPN. Une étude contrôlée randomisée (ECR) portait sur 24 patients présentant des plaies difficiles à guérir randomisés soit à un traitement par TPN soit à un traitement standard avec de l'hypochlorite de sodium. Cette étude a montré que les plaies traitées par pression négative topique guérissent deux fois plus rapidement que celles traitées avec de l'hypochlorite de sodium (de Laat et coll., 2011). Dans une ECR de 10 patients présentant des lésions de pression dans la région du sacrum au stade 3 ou 4 (5 patients ont été randomisés dans le groupe de fermeture assisté par le vide et 5 patients ont été assignés au groupe de drain de Redon),

la fermeture assistée a été jugée plus fiable et efficace, facile à utiliser, et a donné des paramètres de guérison des plaies qui étaient significativement meilleurs (Wild et coll., 2008). Une ECR portant sur 18 patients atteints de lésions de pression de stade 3 et 4, randomisés dans le groupe TPN+pansement en mousse dite « nouvelle » ou TPN+pansement en mousse dite « conventionnelle », a rapporté que la nouvelle mousse était moins traumatisante et douloureuse chez les patients atteints de lésions de pression de stade 3 ou 4 (Wagstaff, Driver, Coghlan, et Greenwood, 2014). Une méta-analyse de faible qualité a également indiqué que la TPN semblait être plus efficace que les soins conventionnels des plaies dans le traitement des plaies chroniques (types non spécifiés). Cependant, l'analyse ne portait pas uniquement sur les lésions de pression (Suissa, Danino et Nikolis, 2011).

Contrairement aux constatations ci-dessus, une revue de la littérature sur cinq études dont deux ne comprenaient que des patients présentant des lésions de pression n'a pas montré de résultats positifs statistiquement significatifs pour la thérapie par pression négative locale (van den Boogaard, de Laet, Spauwen, et Schoonhoven, 2007). Un examen systématique par Reddy et coll. (2008) a signalé que dans 21 ECR qui ont exploré diverses thérapies complémentaires, la TPN ne semblait avoir aucun avantage clair. De plus, une étude observationnelle de patients atteints de lésions médullaires et de lésions de pression pelviennes de stade 3 ou 4 n'a pas montré que la TPN influençait de façon significative la vitesse de guérison (Ho, Powell, Collins, Bauman, et Spungen, 2010).

En plus des données qui réfutent l'efficacité de la TPN, deux examens ont rapporté des résultats non concluants concernant ses avantages (Levine et coll., 2013; Nicolas et coll., 2012). Nicolas et coll. (2012) ont déclaré qu'il y a un manque de données probantes concernant les effets bénéfiques de la fermeture assistée par le vide, et le niveau de la preuve des études pertinentes était faible vu les résultats variés et l'hétérogénéité de la population. De même, quatre études portant sur la diversité de la qualité des méthodologies et des plans d'étude ont conclu que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'efficacité de la TPN (Ashby et coll., 2012; Medical Advisory Secretariat, 2009; Nelson, 2007; Reddy, 2010).

RECOMMANDATION 3.8

Collaborer avec la personne et son cercle de soins pour mettre en œuvre un plan d'autogestion de la lésion de pression.

Niveau de preuve = Ia

Discussion sur les données probantes :

D'après un examen systématique/méta-analyse effectué par Gorecki et coll. (2009), les personnes souffrant de lésions de pression ne possèdent généralement pas une connaissance et une compréhension complètes du développement et de la prévention des lésions de pression. Le groupe d'experts recommande que la personne et son cercle de soins collaborent avec l'équipe pluridisciplinaire afin de partager et d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour s'engager efficacement dans l'autogestion^G du soin des plaies lorsqu'ils passent par différents secteurs du système de soins de santé au cours du traitement.

Le terme *autogestion* désigne « les tâches que les individus doivent effectuer pour bien vivre avec une ou plusieurs affections chroniques. Ces tâches comprennent avoir l'assurance nécessaire pour la prise en charge médicale, la prise en charge des rôles et la prise en charge émotionnelle de leur état » (AIIAO, 2010). Afin de faciliter l'autogestion, l'équipe pluridisciplinaire doit collaborer avec la personne et son cercle de soins au fur et à mesure qu'ils progressent dans le système de santé afin de s'assurer qu'ils possèdent les connaissances nécessaires pour comprendre leur état et la capacité à jouer un rôle actif dans leur traitement (RNAO, 2010). Selon Gorecki et coll. (2009), les gens veulent être indépendants et participer activement aux décisions qui influent sur leur bien-être (Gorecki et coll., 2009). Ainsi, l'enseignement de l'autogestion devrait permettre aux personnes d'être autonomes et capables de participer à leurs soins de santé (Gorecki et coll., 2009). En fin de compte, l'acceptation par une personne de ses lésions de pression a des répercussions positives sur son bien-être psychologique (Gorecki et coll., 2009). Gorecki et coll. (2009) suggèrent diverses façons d'améliorer les connaissances des patients et des aidants, y compris l'établissement de groupes de soutien par les pairs dans la collectivité pour les personnes souffrant de lésions de pression (Gorecki et coll., 2009).

Le groupe d'experts recommande que l'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, utilise

plusieurs voies éducatives (p. ex., programmes en ligne, programmes communautaires d'autogestion, références à des sites Web dignes de confiance). Pour un exemple sur la façon d'encourager efficacement l'autogestion chez les personnes souffrant de lésions de pression, veuillez consulter l'annexe V.

Selon les lignes directrices actuelles sur les ulcères/lésions de pression et le groupe d'experts, l'équipe pluridisciplinaire devrait fournir des éléments d'enseignement sur la santé abordant les composantes du paradigme de la préparation du lit de la plaie à la personne et à son cercle de soins, y compris les éléments suivants :

1. Risques liés aux lésions de pression

- Causes des lésions de pression (RNAO, 2007);
- Stratégies pour réduire le risque de lésions de pression supplémentaires (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014).

2. Évaluation des lésions de pression

- Identification du stade d'une lésion de pression (NICE, 2014);
- Inspection de la plaie (WOCN, 2010).

3. Prise en charge des lésions de pression

- Stratégies pour traiter les causes des lésions de pression (p. ex., positionnement, surfaces de support, mobilité et alimentation) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Soins des plaies (p. ex., nettoyage, application de pansements) (WOCN, 2010);
- Options de traitement (RNAO, 2007);
- Gestion de la douleur (Gorecki et coll., 2009);
- Possibilité de pratiquer avec l'équipement et les dispositifs utilisés dans la prise en charge des lésions de pression (NICE, 2014);
- Information sur la façon d'aborder les préoccupations psychosociales (p. ex., l'image corporelle) (Perry et coll., 2014).

4. Ressources sur les lésions de pression

- Information sur les sources fiables d'information sur les soins des lésions de pression (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Information concernant les services de soutien disponibles et accessibles dans la communauté (p. ex., groupes de soutien par les pairs) (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014);
- Information sur la disponibilité d'équipement et de dispositifs qui soutiennent la prise en charge des lésions de pression et sur les façons d'y accéder.
- Information sur l'aide financière, si nécessaire (Perry et coll., 2014);
- Information sur les services de soutien qui peuvent être utilisés pour aider la personne à gérer les activités de la vie quotidienne (Perry et coll., 2014).

L'équipe pluridisciplinaire devrait adapter les stratégies éducatives aux besoins uniques de la personne souffrant d'une lésion de pression, y compris les affections dégénératives, la mobilité réduite, l'altération neurologique, l'altération cognitive et l'altération de la perfusion tissulaire (p. ex., maladie artérielle périphérique) (NICE, 2014, p. 18).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'autogestion pour les personnes et leurs principaux aidants, veuillez consulter la LDPE clinique *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients* (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies_permettant_de_soutenir_l_autogestion_des_etats_chroniques_la_collaboration_avec_les_clients.pdf) et la Recommandation 2.2 de la présente ligne directrice.

RECOMMANDATION 3.9

Mettre en œuvre un plan de gestion de la douleur axé sur la personne en utilisant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Selon une étude de Gorecki et coll. (2009), la douleur est le problème le plus important signalé par les personnes souffrant de lésions de pression. La douleur affecte de nombreux aspects de la vie d'une personne. Par exemple, la douleur liée à la lésion de pression provoque des sentiments de frustration, de colère, de désagrément et d'embarras, en raison de son interférence avec les activités quotidiennes, le confort, le sommeil et l'appétit (Gorecki et coll., 2009). De plus, la douleur interfère avec les interactions sociales et les relations personnelles (Gorecki et coll., 2009). Les personnes souffrant de lésions de pression se sentent responsables de communiquer leurs symptômes de douleur à l'équipe pluridisciplinaire et, à leur tour, ils s'attendent à ce que leur douleur soit traitée (Gorecki et coll., 2009).

Même si les données de recherche concernant la gestion de la douleur chez les personnes souffrant de lésions de pression sont limitées, il existe un consensus entre le groupe d'experts, les divers groupes d'orientation et les experts cliniques en matière de pratiques exemplaires sur la douleur en raison de son impact significatif sur la qualité de vie. Suite à l'évaluation de la douleur à l'aide d'un outil d'évaluation de la douleur validé, diverses stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques peuvent être appliquées. Une combinaison d'interventions contre la douleur doit être envisagée dans l'élaboration du plan de soins d'une personne.

Soin local des plaies et gestion de la douleur

- Faire attention à la température des solutions nettoyantes pour les plaies pour améliorer le confort de la personne.
- Garder à l'esprit que la colonisation critique superficielle (infection localisée) et l'infection plus profonde et environnante (infection systémique) sont une source de douleur, et gérer l'infection en conséquence. (Veuillez vous référer aux Recommandations 1.4 et 3.4 de cette Ligne directrice pour obtenir des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prise en charge de l'infection de la plaie.)
- Imprégner les pansements qui adhèrent aux marges de la plaie avant de les retirer pour aider à minimiser la douleur.
- Garder le lit de la plaie humide et la lésion de pression recouverte d'un pansement approprié non adhérent pour aider à minimiser la douleur (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014).
- Choisir des pansements qui permettent de réduire la fréquence des changements de pansement (par exemple, mousse, alginates, hydrocolloïdes et hydrogels) ou qui sont imprégnés d'analgésiques ou d'anti-inflammatoires, y compris les opioïdes topiques, les anesthésiques topiques ou l'ibuprofène (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014).
- Choisir des pansements qui n'exercent pas une pression inutile sur la plaie (AWMA, 2012).
- Permettre à la personne de demander des « temps d'arrêt » pendant les procédures douloureuses (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
- Au besoin, administrer des médicaments avant les procédures douloureuses (p. ex., changements de pansement, débridement) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014; WOCN, 2010).
- Encourager la personne à se repositionner pour aider à minimiser la douleur (NPUAP, EPUAP, et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014; WOCN, 2010).
- Utiliser des surfaces de support appropriées pour réduire la douleur au minimum (WOCN, 2010).
- Répondre à l'anxiété d'anticipation et aux autres défis psychosociaux avant les procédures locales de soins des plaies.

Gestion pharmacologique et non pharmacologique de la douleur

- Si la personne souhaite recevoir des analgésiques (p. ex., avant le changement de pansement ou le débridement), administrer les analgésiques conformément à l'échelle de la douleur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). En général, commencer par les non-opioides et, si la douleur causée par la lésion de pression persiste, prendre en considération l'addition d'opioïdes au plan de gestion de la douleur (AWMA, 2012). L'utilisation de tricycliques et de gabapentine doit être prise en considération pour la douleur neuropathique. Pour plus d'informations sur l'échelle de la douleur, veuillez consulter le document *WHO's Cancer Pain Ladder for Adults* (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>) (WHO, 2016) (en anglais seulement).
- Appliquer des stratégies non pharmacologiques de gestion de la douleur conformément aux souhaits de la personne (p. ex., musique, relaxation progressive, TENS, techniques de visualisation, imagerie, toucher thérapeutique et autres modalités thérapeutiques holistiques) (AWMA, 2012, NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; Perry et coll., 2014).

Ressources pour la gestion de la douleur

- Aiguiller la personne vers les services de la douleur et d'autres ressources cliniques si une gestion supplémentaire de la douleur est requise (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; WOCN, 2010).
- Donner de l'information à la personne et à ses principaux soignants sur les stratégies d'évaluation et de gestion de la douleur (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).
- Renvoyer la personne à son médecin de famille pour la gestion de la douleur causée par la lésion (p. ex. au moment du retour à domicile)

La prise en charge de la douleur est une composante importante des soins axés sur la personne. Un contrôle adéquat de la douleur améliore tous les aspects de la qualité de vie d'une personne, y compris l'humeur (p. ex. stress, colère anxieuse), le sommeil, la cognition, la capacité de faire face et la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (Solowiej, Mason & Upton, 2010). Pour obtenir de plus amples renseignements sur les stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques de gestion de la douleur, veuillez vous référer à la LDPE clinique *Évaluation et prise en charge de la douleur* (<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9valuation-et-prise-en-charge-de-la-douleur>) de l'AIIAO (2002).



4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1

Utiliser l'outil ayant servi à effectuer l'évaluation des risques initiale pour réévaluer régulièrement le risque de développer des lésions de pression supplémentaires de la personne et chaque fois qu'un changement dans son état de santé se produit.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Une personne qui a une lésion de pression est à risque de développer des lésions de pression supplémentaires (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Le groupe d'experts approuve donc la pratique consistant à réévaluer régulièrement toutes les personnes ayant subi des lésions de pression, à la fréquence déterminée par l'équipe pluridisciplinaire, et *chaque fois que des changements surviennent* dans l'état de santé de la personne, tel qu'établi par le milieu de soins de santé et les directives de l'agence. Un suivi régulier du risque de développer de nouvelles lésions devrait permettre d'identifier des facteurs de risque non résolus ou nouveaux et d'ainsi prévenir l'apparition de lésions de pression supplémentaires. L'outil utilisé pour l'évaluation initiale des risques doit être utilisé systématiquement pour réévaluer le risque de développer des lésions de pression supplémentaires régulièrement. Cette pratique aide l'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, à surveiller les changements du risque de façon cohérente afin que les résultats puissent être comparés au fil du temps.

Les équipes pluridisciplinaires doivent consulter la LDPE clinique *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* (<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9valuation-du-risque-et-pr%C3%A9vention-des-l%C3%A9sions-de-pression-0>) de l'AIIAO (2002) pour obtenir de plus amples renseignements sur les recommandations suivantes, qui sont applicables aux personnes ayant des lésions de pression existantes qui sont à risque de développer des lésions de pression supplémentaires :

- Utiliser le jugement clinique en combinaison avec un outil d'évaluation des risques structuré, validé et fiable. (Voir la Recommandation 1.2a.)
- Évaluer les facteurs de risque intrinsèque et extrinsèque qui sont associés au développement de lésions de pression. (Voir la Recommandation 1.2b.)
- Évaluer et réévaluer le risque de dégradation de la peau chez les populations vulnérables. (Voir la Recommandation 1.3.)

RECOMMANDATION 4.2

Utiliser l'outil ayant servi à effectuer l'évaluation des risques initiale pour surveiller la lésion de pression de la personne et évaluer le progrès vers les objectifs axés sur la personne sur une base régulière et aux changements de pansement.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Le processus de guérison des lésions de pression d'une personne doit être réévalué régulièrement (comme déterminé par l'équipe pluridisciplinaire) et pendant les changements de pansement en utilisant l'outil d'évaluation des blessures qui a été utilisé lors de l'examen initial, tel qu'établi par le milieu de soins de santé de et les directives de l'agence (NPUAP, EUPAP et PPPIA, 2014). L'évaluation périodique de la cicatrisation aide l'équipe pluridisciplinaire, la personne et son cercle de soins à déterminer (1) si la guérison progresse et (2) si une intervention continue ou des modifications du traitement sont nécessaires (Pillen et coll., 2009).

Idéalement, l'équipe pluridisciplinaire devrait voir une amélioration de la guérison de la plaie après une à deux semaines d'intervention dans le cas d'une lésion d'épaisseur partielle et deux à quatre semaines dans le cas d'une lésion d'épaisseur complète (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014; WOCN, 2010).

Les signes de guérison des plaies comprennent :

- Une amélioration des dimensions et de la profondeur de la lésion de pression;
- Une diminution de l'exsudat et une amélioration de l'infection;
- Une réduction du tissu dévitalisé dans le lit de la plaie;
- L'apparition d'un tissu sain (c'est-à-dire tissu de granulation et réépithélialisation) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

La vitesse de guérison des lésions de pression peut être affectée par des facteurs tels que la taille initiale et le stade de la lésion, l'étendue de l'infection, les comorbidités de la personne (le cas échéant), l'état nutritionnel de la personne et la pertinence du plan d'intervention initiale (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Il arrive également que la plaie ne cicatrise pas en dépit des soins locaux appropriés et des interventions visant les causes de la lésion de pression (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014). Pour plus d'informations sur la guérison des plaies, veuillez vous reporter au document *The Basic Principles of Wound Healing* (<http://cawc.net/images/uploads/Principles-of-Wound-Healing.pdf>) (Keast et Orsted, n.d.), disponible sur le site Web de l'Association canadienne des soins de plaies.

En raison du risque de complications, y compris le cancer des cellules squameuses (c.-à-d., l'ulcère de Marjolin), la cellulite, la septicémie, l'ostéomyélite, la formation d'abcès, la fistule et la formation osseuse hétérotopique, il est important d'identifier et de traiter les lésions non cicatrisantes (WOCN, 2010). Lorsque la guérison des plaies ne progresse pas, l'équipe pluridisciplinaire devrait réévaluer la personne pour identifier des facteurs correctifs supplémentaires et modifier le plan d'intervention.

Si la cicatrisation n'est pas un objectif réaliste, l'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec la personne et son cercle de soins, devrait mettre l'accent sur la réduction des répercussions de la lésion de pression sur la qualité de vie de la personne. Cela peut signifier fournir un traitement pour éviter que la lésion de pression ne devienne plus importante, contrôler l'infection et chercher à limiter la quantité d'exsudats et d'odeurs émanant de la plaie. Il est très important d'établir et de réévaluer le plan et les objectifs de soins d'une personne durant ce processus.

Selon le groupe d'experts et conformément à la ligne directrice NPUAP, EPUAP et PPPIA (2014), l'évaluation objective et reproductible de la cicatrisation des plaies est mieux réalisée en mettant en place un outil validé et fiable d'évaluation des plaies adapté aux changements de l'état de la plaie au fil du temps. Il est également important d'utiliser le jugement clinique pour évaluer les signes de guérison ou de non-guérison. L'utilisation d'une approche normalisée et systématique pour mesurer la guérison des plaies favorise la cohérence dans l'interprétation et la communication cliniques et augmente la fiabilité des données mesurées. Les outils d'évaluation ou les mesures de résultats qui sont utilisés plus fréquemment (par exemple, chaque semaine) ont également tendance à contenir moins de composantes, ce qui signifie qu'ils prennent moins de temps à remplir. Veuillez vous reporter au tableau de l'**annexe I**, qui énumère et décrit les outils d'évaluation suggérés pour la surveillance de la guérison des lésions de pression (c.-à-d., outils d'évaluation évaluative).

Recommandations relatives à la formation

5.0 FORMATION

Les programmes d'éducation réussis doivent couvrir les aspects suivants : (1) les soins pluridisciplinaires (2) les résultats du rendement des professionnels de la santé et (3) les résultats au niveau de la personne. L'élaboration des programmes éducatifs suit le processus d'application des connaissances⁹, qui comprend une évaluation des besoins, un comité d'éducation pluridisciplinaire, la détermination des buts et objectifs, des méthodes interactives d'éducation longitudinale et une évaluation. Une évaluation est nécessaire afin d'améliorer continuellement le processus éducatif et son incidence sur les résultats des soins de santé et des personnes (Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2015).

Les recommandations de la présente Ligne directrice sont fondées sur les principes de l'application des connaissances, définie par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) comme « un processus dynamique et itératif qui comprend la synthèse, la diffusion, l'échange et l'application éthique des connaissances pour améliorer la santé des Canadiens, offrir des services et des produits de santé plus efficaces et renforcer le système de santé » (CIHR, 2015, para. 4).

L'éducation est une des stratégies de dissémination clés pour l'application des connaissances. Les stratégies d'application des connaissances réussies commencent par l'identification des participants appropriés et de tout obstacle ou soutien à la mise en œuvre des connaissances. Ensuite, le contenu (c'est-à-dire le message) et le procédé de distribution (c'est-à-dire le support) doivent être adaptés au public (c'est-à-dire au contexte local). Les exemples de méthodes de mode de prestation incluent des facilitateurs pour la pratique (p. ex., des résumés concis, des séances d'éducation, des plans ou des parcours de soins, des outils de ressources et du matériel) qui sont disponibles 24 heures par jour, sept jours par semaine (CIHR, 2015).

L'application des connaissances consiste à combler l'écart entre « ce que nous savons » et « ce que nous faisons » en réduisant l'écart entre la connaissance et l'action (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009). L'éducation et la diffusion des connaissances sont inefficaces s'il n'y a pas d'adoption ou de mise en œuvre des nouvelles connaissances par les apprenants. Pour évaluer l'efficacité des stratégies d'éducation, le processus d'application des connaissances devrait surveiller l'application des connaissances des professionnels de la santé dans la pratique clinique et l'impact du transfert des connaissances sur les résultats des clients.

La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf) (2e éd.; 2012) fournit des stratégies précieuses pour faciliter le processus d'application des connaissances. Les stratégies d'application des connaissances devraient également être mises en œuvre pour soutenir l'utilisation actuelle des connaissances et pour relancer le processus lorsque de nouvelles données ou connaissances seront disponibles.

RECOMMANDATION 5.1

Élaborer et mettre en œuvre des programmes complets et durables de formation interprofessionnelle en matière de lésions de pression pour les cliniciens et les étudiants qui entreprennent des carrières en santé.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

La prestation de soins optimaux aux lésions de pression nécessite une équipe pluridisciplinaire. Habituellement, les membres de l'équipe pluridisciplinaire comprennent des médecins qui ont reçu une formation avancée en soins de plaies, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététistes, des infirmières, des infirmières praticiennes, des étudiants en médecine et des étudiants en sciences infirmières. Le groupe d'experts recommande que ces professionnels de la santé reçoivent la formation nécessaire pour assurer une prise en charge et un traitement optimaux des personnes souffrant de lésions de pression. Bien que l'utilisateur final principal de cette ligne directrice soit l'équipe pluridisciplinaire, le groupe d'experts recommande que d'autres fournisseurs de soins de santé du cercle de soins de la personne cherchent également à obtenir une formation sur les lésions de pression.

Les données actuelles suggèrent que les équipes pluridisciplinaires doivent améliorer leurs connaissances en matière de prévention, d'évaluation/identification et de gestion des lésions de pression. Par exemple, dans une étude australienne, on a évalué les connaissances en matière de prévention et de prise en charge des lésions de pression chez les personnes ayant des lésions médullaires chez les spécialistes en médecine de la colonne vertébrale, les infirmières cliniciennes, les infirmières en unités et les registraires de réadaptation (c'est-à-dire les médecins qui suivent une formation pour devenir des spécialistes en médecine de réadaptation) (Gupta, Loong et Leong, 2012). Bien que l'étude ait révélé des différences de connaissances entre les professionnels de la santé (p. ex., les médecins ont démontré plus de connaissances sur la prévention des lésions de pression que les infirmières, mais les infirmières ont obtenu une meilleure note dans les questions sur la prise en charge des lésions de pression) dans l'ensemble, les résultats montraient des lacunes générales dans les connaissances de base sur les soins des lésions de pression au sein des professionnels de la santé (Gupta et coll., 2012).

De même, dans une étude en centre hospitalier, les équipes médicales n'ont pas bien réussi à identifier la présence, le site et le stade des lésions de pression chez les patients admis dans les unités de soins (Gunawardena, Blackman et Walsgrove, 2013). En outre, les équipes médicales n'ont pas bien réussi à reconnaître les infections des lésions de pression chez les patients hospitalisés (Gunawardena et coll., 2013). Dans l'ensemble, ces études mettent en évidence la nécessité de fournir une éducation ciblée sur l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression aux membres des équipes pluridisciplinaires et sur les implications pour les soins aux patients lorsque cela n'est pas fait.

Les éléments probants limités disponibles donnent également à penser que les étudiants en sciences infirmières ne reçoivent pas une formation suffisante dans les études de premier cycle pour leur permettre de dispenser des soins compétents aux lésions de pression dans la pratique. Par exemple, dans une étude transversale sur les étudiants en soins infirmiers préinscrits en Angleterre, « 68 % ont reçu moins de 10 heures d'enseignement formel en intégrité de la peau pendant leurs cours de 3 ans » (Ousey, Stephenson, Cook, Kinsey et Batt, 2013, p. 57). D'autres études ont mis à l'essai diverses interventions visant à améliorer les connaissances et la formation sur les lésions de pression chez les étudiants de premier cycle (Beeckman, Schoonhoven, Boucque, Van Maele et Defloor, 2008; Morente, Morales-Asencio et Veredas, 2014). Par exemple, un essai contrôlé randomisé a introduit avec succès un outil d'apprentissage en ligne pour aider les élèves à distinguer les lésions de pression des lésions causées par l'humidité et à classer et stadifier les lésions de pression (Beeckman et coll., 2008). Étant donné la nature pluridisciplinaire de la prise en charge des lésions de pression, le groupe d'experts estime que les étudiants qui entrent dans d'autres professions de la santé peuvent également bénéficier d'une formation approfondie et exhaustive sur les lésions de pression au niveau du premier et du deuxième cycle.

Les données probantes actuelles du monde entier montrent que l'éducation en matière de prévention et de prise en charge des blessures sous pression améliore la capacité des infirmières à classer correctement les traumatismes sous pression (Altun & Demir Zencirci, 2011; Beeckman, 2010; Briggs, 2006; Thomas, 2012). Dans les études, les contenus et les stratégies utilisées pour éduquer les participants comprenaient :

- Un accent sur la prévention, l'évaluation, la prise en charge et la documentation des lésions de pression (Thomas, 2012);
- La connaissance et la prise en charge des lésions de pression (Altun et Demir Zencirci, 2011);
- La théorie et la pratique des lésions de pression et des soins aux lésions de pression (Morente et coll., 2014);
- L'utilisation de modules sur la sécurité des patients (AbuAlRub & Abu Alhijaa, 2014);
- des photographies de lésions sous pression (Beeckman, 2010; Beeckman et coll., 2008; Bergquist-Beringer et coll., 2009; Briggs, 2006).

Les différentes études utilisaient une méthode d'enseignement en personne (Altun et Demir Zencirci, 2011; Beeckman, 2010; Briggs, 2006; Thomas, 2012), suivie d'un apprentissage en ligne impliquant une évaluation indépendante du contenu d'apprentissage (AbuAlRub et Abu Alhijaa, 2014). Bien que les documents disponibles au moment de la rédaction portent principalement sur la formation des infirmières en matière de lésions de pression et non sur les résultats de cette formation sur la base de connaissances des équipes pluridisciplinaires d'une façon générale, des efforts devraient être faits pour fournir une formation en matière de prévention et de stratégie de traitement des lésions de pression à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire (Zulkowski, Ayello et Wexler, 2007).

L'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec les consultants en formation et les consultants techniques, devrait être responsable de la planification du programme d'éducation. Les programmes de formation sur les lésions de pression doivent se rapporter à la pratique clinique et utiliser des stratégies habilitantes et de renforcement pour soutenir les connaissances des professionnels de la santé. À ce jour, la littérature ne fournit pas de programmes éducatifs ou de techniques d'enseignement normalisés sur la prestation de mesures de prévention et la prise en charge efficaces des lésions de pression. Cependant, la documentation consultée laisse entendre qu'il est important que les professionnels de la santé acquièrent les connaissances de base sur les lésions de pression. Par exemple, dans un vaste sondage australien auprès des experts et des consommateurs de soins de santé et des travailleurs du milieu de la santé en général, « le plus grand besoin de formation et d'éducation était lié aux notions de prise en charge des plaies, d'évaluation des plaies, de diagnostic et de prévention » (Innes-Walker et Edwards, 2013).

En raison de l'approche holistique, axée sur la personne et fondée sur des principes du paradigme de la préparation du lit des plaies en matière d'éducation et de soins (voir la discussion dans la section du cadre directeur), le groupe d'experts recommande de l'utiliser pour diriger le développement des programmes d'éducation sur les lésions sous pression. Le tableau 4 présente les composantes du paradigme de préparation du lit de la plaie qui devraient être intégrées dans les programmes de formation sur les lésions de pression. **L'annexe W** énumère des ressources supplémentaires pour aider à l'élaboration de programmes de formation.

Tableau 4 : Sujets suggérés pour les programmes de formation sur les lésions de pression

Évaluation de la cause	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation des facteurs qui peuvent nuire à la guérison (p. ex., maladies coexistantes, médicaments utilisés et état de santé général) ■ Évaluation et documentation de l'état de la peau pour l'élaboration d'un plan de traitement
Lésions de pression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étiologie et pathologie des lésions de pression ■ Diagnostic différentiel, y compris les lésions cutanées associées à l'humidité, les déchirures de la peau et les infections/abcès cutanés ■ Stadification des lésions de pression à l'aide du système du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ■ Évaluation et documentation des risques pour l'élaboration d'un plan de prise en charge, y compris : <ul style="list-style-type: none"> □ Sélection et utilisation de surfaces de support de redistribution de la pression □ Spécialistes en réadaptation pour optimiser la mobilité □ Repositionnement et utilisation d'équipements appropriés □ Évaluation de la nutrition et interventions liées à l'optimisation de la santé et de la guérison des plaies □ Contrôle de l'incontinence (selles/urine) pour prévenir l'aggravation des lésions de pression □ Évaluation de la cicatrisation de la plaie (c'est-à-dire les plaies guérissables, chroniques ou incurables)
Préoccupations axées sur la personne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle de la douleur ■ Optimisation des activités de la vie quotidienne ■ Soutien psychosocial de la personne et de son cercle de soins ■ Prestation d'une formation sur les lésions de pression à la personne et à son cercle de soins ■ Habitudes de vie

Soins locaux de plaie

- Documentation sur les plaies locales
- Nettoyage
- Débridement
- Contrôle de la colonisation critique (infection localisée) et de l'infection profonde et environnante (infection systémique) en utilisant des pansements locaux antimicrobiens et antiseptiques et/ou des antimicrobiens systémiques, selon le cas
- Utilisation de pansements permettant de conserver l'humidité

Soins pluridisciplinaires

Le groupe d'experts recommande que les professionnels de la santé ayant un intérêt spécialisé dans les lésions de pression forment une équipe pluridisciplinaire intégrée et coordonnée. Une équipe interprofessionnelle est composée de « représentants de différentes professions travaillant ensemble pour atteindre un objectif commun et partager la prise de décision pour atteindre cet objectif » (AIIAO, 2013b, p. 64). Pour exercer en tant qu'équipe pluridisciplinaire, les professionnels de la santé doivent développer ensemble la dynamique d'équipe appropriée pour travailler ensemble efficacement. On parle d'éducation interprofessionnelle (ÉIP) « lorsque deux ou plusieurs professions apprennent avec et de l'autre pour améliorer la collaboration et la qualité des soins » (Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2002).

Le groupe d'experts recommande que les programmes de formation sur les lésions de pression comprennent des renseignements sur le rôle et l'importance de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge des lésions de pression et que la personne soit au centre de toutes les prises de décisions au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les pratiques exemplaires en matière de soins interprofessionnels, veuillez consulter les LDPE en soins infirmiers de l'AIIAO (2014) *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (<http://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sul>). Le groupe d'experts recommande l'utilisation de cette Ligne directrice lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes de formation sur les lésions de pression à l'intention de l'équipe pluridisciplinaire.

Apprentissage continu

Bien que l'on s'attende à ce que les organisations fournissent une formation aux étudiants et à l'équipe pluridisciplinaire en ce qui a trait aux soins collaboratifs des lésions de pression, le groupe d'experts croit que les étudiants et les professionnels de la santé devraient aussi être personnellement responsables de la mise à jour permanente de leurs connaissances.

Il existe peu de travaux de recherche sur l'acquisition de connaissances et de compétences en matière de lésions de pression par le biais d'un apprentissage continu et autodirigé. Un exemple d'évaluation de l'apprentissage continu consiste à utiliser un programme d'apprentissage autodidacte axé sur les compétences, dans lequel les « compétences » sont l'acquisition des composantes des meilleures pratiques en matière de prise en charge des lésions de pression. L'apprenant indique qu'il a lu les articles ou regardé les webinaires et estime qu'il a acquis les connaissances particulières à chaque compétence.

À l'heure actuelle, des organismes professionnels comme l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, l'Ordre des diététistes de l'Ontario, l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario exigent que leurs membres prennent part à un programme d'assurance de la qualité. D'une manière générale, les programmes d'assurance de la qualité contribuent à faire en sorte que les professionnels de la santé démontrent une compétence et un engagement continus à améliorer la qualité de leurs pratiques respectives. Les possibilités d'apprentissage autodirigé incluent les plans d'apprentissage, la réflexion sur la pratique et les évaluations par les pairs.

En résumé, les études montrent qu'il existe des lacunes dans les connaissances sur les lésions de pression chez les professionnels de la santé. L'éducation et la réflexion sur les soins de la plaie, tant dans un contexte formel (p. ex., programme de formation) qu'informel (p. ex., apprentissage autodirigé) sont nécessaires pour tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer

leurs connaissances cliniques liées aux soins des lésions de pression et d'améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes souffrant de lésions de pression.

RECOMMANDATION 5.2

Évaluer les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de la santé en ce qui a trait à l'évaluation et à la prise en charge des lésions de pression existantes avant et après les interventions éducatives en utilisant un outil d'évaluation approprié, fiable et validé.

Niveau de preuve = IV, V

Discussion sur les données probantes :

Il est important d'évaluer les connaissances, les attitudes et les compétences des professionnels de la santé en ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression avant l'élaboration et la prestation d'un programme de formation (pré-tests) et après. Bien que l'utilisateur final principal de cette ligne directrice soit l'équipe pluridisciplinaire, le groupe d'experts recommande que les connaissances, les attitudes et les compétences des autres fournisseurs de soins du cercle de soins de la personne soient également évaluées quant à l'efficacité de la formation sur les lésions de pression.

Connaissances des professionnelles de la santé (niveau de preuve = IV)

Au-delà de l'évaluation typique à court terme de l'absorption immédiate par les participants de nouveaux renseignements, les résultats de ces évaluations peuvent être utilisés de diverses manières. Les résultats du pré-test peuvent aussi servir pour analyser le contexte et être utilisés pour éclairer la planification du programme éducatif. Il est recommandé d'effectuer une évaluation des connaissances des professionnels de la santé après les interventions éducatives de concert avec d'autres activités (p. ex., des vérifications de dossier ou des études de cas sur l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression) pour mesurer l'application par les participants de leurs connaissances nouvellement acquises en pratique clinique. Bien que la documentation actuelle ne donne pas de recommandations claires en ce qui concerne la fréquence et le calendrier des évaluations post-formation, un « post-test » conçu pour évaluer les connaissances, les attitudes et les compétences, combiné avec le renforcement de l'intervention éducative initiale devrait être envisagé. Pour passer en revue le test de connaissance des ulcères de pression de Pieper (PPUKT), veuillez consulter [l'annexe W](#).

Attitudes des professionnels de la santé (niveau de preuve = V)

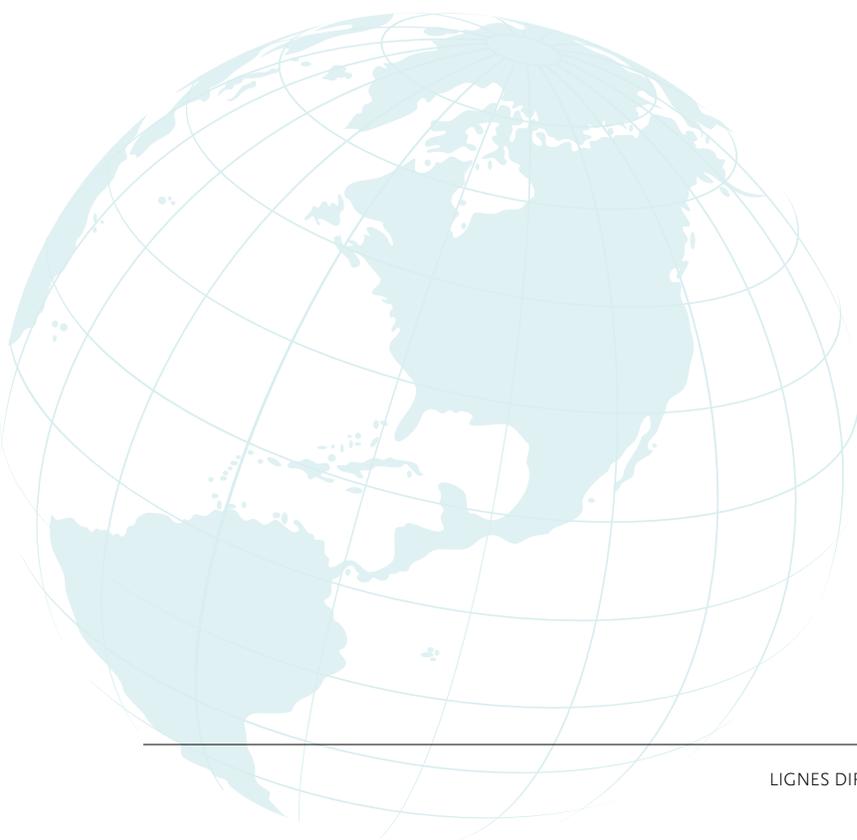
Selon Gorecki et coll. (2009), les relations thérapeutiques instillent l'espoir chez les personnes souffrant de lésions de pression, améliorent leur adhésion au traitement et contribuent en fin de compte à des résultats positifs. L'attitude des professionnels de la santé peut affecter leur capacité à établir des relations thérapeutiques avec des personnes souffrant de lésions de pression. Par exemple, les professionnels de la santé ont de meilleures chances de développer de telles relations lorsqu'ils adoptent une attitude positive et amicale (Gorecki et coll., 2009). Pour ces raisons, l'évaluation des changements dans les attitudes des professionnels de la santé après avoir reçu une formation liée au travail auprès de personnes ayant des lésions de pression existantes est importante. Bien que, au moment de la rédaction du présent rapport, le groupe d'experts ne connaisse pas d'outils précis qui peuvent être utilisés à cette fin, diverses méthodes informelles – telles que des groupes de discussion, des entrevues et l'autoréflexion – peuvent être utilisées pour évaluer les changements.

Compétences des professionnels de la santé (niveau de preuve = V)

Il est important de surveiller et d'évaluer l'impact des connaissances nouvellement acquises de l'équipe pluridisciplinaire sur les soins prodigués aux personnes souffrant de lésions de pression. Le processus d'application des connaissances (décrit ci-dessus) comprend les principales étapes de l'évaluation de la *mise en œuvre* ou de l'*application* des connaissances de l'équipe pluridisciplinaire sur les pratiques exemplaires en matière de lésions de pression. Le suivi et l'évaluation de l'utilisation des connaissances fournissent aux équipes pluridisciplinaires une indication de la mesure dans laquelle les pratiques exemplaires sont connues, acceptées, appliquées et réussies en modifiant la pratique clinique chez le client, le fournisseur de soins de santé, l'unité de santé, l'organisme et/ou les niveaux de soins du système (AIIAO, 2012).

L'utilisation des connaissances comportementales se réfère à l'application des connaissances dans la pratique (AIIAO, 2012). L'utilisation des connaissances comportementales peut être mesurée de diverses façons, notamment par l'observation, l'analyse du contenu des données du questionnaire et des entrevues, et des échelles (AIIAO, 2012). De même, un certain nombre de stratégies peuvent être utilisées pour évaluer l'impact de l'utilisation des connaissances au niveau du client, du fournisseur de soins de santé et du système ou de l'organisme, par exemple en mesurant les changements dans l'état de santé des patients (p. ex., la morbidité), la satisfaction des fournisseurs de soins de santé et le système de soins de santé (p. ex., durée du séjour, réadmissions, visites de soins de santé).

Pour plus d'informations sur les stratégies qui peuvent être utilisées pour faciliter le processus d'application des connaissances, veuillez vous reporter au Chapitre 5 : Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les résultats, de la *Trousse* : (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf) (2e éd., 2012).



Recommandations relatives au système, à l'organisme et aux politiques

6.0 : SYSTÈME, ORGANISME ET POLITIQUES

RECOMMANDATION 6.1

Les organismes doivent diriger l'intégration des meilleures pratiques de prise en charge des lésions de pression dans la pratique clinique habituelle et interprofessionnelle et fournir les ressources nécessaires à cette fin, de même qu'effectuer une évaluation continue des résultats.

Niveau de preuve = IV

Discussion sur les données probantes :

Le groupe d'experts recommande que les recommandations cliniques et éducatives de cette ligne directrice soient intégrées dans la pratique clinique conventionnelle et pluridisciplinaire, avec une évaluation continue des résultats au niveau de la personne et de l'organisme. Selon le groupe d'experts, la mise en œuvre réussie des meilleures pratiques en matière de lésions de pression devrait comprendre un soutien organisationnel, l'identification des obstacles à la mise en œuvre, des outils d'aide à la décision, un mécanisme de communication et une prise de mesures normalisée^G.

Soutien de l'établissement

Des ressources financières et humaines adéquates sont nécessaires pour appuyer la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de lésions de pression au sein des organismes (Ploeg, Davies, Edwards, Gifford et Miller, 2007; Timmerman, Teare, Walling, Delaney et Gander, 2007). Par exemple, des fonds supplémentaires peuvent être nécessaires pour acheter et entretenir du matériel (p. ex., surfaces de support thérapeutiques, matériel de pansement) et l'organisme peut avoir besoin d'acheter des modèles d'ordonnance normalisés pour faciliter la mise en œuvre des meilleures pratiques dans les soins cliniques habituels. De plus, il faudra peut-être acheter et créer des outils de collecte de données pour appuyer la documentation clinique et l'évaluation des interventions visant les lésions de pression au niveau des résultats des personnes et des soins de santé. L'identification des ressources nécessaires pour appuyer les pratiques exemplaires en soins de plaies doit être faite en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Le groupe d'experts estime que des ressources humaines pluridisciplinaires suffisantes jouent un rôle important dans la qualité de la prise en charge des lésions de pression. En termes de ressources humaines, il peut être nécessaire d'embaucher du personnel supplémentaire et d'allouer du temps et des ressources à la formation du personnel. Plusieurs études ont lié le roulement du personnel et d'autres caractéristiques à l'incidence des lésions de pression. Un sondage national sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée par Trinkoff et coll. (2013), par exemple, ont démontré que les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui ont un roulement élevé des assistants infirmiers certifiés étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir des taux plus élevés de lésions de pression à faible risque que ceux ayant un roulement plus faible. Un examen systématique récent a conclu qu'il existe une association entre une diminution de l'incidence des lésions de pression et une augmentation du personnel infirmier (Backhaus, Verbeek, van Rossum, Capezuti et Hamers, 2014). D'autres études ont fait état d'une association entre une incidence plus élevée des lésions de pression et un ratio infirmier-patient élevé, ainsi que le nombre d'heures supplémentaires travaillées (Liu, Lee, Chia, Chi et Yin, 2012).

Identification des obstacles à la mise en œuvre

Lors de la création d'une culture de pratiques fondées sur des données probantes en matière de traitement des plaies, il est important d'évaluer et de tenter d'éliminer les obstacles potentiels à la mise en œuvre de cette ligne directrice et d'autres en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, la personne souffrant de lésions de pression et son cercle de soins. Les données publiées répartissent les obstacles potentiels à la mise en œuvre des lignes directrices entre les facteurs liés à la santé et ceux qui sont liés à la structure des soins de santé (Athlin, Idvall, Jernfalt et Johansson, 2010). Les opinions, les valeurs, les attitudes, les croyances, le sens des responsabilités, le niveau d'engagement, la communication et la coopération en ce qui a trait aux lésions de pression limitent l'adoption des pratiques exemplaires en soins de santé (Athlin et coll., 2010; Meesterberends, Halfens, Lohrmann, Schols et de Wit, 2011; Ploeg et coll., 2007). De plus, la littérature et le groupe d'experts identifient les obstacles suivants à la mise en œuvre des lignes directrices (Athlin et coll., 2010; Meesterberends et coll., 2011; Meijers et coll., 2007; Ploeg et coll., 2007) :

- Les défis liés à la continuité des soins, lorsque les soins sont prodigués par plusieurs professionnels de la santé et d'autres fournisseurs de soins de santé;
- L'inexpérience des professionnels de la santé et des autres prestataires de soins de santé qui utilisent des lignes directrices pour guider leur pratique clinique;
- Les lourdes charges de travail clinique;
- Le manque de connaissances et de compétences en matière de lésions de pression;
- L'inexpérience du clinicien dans les soins courants des lésions de pression;
- Le manque de continuité d'un plan de soins et les écarts de ressources entre les établissements de soins de santé lorsqu'une personne souffrant d'une lésion de pression est transférée, admise ou qu'elle reçoit son congé;
- Le manque d'accessibilité aux surfaces et aux dispositifs de redistribution de la pression pendant le temps nécessaire pour parvenir à la guérison des lésions de pression existantes, quel que soit le milieu de prestation des soins (c.-à-d. établissement de soins actifs/soins complexes continus, centre de réhabilitation, CHSLD ou soins en milieu communautaire);

Du point de vue de la structure des soins de santé, les obstacles potentiels à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes au sein des organismes comprennent les ratios infirmière-client élevés, les contraintes liées aux ressources et une intégration insuffisante des meilleures pratiques dans les structures et processus organisationnels ((Athlin et coll., 2010; Ploeg et coll., 2007). Bien qu'il soit important que les organismes de soins de santé prennent les obstacles identifiés en considération et trouvent des moyens de les éliminer, ils devraient également effectuer une analyse des lacunes⁶ pour identifier tous les facilitateurs et les barrières potentielles à la mise en œuvre des lignes directrices afin de pouvoir adapter les interventions à l'organisme, au programme ou à l'unité. Au Canada, par exemple, le groupe d'experts recommande d'utiliser le *Pratiques organisationnelles requises* (<https://accreditation.ca/fr/livrets-sur-les-pors>) (2017) d'Agrément Canada, qui décrit les normes prévues en matière de soins cliniques dans la plupart des milieux de soins de santé et fournit une liste de contrôle pour guider l'analyse des lacunes d'une organisation en ce qui concerne les soins aux lésions de pression (se reporter à la section Prévention des ulcères de pression, section Évaluation des risques).

Outils d'aide à la décision

Le groupe d'experts recommande que les outils d'aide à la décision fondés sur les meilleures pratiques et la rétroaction (p. ex., sur le flux de travail) des professionnels de la santé et d'autres fournisseurs de soins de santé soient utilisés pour aider les équipes de soins de santé à choisir des stratégies et des dispositifs de prise en charge appropriés en ce qui a trait aux lésions de pression. Les outils d'aide à la décision désignent des algorithmes ou des organigrammes qui ont été éclairés par un résumé des données probantes (AllAO, 2012).

Mécanisme de communication

Le groupe d'experts estime qu'un mécanisme de communication efficace est nécessaire afin de permettre à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, à la personne et à son cercle de soins de communiquer des renseignements essentiels sur le risque de développer des lésions de pression, leur état et le plan de prise en charge de la personne, notamment pendant les transferts des soins de santé (par exemple, entre les milieux de soins de santé et quand la personne rentre chez elle). Pour de plus amples renseignements sur les stratégies interprofessionnelles efficaces en matière de soins et de communication, veuillez consulter la LDPE en soins infirmiers de l'AIIO (2014) *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (<http://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sul>). Pour de plus amples renseignements sur la facilitation des transitions dans les soins, veuillez consulter la LDPE cliniques de l'AIIO (2014) *Transitions des soins* (<http://rnao.ca/bpg/language/transitions-des-soins>).

Méthodes normalisées

Le groupe d'experts recommande que des mesures normalisées soient utilisées pour évaluer l'incidence organisationnelle et la prévalence des lésions de pression et que ces informations soient recueillies de façon continue au moyen d'un outil d'évaluation des plaies validé et fiable. Par exemple, selon un projet canadien d'amélioration de la qualité des soins de longue durée, mené par Lynn et coll. (2007), on a signalé que la surveillance et l'évaluation continues (p. ex., chaque mois) de l'incidence, de la prévalence et de la guérison des lésions de pression, combinées à l'adoption de pratiques recommandées, étaient efficaces pour mesurer les améliorations des lésions de pression de stade 2 et pour déterminer l'association entre les nouvelles lésions de pression et le « transfert hospitalier, l'admission, les cicatrices, l'obésité et l'immobilité et chez les résidents non conformes, plus jeunes ou en déclin » (p. 1663).

La mise en œuvre réussie des meilleures pratiques en matière de soins des plaies est un processus complexe. Les organisations peuvent utiliser des cadres tels que le processus de mise en pratique des connaissances pour identifier les considérations clés, les stratégies et les ressources nécessaires pour faciliter une culture de pratique fondée sur des données probantes. Selon le groupe d'experts, les principaux facteurs indiqués dans cette recommandation sont importants pour la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de soins des plaies. Pour afficher un exemple d'un cadre de processus de mise en pratique des connaissances, veuillez consulter la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf) (2e éd.; 2012).

RECOMMANDATION 6.2

Exercer des pressions sur les administrations et plaider en faveur de l'investissement dans la prise en charge des lésions de pression en tant que priorité stratégique de qualité et de sécurité afin d'améliorer les résultats de santé pour les personnes souffrant de lésions de pression.

Niveau de preuve = V

Discussion sur les données probantes :

Selon le groupe d'experts, les équipes pluridisciplinaires, en collaboration avec les personnes touchées personnellement par les lésions de pression et leur cercle de soins, sont dans une position idéale pour faire pression et plaider en faveur d'une amélioration des soins aux lésions de pression comme priorité stratégique dans les administrations. Le personnel de première ligne est bien conscient des connaissances, des compétences et des ressources complexes nécessaires pour fournir des soins de qualité aux personnes qui souffrent de lésions de pression. Les administrations doivent reconnaître les pratiques exemplaires et les mandats de prise en charge des lésions de pression des équipes pluridisciplinaire comme une priorité en matière de sécurité et de qualité des soins et fournir un soutien financier adéquat.

Par exemple, le groupe d'experts recommande que la prise en charge sécuritaire et efficace des lésions de pression soit éclairée par les meilleures pratiques en matière de transition des soins. La transition des soins désigne une série de mesures conçues pour s'assurer de la coordination et de la continuité des soins de façon efficace et sécuritaire (dans un milieu, entre deux milieux et dans l'ensemble des milieux) lorsque l'état de santé d'une personne, ses besoins en santé, ses fournisseurs de soins de santé ou l'endroit où elle se trouve changent (Coleman & Boulton, 2003). Par exemple, selon Agrément Canada (2013a, 2014), les transitions de soins comprennent, sans s'y limiter, les visites aux fournisseurs de soins primaires; le renvoi à des spécialistes, des services de santé ou des fournisseurs; les transferts au changement de poste, les transferts ou les congés; les déplacements vers un autre milieu de soins de santé. Des transitions efficaces sont nécessaires pour permettre à une équipe pluridisciplinaire dont les services sont situés dans l'ensemble du système de soins de santé (c.-à-d., soins actifs, consultation externe, soins de longue durée, soins communautaires et soins à domicile) de fournir des soins de qualité complets. L'accent mis sur les transitions des soins en ce qui a trait à la prévention et à la prise en charge des lésions de pression peut contribuer à améliorer les résultats des lésions de pression chez les personnes, leurs principaux fournisseurs de soins et dans le système de santé. Pour de plus amples renseignements sur les pratiques exemplaires en matière de transition des soins, veuillez consulter la LDPE clinique de l'AIIO (2014) *Transitions des soins* (<http://rnao.ca/bpg/language/transitions-des-soins>).

Idéalement, l'élaboration d'une stratégie sur la qualité et la sécurité des soins aux lésions de pression dans les administrations doit être conforme à d'autres initiatives et mandats. Au Canada par exemple, l'harmonisation avec des organismes comme Agrément Canada et Qualité des services de santé Ontario aidera à tirer parti d'une priorité stratégique provinciale sur la sécurité des soins aux lésions de pression. Par exemple, Agrément Canada (2013b) « aide les organismes de soins de santé à améliorer leur rendement au profit de leurs clients et du système de santé » (para. 1) et a élaboré et adopté des pratiques organisationnelles pour la prévention des lésions de pression dans les secteurs des soins de longue durée, de la réadaptation, des soins actifs et des soins communautaires (Agrément Canada, 2016). De plus, en 2015, le rôle et le mandat de Santé Canada ont été élargis lorsque la *Loi de 2010 sur les soins de qualité pour tous* a été adoptée par l'Assemblée législative de l'Ontario. Actuellement, les fonctions élargies de Qualité des services de santé Ontario sont les suivantes :

- Surveiller l'accès aux services de santé financés par les fonds publics, aux ressources humaines de la santé dans les services de santé financés par les fonds publics, l'état de santé des consommateurs et de la population et les résultats du système de santé et en rendre compte à la population de l'Ontario;
- Soutenir l'amélioration continue de la qualité;
- Promouvoir des soins de santé soutenus par les meilleures données scientifiques disponibles. Pour ce faire, Qualité des services de santé Ontario fait des recommandations portant sur les normes de soins dans le système de santé aux organismes de soins de santé et aux autres entités en se fondant sur les lignes directrices et les protocoles de pratique clinique.

Le groupe d'experts recommande également aux administrations de reconnaître et de soutenir financièrement l'évaluation des résultats des lésions de pression en tant que priorité de soins de santé et de sécurité dans les soins de santé. Par exemple, selon Qualité des services de santé Ontario (2016), le public devrait s'engager dans un « programme de qualité de la santé à l'échelle de la province pour normaliser les mesures et les indicateurs et suivre les progrès à long terme vers l'atteinte des objectifs du système de santé en matière de soins aux lésions de pression de façon transparente et responsable. » À l'échelle provinciale, on s'attend actuellement à ce que les organisations fassent rapport publiquement sur les indicateurs de qualité concernant la prise en charge des lésions de pression (p. ex., les rapports sur les résultats des lésions de pression sont obligatoires dans les secteurs communautaires et de soins de longue durée en Ontario). Dans les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins à domicile, par exemple, les lésions de pression sont l'un des principaux indicateurs de résultats que les organismes sont tenus de publier (Qualité des services de santé Ontario, 2016).

Les équipes pluridisciplinaires devraient, en collaboration avec les personnes touchées personnellement par les lésions de pression et leur cercle de soins, préconiser une meilleure évaluation des résultats des lésions de pression en appuyant la mise en œuvre de systèmes de données mis à jour (p. ex., MDS InterRAI 3.0 au Canada). L'engagement à améliorer le suivi et l'évaluation des soins et des résultats des lésions de pression permettra, à leur tour, aux intervenants du système de santé de mieux évaluer l'efficacité des pratiques de prévention et de prise en charge des lésions de pression. Pour de plus amples renseignements sur la façon de plaider en faveur des soins de santé, consultez le document de l'AIIO (2015) *Taking Action: A toolkit for becoming politically involved* (en anglais) (<http://rnao.ca/policy/political-action/political-action-information-kit>).

Lacunes de la recherche et conséquences futures

Le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), en examinant les éléments de preuve de cette ligne directrice, a déterminé les domaines prioritaires de recherche énoncés au tableau 5. Ils sont classés dans la recherche sur la pratique, les résultats et le système de santé.

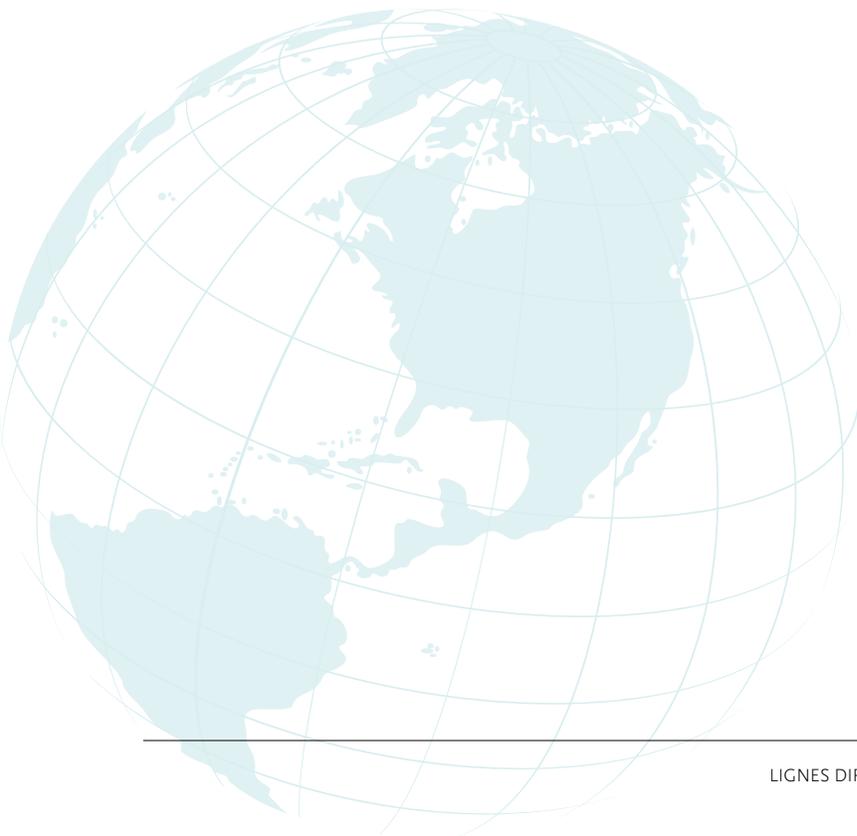
Tableau 5 : Secteurs de recherche prioritaires : pratiques, résultats et système de santé

CATÉGORIE	SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Recherche sur les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation des lésions de pression par ultrasons ■ Évaluation de l'état de la lésion de pression par l'analyse des marqueurs dans le liquide du lit de la plaie ■ Élaboration d'une approche interprofessionnelle englobant les personnes souffrant de lésions de pression et leurs familles pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des plans de soins ■ Impact de la nutrition sur la guérison des lésions de pression ■ Prise en charge des lésions de pression liées aux appareils médicaux, des lésions de pression au cartilage et des lésions de pression des membranes muqueuses ■ Le microclimat et son impact sur la réparation des tissus et la guérison des lésions de pression ■ Le biofilm et son impact sur la réparation des tissus et la guérison des lésions de pression ■ Solutions et techniques utilisées pour le nettoyage des lésions de pression (p. ex., irrigation, compresses)
Recherche sur les résultats	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efficacité des agents biologiques sur la guérison et la fermeture des lésions de pression ■ Détermination des pansements les plus efficaces pour les lésions de pression dans différentes situations cliniques ■ Détermination des surfaces de support de redistribution les plus efficaces pour les personnes présentant des lésions de pression existantes ■ Efficacité des médicaments de remplacement sur la cicatrisation et la fermeture des lésions de pression (p. ex. le baume de résine, la médecine traditionnelle chinoise) ■ Efficacité de l'établissement de groupes de soutien par les pairs avec des partenaires dans la communauté pour les personnes ayant des lésions de pression existantes ■ Efficacité et sécurité des facteurs de croissance (p. ex., PDGF) sur la guérison et la fermeture des lésions de pression ■ Efficacité de la phénytoïne sur la guérison et la fermeture des lésions de pression ■ Efficacité de la thérapie par pression négative comme traitement des lésions de pression (en particulier les lésions de pression des stades 3 et 4) ■ Efficacité de l'oxygène hyperbare sur la cicatrisation et la fermeture ■ Efficacité de l'oxygène topique sur la guérison et la fermeture des lésions de pression ■ Efficacité des différents types et méthodes de débridement sur la nécrose, la cicatrisation des lésions de pression et leur fermeture ■ Efficacité des produits des produits contenant de l'argent et des hydrogels sur la guérison des lésions de pression ■ Efficacité des matelas liquides et des matelas pneumatiques sur la guérison des lésions de pression ■ Efficacité des dispositifs de suspension de talon pour soulager la pression et favoriser les résultats de cicatrisation ■ Efficacité de pansements alternatifs sur la cicatrisation et la fermeture des lésions de pression (p. ex., enveloppement, pansement avec une pellicule de polyvinylidène)

Recherche sur le système de santé

- Effets des programmes de formation relatifs aux lésions de pression sur les connaissances et les compétences en soins de santé des soignants et des aidants, l'identification et la prévention des lésions de pression et la guérison des lésions au fil du temps
- Effet des soins pluridisciplinaires sur la prévention, l'identification et la cicatrisation des lésions de pression au fil du temps

Même s'il n'est pas exhaustif, le tableau ci-dessus constitue une tentative pour déterminer quels sont les sujets qu'il est essentiel d'étudier en matière de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, et établir une liste de priorités relative à ces projets. Bon nombre de recommandations dans cette ligne directrice sont fondées sur des données probantes quantitatives et qualitatives de recherche, tandis que d'autres s'appuient sur l'opinion du comité d'experts de l'AIIAO. Des recherches substantielles supplémentaires doivent être effectuées pour valider certaines de ces recommandations. L'augmentation du volume de données probantes issues de la recherche permettra d'améliorer les pratiques et les résultats pour les personnes souffrant de lésions de pression.



Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent s'adapter à chaque milieu de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations correspondent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et Hoek, 2013). La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO (2e édition)* offre un processus éclairé par des données probantes dans ce but (voir l'**annexe Y**).

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les chefs de file à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice.
- La sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique.
- Les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont repérés et participent à la mise en œuvre
- L'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué.
- La ligne directrice est adaptée au contexte local.
- Les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités.
- Les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées.
- L'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue.
- L'évaluation de l'impact de la ligne directrice est intégrée dans le processus.
- Il existe des ressources adéquates pour réaliser la mise en œuvre sous tous ses aspects.

La *Trousse* utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharya, 2009) afin de démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances. Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre de nos lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment : 1) le réseau des Champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers^{MC}, qui renforce les capacités de chacune des infirmières afin qu'elles favorisent la sensibilisation, l'adoption et la participation aux LDPE; 2) les modèles d'ordonnance en soins infirmiers^G, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs et concis tirés des recommandations de pratique des LDPE, qui peuvent être facilement intégrés dans des dossiers médicaux électroniques, mais aussi utilisés dans des milieux basés sur le papier ou hybrides; et 3) le titre Organisation vedette de pratiques exemplaires^{MC} (OVPE^{MD}), qui vise à appuyer la mise en œuvre au niveau de l'organisme et du système. Les OVPE^{MD} se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enracer » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO. En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application.

Pour en savoir plus sur nos stratégies de mise en œuvre, veuillez consulter :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO : <http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <http://RNAO.ca/bpg/bpso>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <http://RNAO.ca/events>.

Évaluation et surveillance de cette Ligne directrice

Lorsque vous mettez en œuvre les recommandations de la ligne directrice, nous vous invitons à songer à un mode de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre et de son impact.

Le tableau 6 est fondé sur un cadre présenté dans la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2e édition; 2012), et illustre certains indicateurs précis pour surveiller et évaluer la mise en œuvre de cette ligne directrice.

Tableau 6 : Indicateurs de structure, de processus et de résultat pour surveiller et évaluer cette ligne directrice

TYPE D'INDICATEUR		
Structure organisationnelle/ système	Processus	Résultat
Ces indicateurs portent sur les appuis et les ressources nécessaires pour qu'un système de santé, une organisation de services de santé ou une institution universitaire réussissent à mettre en œuvre la LDPE de l'AllAO <i>Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe pluridisciplinaire, troisième édition</i> .	Ces indicateurs déterminent si l'on a mis en œuvre les pratiques exemplaires axées sur l'éducation, la formation et la pratique des professionnels des soins de santé visant à améliorer les soins de la personne souffrant de lésions de pression.	Ces indicateurs évaluent l'impact de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice sur les organismes de soins de santé, les professionnels de la santé et les résultats du client.
<p>L'intégration à l'échelle du système de politiques conformes aux pratiques exemplaires et des recommandations des lignes directrices pour les soins aux clients souffrant de lésions de pression</p> <p>Les organismes établissent l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression comme une priorité stratégique clinique</p> <p>Les organisations adoptent, mettent en œuvre et intègrent des politiques et des procédures fondées sur des données probantes liées à l'évaluation et à la prise en charge des clients souffrant de lésions de pression</p> <p>Des ressources et des programmes éducatifs qui traitent de l'évaluation clinique et de la prise en charge des lésions de pression sont mis à la disposition des infirmières et des autres professionnels de la santé par l'organisme.</p>	<p>Pourcentage d'infirmières et d'autres professionnels de la santé qui participent à des programmes éducatifs liés à la prise en charge de clients souffrant de lésion de pression</p> <p>Pourcentage d'étudiants en sciences infirmières qui participent à des programmes éducatifs liés à la prise en charge de clients souffrant de lésions de pression</p> <p>Pourcentage de clients nouvellement admis ayant une lésion de pression existante qui sont réévalués pour déterminer le risque de développer des lésions sous pression supplémentaires</p> <p>* Pourcentage de clients nouvellement admis ayant une lésion de pression de stade 2 ou supérieure qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive des lésions de pression au moment de à l'admission</p>	<p>Les nouveaux diplômés, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé démontrent les connaissances et les compétences requises pour s'occuper de clients souffrant de lésions de pression</p> <p>* Incidence des lésions de pression : Pourcentage de clients qui développent de nouvelles lésions de pression de stade 2 à 4 pendant la période de mesure</p> <p>* Pourcentage des lésions de pression de stade 2 à 4 pour lesquelles une progression de la guérison a été observée après une période de mesure de 2 à 4 semaines</p> <p>* Pourcentage de clients souffrant de lésions de pression de stade 2 à 4 ayant guéri pendant la période de mesure</p>

TYPE D'INDICATEUR		
Structure organisationnelle/ système	Processus	Résultat
<p>La disponibilité organisationnelle et l'accès aux ressources requises pour les soins aux clients souffrant de lésions de pression (p. ex., surfaces de support, matériaux de pansement, etc.)</p> <p>Disponibilité de ressources éducatives pour les programmes de soins infirmiers de premier cycle et de professionnels de la santé qui sont conformes aux meilleures pratiques pour l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression</p>	<p>* Pourcentage de clients atteints d'une lésion de pression de stade 1 ou plus élevé pour lesquels l'élaboration d'un plan de traitement pour la prise en charge de la réduction de la pression est documentée</p> <p>Pourcentage de clients souffrant d'une lésion de pression de stade 2 ou plus élevé qui reçoivent des soins de lésions appropriés (nettoyage, équilibre de l'humidité, contrôle des infections et débridement) selon le calendrier proposé</p> <p>Pourcentage de clients ayant une lésion de pression qui reçoivent une formation liée à la prise en charge des lésions de pression</p>	<p>* Prévalence des lésions de pression à l'admission : Pourcentage de tous les clients admis au cours de la période de mesure qui présentaient une lésion de pression préexistante au stade 2 ou à un stade plus élevé</p> <p>* Prévalence du point de préjudice sous pression : Pourcentage de clients ayant une lésion de pression de stade 2 ou plus lors d'une étude de prévalence</p> <p>* Incidence des lésions de pression associées aux soins de santé : Pourcentage de clients qui développent une lésion de pression de stade 2 ou de stade plus élevé après l'admission</p> <p>Taux d'incidence des infections des lésions de pression chez les clients ayant des lésions sous pression existantes</p>

* Ces indicateurs de processus et de résultats ont été tirés du Dictionnaire de données NQuIRE® pour la LDPE clinique *Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe pluridisciplinaire, Troisième édition* (2016).

Autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Les indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation (NQuIRE[®]) ont été conçus pour les organisation vedette des pratiques exemplaires (OVPE) de l'AIIAO, afin d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO dans ses organismes. NQuIRE^{MC}, qui représente la première initiative internationale d'amélioration de la qualité en son genre, offre une base de données pour des indicateurs de qualité dérivés des recommandations de lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires sélectionnées de l'AIIAO. Pour en savoir plus, veuillez consulter <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers intégrés dans les dossiers médicaux électroniques offrent un mécanisme pour la saisie d'indicateurs de processus sous forme de données électroniques. En traçant un lien entre les indicateurs de mode d'organisation, de processus et de résultats, on parvient à déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients. Veuillez consulter <http://RNAO.ca/ehealth/nursingordersets>.

Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) de la façon suivante :

1. Chaque LDPE en soins infirmiers sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) exerce une surveillance régulière à la recherche de nouveaux examens méthodiques, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel peut recommander de devancer la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser les lignes directrices avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
 - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, y compris d'autres commentaires et expériences des OVPE^{MD} et d'autres sites de diffusion concernant leurs expériences.
 - c) En compilant de nouvelles lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires dans le domaine et procédant à un examen méthodique des données probantes.
 - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Références

AbuAlRub, R. F., et Abu Alhijaa, E. H. (2014). The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian senior nurses. *Nursing Forum*, 49(2), 139–150.

Agency for Healthcare Research and Quality (2016) *Preventing pressure ulcers in hospitals*. Tiré de <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcertoolkit/putool7a.html>

Agrément Canada. (2013 a). La sécurité dans les organismes de soins de santé canadiens : *regard sur les points de transition des soins et les pratiques organisationnelles requises*. Tiré de <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/char-2013-fr.pdf>

Agrément Canada. (2013b). *Importance de l'accréditation*. Tiré de : <http://www.internationalaccreditation.ca/en/what-is-accreditation/why-accreditation-matters>

Agrément Canada. (2014) *Pratiques organisationnelles obligatoires 2014*. Tiré de <http://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-en.pdf> (en anglais)

Agrément Canada. (2016) *Pratiques organisationnelles requises livret 2016, 2e version*. Tiré de <https://accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2016v2.pdf> (en anglais)

Alavi, A., Sibbald, R. G., Nabavizadeh, R., Valaei, F., Coutts, P., et Mayer, D. (2015). Audible handheld Doppler ultrasound determines reliable and inexpensive exclusion of significant peripheral arterial disease. *Vascular*, 23(6), 622–629.

Allard, J. P., Keller, H., Jeejeebhoy, K. N., Laporte, M., Duerksen, D. R., Gramlich, L., ... Lou, W. (2015). Malnutrition at hospital admission: contributors and effect on length of stay: A prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. Tiré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25623481>

Altun, I., et Demir Zencirci, A. (2011). Knowledge and management of pressure ulcers: impact of lecture-based interactive workshops on training of nurses. *Advances in skin & wound care*, 24(6), 262-266.

Anthropometric measures. (2005) Dans *Mosby's Dictionary of Complementary and Alternative Medicine*. Tiré de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/anthropometric+measurements>

Ashby, R. L., Dumville, J. C., Soares, M. O., McGinnis, E., Stubbs, N., Torgerson, D. J., et Cullum, N. (2012). A pilot randomised controlled trial of negative pressure wound therapy to treat grade 3/4 pressure ulcers. *Trials*, 13(119), 1–16.

Association canadienne des soins des plaies et Association canadienne des stomathérapeutes. (n.d.). *Wound care instrument: Standards for wound management education and training*. Tiré de <http://cawc.net/en/index.php/resources/wound-care-instrument/>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2004) *Assessment and management of venous leg ulcers*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2006) *Establishing therapeutic relationships supplement*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2007) *Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2010) *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. Toronto (Ontario) : Auteur.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2011) *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* :. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2012) *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e édition). Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2013 a). *Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète* (2e éd.). Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2013b). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient/client, l'organisme et le système*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2014) *Transitions des soins*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2015) *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Athlin, E., Idvall, E., Jernfalt, M., et Johansson, I. (2010). Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: Perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2252–2258.
- Australian Wound Management Association. (2012) *Pan Pacific clinical practice guideline for the prevention and management of pressure ulcers*. Cambridge Media Osborne Park, WA: Auteur. Tiré de http://www.awma.com.au/publications/2012_AWMA_Pan_Pacific_Abridged_Guideline.pdf
- Aziz, Z., et Flemming, K. (2012). Electromagnetic therapy for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Numéro 12. No de l'art. : CD002930. doi:10.1002/14651858.CD002930.pub5
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., et Hamers, J. P. H. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(6), 383–393.
- Baharestani, M., Black, J., Carville, K., Clark, M., Cuddigan, J., Dealey, C. ... Takahashi, M. (2010). Pressure ulcer prevention: Pressure, shear, friction and microclimate in context. *Wounds International*, 1- 25.
- Baharestani, M. M., et Ratliff, C. R. (2007). Pressure ulcers in neonates and children: An NPUAP white paper. *Advances in Skin and Wound Care*, 20(4), 208–220.
- Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C. et Nickleson, L.E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.
- Barnes, R., Shahin, Y., Gohil, R., et Chetter, I. (2014). Electrical stimulation vs. standard care for chronic ulcer healing: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Clinical Investigation*, 44(4), 429–440.
- Bates-Jensen, B. M., et McNees, P. (1995). Toward an intelligent wound assessment system. *Ostomy/Wound Management*, 41(7A), 805–865.
- Bates-Jensen, B. M., Vredevoe, D. L., et Brecht, M. L. (1992). Validity and reliability of the pressure sore status tool. *Decubitus*, 5(6), 20–28.
- Beeckman, D. (2010). Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: Effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Quality & Safety in Health Care*, 19(5), e3.

- Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Vanwalleghem, G., Van Houdt, S., Gryson, L., ... Van Den Heede, K. (2013). *A national guideline for the treatment of pressure ulcers—Synthesis*. Bruxelles, Belgique : Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
- Beeckman, D., Schoonhoven, L., Boucque, H., Van Maele, G., et Defloor, T. (2008). Pressure ulcers: E-learning to improve classification by nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1697–1707.
- Bergquist-Beringer, S., Davidson, J., Agosto, C., Linde, N. K., Abel, M., Spurling, K., ... Christopher, A. (2009). Evaluation of the National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) training program on pressure ulcers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(6), 252–279.
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., et Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcers risk: A multi-site study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nursing Research*, 47(5), 261–269.
- Bergstrom, N., Horn, S.D., Rapp, M., Stern, A., Barrett, R., Watkiss, M., et Krahn, M. (2014). Preventing pressure ulcers: A multisite controlled trial in nursing homes. *Ontario Health Technology Series*, 14(11), 1-32.
- Bickley, L. S. (2009). *Bates' guide to physical examination and history taking* (10th ed.). Philadelphie, Penn. : Lippincott Williams et Wilkins.
- Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L. ... the National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2011) Pressure ulcers: Avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound Management*, 57(2), 24–37.
- Braden, B. J., et Bergstrom, N. (1994) Predictive validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in a nursing home population. *Research in Nursing & Health* 17(6), 459–470.
- Brewer, S., Desneves, K., Pearce, L., Mills, K., Dunn, L., Brown, D., ... Crowe, T. (2010). Effect of an arginine-containing nutritional supplement on pressure ulcer healing in community spinal patients. *Journal of Wound Care*, 19(7), 311–316.
- Briggs, S. L. (2006). How accurate are RGNs in grading pressure ulcers? *British Journal of Nursing*, 15(22), 1230–1234.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium. (2010) AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*. 2010. Tiré de <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>
- Brown-Etris, M., Milne, C., Orsted, H., Gates, J. L., Netsch, D., Punchello, M., ... Freyberg, J. (2008). A prospective, randomized, multisite clinical evaluation of a transparent absorbent acrylic dressing and a hydrocolloid dressing in the management of stage II and shallow stage III pressure ulcers. *Advances in Skin & Wound Care*, 21(4), 169–174.
- Canadian Literacy and Learning Network. (2016) *Principles of adult learning*. Tiré de <http://www.literacy.ca/professionals/professional-development-2/principles-of-adult-learning/>
- Carreau, L., Niezgodá, H., Trainor, A., Parent, M., et Woodbury, M. G. (2015). Pilot study compares scores of the Resident Assessment Instrument Minimum Data Set version 2.0 (MDS 2.0) Pressure Ulcer Risk Scale with the Braden Pressure Ulcer Risk Assessment for Patients in Complex Continuing Care. *Advances in Skin and Wound Care*, 28(1), 28–33.
- Cassino, R., Ippolito, A. M., Cuffaro, C., Corsi, A., et Ricci, E. (2013). A controlled, randomised study on the efficacy of two overlays in the treatment of decubitus ulcers. *Minerva Chirurgica*, 68(1), 105–116.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013) Descriptive and analytic studies. Tiré de http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/ncd_modules.htm

- Centre for the Advancement of Interprofessional Education. (2002) *Defining IPE*. Tiré de <http://caipe.org.uk/>
- Cereda E., Gini, A., Pedrolli, C., et Vanotti, A. (2009). Disease-specific, versus standard, nutritional support for the treatment of pressure ulcers in institutionalized older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1395-1402.
- Chan, B., Nanwa, N., Mittman, N., Bryant, D., Coyte, P. C., et Houghton, P. (2013). The average cost of pressure ulcers management in a community dwelling spinal cord injury population. *International Wound Journal*, 10(4), 431-440.
- Chapman, B., Mills, K., Pearce, L., et Crowe, T. (2011). Use of an arginine-enriched oral nutrition supplement in the healing of pressure ulcers in patients with spinal cord injuries: An observational study. *Nutrition et Dietetics*, 68(3), 208-213.
- Charney, P. (2008). Nutrition screening versus nutrition assessment: How do they differ? *Nutrition in Clinical Practice*. 23(4), 366-372.
- Chen, C., Hou, W., Chan, S. E., Yeh, M., et Lo, D. H. (2014). Phototherapy for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi:10.1002/14651858.CD009224.pub2
- Chianca, T. C. M., Rezende, J. F. P., Borges, E. L., Nogueira, V. L., et Caliri, M. H. L. (2010). Pressure ulcers knowledge among nurses in a Brazilian university hospital. *Ostomy Wound Management*, 56(10), 58-64.
- Chuangsuwanich, A., Charnsanti, O., Lohsiriwat, V., Kangwanpoom, C., et Thong-In, N. (2011). The efficacy of silver mesh dressing compared with silver sulfadiazine cream for the treatment of pressure ulcers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(5), 559-565.
- Clarke, H. F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R., et Gundry, S. (2005). Pressure ulcers: Implementation of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 578-590.
- Coleman, E. A., et Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 556-557.
- Darouiche, R. O., Landon, G. C., Kilma, M., Musher, D. M., et Markowski, J. (1994). Osteomyelitis associated with pressure sores. *Archives of Internal Medicine*, 154(7), 753-758.
- de Laat, E. H. E. W., van den Boogaard, M. H. W. A., Spauwen, P. H. M., van Kuppevelt, D. H. J. M., van Goor, H., et Schoonhoven, L. (2011). Faster wound healing with topical negative pressure therapy in difficult-to-heal wounds. *Annals of Plastic Surgery*, 67(6), 626-631.
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., ...West, P. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106-123.
- Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Irvine, D. et Evans, M. (1992).
- Fleiss, J., Levin, B., et Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3e éd.). New York (New York) : John Wiley & Sons.
- Garcia-Fernandez, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., et Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A meta-analysis. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 41(1), 24-34.
- Gardner, S. E., Frantz, R. A., Bergquist, S., et Shin, C. D. (2005). A prospective study of the pressure ulcers scale for healing (PUSH). *Journal of Gerontology*, 60(1), 93-97.

- Glasgow, R.E., Runnell, M.M., Bonomi, A.E., Davis, C., Beckham, V., et Wagner, E.H. (2002) Self-management aspects of improving chronic illness breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 80-87.
- Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., ... European Quality of Life Pressure Ulcer Project Group. (2009) Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1175-1183.
- Groupe de travail canadien sur la malnutrition. (2014) Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN) Tiré de <http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf>
- Gunawardena, I., Blackman, J., et Walsgrove, J. (2013). A study examining rates of medical staff recognition of pressure ulceration in hospital inpatients. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1051), 258–261.
- Gupta, A., Taly, A. B., Srivastava, A., Kumar, S., et Thyloth, M. (2009). Efficacy of pulsed electromagnetic field therapy in healing of pressure ulcers: A randomized control trial. *Neurology India*, 57(5), 622–626.
- Gupta, N., Loong, B., et Leong, G. (2012). Comparing and contrasting knowledge of pressure ulcers assessment, prevention and management in people with spinal cord injury among nursing staff working in two metropolitan spinal units and rehabilitation medicine training specialists in a three-way comparison. *Spinal Cord*, 50(2), 159–164.
- Guyatt, G. H., Rennie, D., Meade, M. O., et Cook, D. J. (Eds.). (2008) *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice* (2e éd.). McGraw Hill Companies.
- Habiba, A., Houghton, P.E., Woodbury, G., Keast, D., et Campbell, K. (2002). A comparison of computer-assisted and manual wound size measurement. *Ostomy/Wound Management*, 48(10), 46-53.
- Harris, C., Bates-Jensen, B., Parslow, N., Raizman, R., Singh, M., et Ketchen, R. (2010). Bates-Jenson Wound Assessment Tool: Pictorial guide validation project. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 37(3), 254–259.
- Harrison, M. B., Logan, J., Joseph, L., et Graham, I. D. (1998). Quality improvement, research, and evidence-based practice: 5 years experience with pressure ulcers. *Evidence Based Nursing*, 1, 108–110.
- Heyneman, A., Beele, H., Vanderwee, K., et Defloor, T. (2008). A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers. *Journal of clinical nursing*, 17(9), 1164–1173.
- Ho, C. H., Powell, H. L., Collins, J. F., Bauman, W. A., et Spungen, A. M. (2010). Poor nutrition is a relative contraindication to negative pressure wound therapy for pressure ulcers: Preliminary observations in patients with spinal cord injury. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(11), 508-516.
- Hodgkinson, Bowles, Gordy, Parslow, Houghton. (2010) *Photographic Wound Assessment Tool*. Tiré de http://www.southwesthealthline.ca/healthlibrary_docs/B.9.3b.PWATInstruc.pdf
- Hon. J., Lagden, K., McLaren, A. M., Orr, L., et O'Sullivan, D. (2010). A prospective, multi-centre study to validate use of pressure ulcers scale for healing (PUSH®) in patients with diabetic, venous, and pressure ulcers. *Ostomy Wound Management*, 56(2), 26-36.
- Honaker, J. S., Forston, M. R., Davis, E. A., Wiesner, M. M., et Morgan, J. A. (2013). Effects of non-contact low-frequency ultrasound on healing of suspected deep tissue injury: A retrospective analysis. *International Wound Journal*, 10(1), 65-72.
- Houghton, P. E., Campbell, K. E, et CPG Panel. (2013) *Canadian best practice guidelines for the prevention and management of pressure ulcers in people with spinal cord injury: A resource handbook for clinicians*. Mississauga (Ontario) : Katika Integrated Communications. Tiré de http://onf.org/system/attachments/168/original/Pressure_Ulcers_Best_Practice_Guideline_Final_web4.pdf

- Houghton, P. E., Kincaid, C. B., Campbell, K. E., Keast, D. H., et Woodbury, M. G. (2000). Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. *Ostomy Wound Management*, 46(4), 20-30.
- Houghton, P. E., Nussbaum, E., et Hoens A. (2010). Electrophysical agents: Contraindications and precautions—An evidence-based approach to clinical decision making in physical therapy. *Physiotherapy Canada, Special Supplement*, 62(5), 1–73.
- Houghton, P., Campbell, K. E., Fraser, C., Hayes, K., Potter, P., Keast, D. H., Harris, C., et Woodbury, M. G. (2010). Electrical stimulation therapy increases healing of pressure ulcers in community dwelling people with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(5), 669–678.
- Inflammation. (n.d.). *Dictionnaire en ligne Merriam-Webster*. Tiré de <http://www.merriam-webster.com/dictionary/inflammation>
- Innes-Walker, K., et Edwards, H. (2013). A wound management education and training needs analysis of health consumers and the relevant health workforce and stocktake of available education and training activities and resources. *Wound Practice & Research*, 21(3), 104– 109.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2013) *Les plaies difficiles au Canada*. Tiré de https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_Compromised_Wounds_FR.pdf
- Instituts de recherche en santé du Canada (2015) *Application des connaissances aux IRSC*. Tiré de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Iranmanesh, S., Rafiei, H., et Foroogh, A. G. (2011). Critical care nurses' knowledge about pressure ulcers in southeast of Iran. *International Wound Journal*, 8(5), 459–464.
- Iranmanesh, S., Tafti, A. A., Rafiei, H., Dehghan, M., et Razban, F. (2013). Orthopaedic nurses' knowledge about pressure ulcers in Iran: a cross-sectional study. *Journal of Wound Care*, 22(3), 138-143.
- Karahan, A., Toruner, E. K., Ceylan, A., Abbasoglu, A., Tekindal, A., et Buyukgonenc, L. (2014). Reliability and validity of a Turkish language version of the Bates Jensen Wound Assessment Tool. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(4), 340-344.
- Kawasaki, L., Mushahwar, V. K., Ho, C., Dukelow, S. P., Chan, L. L. H., et Chan, K. M. (2014). The mechanisms and evidence of efficacy of electrical stimulation for healing of pressure ulcers: A systematic review. *Wound Repair and Regeneration*, 22(2), 161–173.
- Keast, D., et Orsted, H. (n.d.). *The basic principles of wound healing*. Tiré de <http://cawc.net/images/uploads/Principles-of-Wound-Healing.pdf>
- Keast, D.H. Bowering, C.K., Evans, A.W., MacKean, G.L., Burrows, C., et D'Souza, L. (2004). MEASURE: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair and Regeneration*, 12(3), S1-S16.
- Keller, H., Allard, E., Vesnaver, M., Laporte, M., Gramlich, L., Bernier, P., ... Payette, H. (2015). Barriers to food intake in acute care hospitals: A report of the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(6), 546–557.
- Koel, G. et Houghton, P.E. (2014) Electrostimulation: Current status, strength of evidence guidelines, and meta-analysis. *Advances in Wound Care*, 3(2), 118–126.
- Kring, D. L. (2007). Reliability and validity of the Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(4), 399-406.

Laporte M., Keller, H. H., Allard, J. P., Duerksen, D. R. Bernier, P., Jeejeebhoy, K.,... Teterina, A. (2014). Validity and reliability of the new Canadian Nutrition Screening Tool in the 'real-world' hospital setting. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69(5), 558–564.

Lee, S. K., Posthauer, M. E., Dorner, B., Redovian, V., et Maloney, M. J. (2006). Pressure ulcer healing with a concentrated, fortified, collagen protein hydrolysate supplement: A randomized controlled trial. *Advances in Skin & Wound Care*, 19(2), 92–96.

Leigh, B. (2012). The effect of different doses of an arginine-containing supplement on the healing of pressure ulcers. *Journal of Wound Care*, 21(3), 150.

Levine, S. M., Sinno, S., Levine, J. P., et Saadeh, P. B. (2013). Current thoughts for the prevention and treatment of pressure ulcers: Using the evidence to determine fact or fiction. *Annals of Surgery*, 257(4), 603–608.

Liu, L. F., Lee, S., Chia, P. F., Chi, S. C., et Yin, Y. C. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *The Journal of Nursing Research*, 20(4), 300–309.

Loi sur l'excellence des soins pour tous (2010). (2010) L.O. 2010, chap. 14, ainsi modifiée. Tiré de <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/10e14>

Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., et Law, S. (2005). *Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé*. Tiré du site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_f.pdf

Lynn, J., West, J., Hausmann, S., Gifford, D., Nelson, R., McGann, P., ... Ryan, J. A. (2007). Collaborative clinical quality improvement for pressure ulcers in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(10), 1663-1669.

Maeshige, N., Fujiwara, H., Honda, H., Yoshikawa, Y., Terashi, H., Usami, M., ... Sugimoto, M. (2010). Evaluation of the combined use of ultrasound irradiation and wound dressing on pressure ulcers. *Journal of Wound Care*, 19(2), 63-68.

Malbrain, M., Hendriks, B., Wijnands, P., Denie, D., Jans, A., Vanpellicom, J., ... De Keulenaer, B. (2010). A pilot randomised controlled trial comparing reactive air and active alternating pressure mattresses in the prevention and treatment of pressure ulcers among medical ICU patients. *Journal of Tissue Viability*, 19(1), 7–15.

Mao, C. L., Rivet, A. J., Sidora, T., et Pasko, M. T. (2010). Update on pressure ulcer management and deep tissue injury. *The Annals of Pharmacotherapy*, 44(2), 325–332.

Matsui, Y., Furue, M., Sanada, H., Tachibana, T., Nakayama, T., Sugama, J., ... Miyachi, Y. (2011). Development of the DESIGN-R with an observational study: An absolute evaluation tool for monitoring pressure ulcers wound healing. *Wound Repair and Regeneration*, 19(3), 309–315.

McCallon, S.K. et Frilot, C. (2015). A retrospective study of the effects of colstridial collagenase ointment and negative pressure wound therapy for the treatment of chronic pressure ulcers. *Wounds*, 27(3), 44–53.

McGaughey, H., Dhamija, S., Oliver, L., Porter-Armstrong, A., et McDonough, S. (2009). Pulsed electromagnetic energy in management of chronic wounds: A systematic review. *Physical Therapy Reviews*, 14(2), 132–146.

McGinnis, E., et Stubbs, N. (2014). Pressure-relieving devices for treating heel pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD005485.pub3

Medical Advisory Secretariat. (2009) Management of chronic pressure ulcers: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 9(3), 1–203.

- Meesterberends, E., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., Schols, J. M. G. A., et de Wit, R. (2011). Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcers guidelines in Dutch nursing homes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 705–712.
- Meijers, J. M. M., Schols, J. M. G. A., Jackson, P. A., Langer, G., Clark, M., et Halfens, R. J. G. (2007). Evaluation of the dissemination and implementation of a nutritional guideline for pressure ulcers care. *Journal of Wound Care*, 16(5), 201-205.
- Michigan Physicians Group. (2012) *Ankle-Brachial Index(ABI)/Toe-Brachial Index(TBI) Test*. Tiré de <http://mpghealthcare.org/?q=node/224>
- Milne, C., Ciccarelli, A., et Lassy, M. (2012). A comparison of collagenase to hydrogel dressings in maintenance debridement and wound closure. *Wounds: A Compendium of Clinical Research et Practice*, 24(11), 317–322.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., et The PRISMA Group. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535. doi:10.1136/bmj.b2535
- Moore, Z. E. H., et Cowman, S. (2008). Repositioning for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi:10.1002/14651858.CD006898
- Moore, Z. E. H., et Cowman, S. (2013). Wound cleansing for pressure ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3. doi:10.1002/14651858.CD004983.pub3
- Morente, L., Morales-Asencio, J. M., et Veredas, F. J. (2014). Effectiveness of an e-learning tool for education on pressure ulcers evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 2043-2052.
- Mwebaza, I., Katende, G., Groves, S., et Nankumbi, J. (2014). Nurses' knowledge, practices, and barriers in care of patients with pressure ulcers in a Ugandan teaching hospital. *Nursing Research and Practice*, 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/973602>.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014) *pressure ulcers: Prevention and management of pressure ulcers*. Tiré de http://www.oxfordhealth.nhs.uk/resources/2015/08/NICE_guideline_CG179_April_2014_3.sflb.pdf.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014) *Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline*. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2000) *The facts about reverse staging in 2000: The NPUAP position statement*. Tiré de <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/Reverse-Staging-Position-Statement%E2%80%A8.pdf>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007) *Support surface standards initiative—Terms and definitions related to support surfaces*. Tiré de http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP_S3I_TD.pdf
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2008) *Mucosal pressure ulcers: An NPUAP position statement*. Tiré de <http://www.npuap.org/resources/position-statements/>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2012) *Pressure ulcers with exposed cartilage are stage 4 pressure ulcers*. Tiré de <http://www.npuap.org/resources/position-statements/>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2013) *Medical device-related pressure ulcers (MDRPU): The hidden epidemic across the lifespan*. Tiré de <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/webinars-archived-also-available/>

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2015) *Hand check method: Is it an effective method to monitor for bottoming out?* Tiré de <http://www.npuap.org/resources/position-statements/>

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016) *NPUAP Pressure Injury Stages*. Tiré de <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (n.d.). *Best practices for prevention of medical device-related pressure ulcers posters*. Tiré de <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/best-practices-for-prevention-of-medical-device-related-pressure-ulcers/>

Nelson, E. A. (2007). Vacuum assisted closure for chronic wounds: A review of the evidence. *EWMA Journal*, 7(3), 5–11.

Nicolas, B., Moizard, A. S., Barrois, B., Ribinik, P., Colin, D., Michel, J. M., et Passadori, Y. (2012). Which medical devices and/or local drug should be curatively used, as of 2012, for PU patients? How can granulation and epidermalization be promoted? Developing French guidelines for clinical practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(7), 489–497.

Nixon, J., Nelson, E. A., Cranny, G., Iglesias, C. P., Hawkins, K., Cullum, N. A., ... PRESSURE Trial Group. (2006) Pressure relieving support surfaces: A randomised evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(22), iii-iv.

Norton, L. (2010). *Support surface selection guide*. Toronto (Ontario) : Shoppers Home Health Care.

Norton, L., Coutts, P., et Sibbald, R. G. (2011). Beds: Practical pressure management surfaces/mattresses. *Advances in Skin & Wound Care*, 24(7), 324-332.

Nussbaum, E. L., Flett, H., Hitzig, S. L., McGillivray, C., Leber, D., Morris, H., et Jing, F. (2013). Ultraviolet-C irradiation in the management of pressure ulcers in people with spinal cord injury: A randomized, placebo-controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(4), 650–659.

O'Tuathail, C. et Taqi, R. (2011). Evaluation of three commonly used pressure ulcers risk assessment scales. *British Journal of Nursing*, 20(6), S27–S34.

Onigbinde, A. T., Adedoyin, R. A., Ojoawo, O. A., Johnson, O. E., Obembe, A. O., Olafimihan, F. K., ... Oniyangi, S. (2010). Effects of ultraviolet radiation (type B) on wound exudates, appearance and depth description. *Technology and Health Care*, 18(4–5), 297–302.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2011) *L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement*. Toronto (Ontario) : Auteur. Tiré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51062_pracexpectations.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013) *Relation thérapeutique* Tiré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2016) *WHO's cancer pain ladder for adults*. Tiré de <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> (en anglais)

Ousey, K., Stephenson, J., Cook, L., Kinsey, L., et Batt, S. (2013). Final year student nurses' experiences of wound care: An evaluation. *British Journal of Community Nursing*, 18(3), s7–s16.

Ozdemir, F., Kasapoglu, M., Oymak, F., et Murat, S. (2011). Efficiency of magnetic field treatment on pressure sores in bedridden patients. *Balkan Medical Journal*, 28(3), 274–278.

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal*, 4(3), 50–71.

Perry, D., Borchert, K., Burke, S., Chick, K., Johnson, K., Kraft, W., ... Thompson, S. (2014). *Pressure ulcers prevention and treatment protocol*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.

- Piatkowski, A., Ulrich, D., Seidel, D., Abel, M., Pallua, N., et Andriessen, A. (2012). Randomised, controlled pilot to compare collagen and foam in stagnating pressure ulcers. *Journal of Wound Care*, 21(10), 505-511.
- Pieper, B. et Mott, M. (1995). Nurses' knowledge of pressure ulcers prevention, staging, and description. *Advances in Wound Care*, 8, 34-48.
- Pieper, B., et Zulkowski, K. (2014). The Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test. *Advances in Skin and Wound Care*, 27(9), 413-419.
- Pillen, H., Miller, M., Thomas, J., Puckridge, P., Sandison, S., et Spark, J. I. (2009). Assessment of wound healing: Validity, reliability and sensitivity of available instruments. *Wound Practice & Research*, 17(4), 208-217.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. et Miller, P. E. (2007). Factors influencing best- practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219.
- Polak, A., Franek, A., Blaszcak, E., Nawrat-Szoltysik, A., Taradaj, J., Wiercigroch, L., ... Juras, G. (2014). A prospective, randomized, controlled, clinical Study to evaluate the efficacy of high-frequency ultrasound in the treatment of stage 2 and stage 3 pressure ulcers in geriatric patients. *Ostomy Wound Management*, 60(8), 16-28.
- Polit, D. F., Beck, C. T., et Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphie, Penn. : Lippincott.
- Poss, J., Murphy, K. M., Woodbury, M. G., Orsted, H., Stevenson, K., Williams, G., ... Hirdes, J. P. (2010). Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. *BMC Geriatrics*, 10(67). doi:10.1186/1471-2318-10-67
- Pott, F. S., Meier, M. J., Stocco, J. G. D., Crozeta, K., et Ribas, J. D. (2014). The effectiveness of hydrocolloid dressings versus other dressings in the healing of pressure ulcers in adults and older adults: A systematic review and meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 511-520.
- Qualité des services de santé Ontario (2016) *Bibliothèque d'indicateurs*. Tiré de <http://www.hqontario.ca/Rendement-du-syst%C3%A8me/Biblioth%C3%A8que-dindicateurs>
- Rafiei, H., Abdar, M., Iranmanesh, S., Lalegani, H., Safdari, A., et Dehkordi, A. (2014). Knowledge about pressure ulcers prevention, classification and management: A survey of registered nurses working with trauma patients in the emergency department. *International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 18(3), 135-142.
- Ramundo, J., et Gray, M. (2008). Enzymatic wound debridement. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(3), 273-280.
- Reddy, M. (2011). pressure ulcers. *BMJ Clinical Evidence*, 5(1901), 1-43.
- Reddy, M., Gill, S. S., Kalkar, S. R., Wu, W., Anderson, P. J., et Rochon, P. A. (2008). Treatment of pressure ulcers: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 300(22), 2647-2662.
- Redelings, M. D., Lee, N. E., et Sorvillo, F.(2005). Pressure ulcers: More lethal than we thought? *Advances in Skin & Wound Care*, 18(7), 367-372.
- Regan, M. A., Teasell, R. W., Wolfe, D. L., Keast, D., Mortenson, W. B., Aubut, J. A., ... Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. (2009) A systematic review of therapeutic interventions for pressure ulcers after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(2), 213-231.

Saha, A., Chattopadhyay, S., Azam, M., et Sur, P. K. (2012). The role of honey in healing of bedsores in cancer patients. *South Asian Journal of Cancer*, 1(2), 66–71.

Saleh, M. Y. N., Al-Hussami, M., et Anthony, D. (2013). Pressure ulcers prevention and treatment knowledge of Jordanian nurses. *Journal of Tissue Viability*, 22(1), 1-11.

Santé Canada. (2008) *Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques*. Tiré de http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/md-im/applic-demande/guide-ld/md_gd_beds_im_ld_lits-fra.pdf

Sari, A. A., Flemming, K., Cullum, N. A., et Wollina, U. (2009). Therapeutic ultrasound for pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011) SIGN 50: *A guideline developer's handbook*. Tiré de <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>

Sibbald, R. G., Elliott, J. A., Ayello, E. A., et Somayaji, R. (2015). Optimizing the moisture management tightrope with wound bed preparation 2015. *Advances in Skin and Wound Care*, 28(10), 466–476.

Sibbald, R. G., Goodman, L., Woo, K. Y., Krasner, D. L., Smart, H., Tariq, G., ... Salcido, R. S. (2011). Special considerations in wound bed preparation 2011: An update. *Advances in Skin and Wound Care*, 24(9), 415-436.

Sibbald, R. G., Krasner, D. L., et Lutz, J. (2009). SCALE: Skin changes at life's end: Final consensus statement—October 1, 2009. *Advances in Skin Wound Care*, 23(5), 225–236.

Sibbald, R. G., Orsted, H., Coutts, P. M., et Keast, D. H. (2006). Best practice recommendations for preparing the wound bed: Update 2006. *Wound Care Canada*, 4(1), 15–29.

Sibbald, R. G., Woo, K., et Ayello, E. A. (2007). Increased bacterial burden and infection: NERDS and STONES. *Wounds UK*, 3(2), 25–46.

Smith, D., et Waugh, S. (2009). Research study: An assessment of registered nurses' knowledge of pressure ulcers prevention and treatment. *Kansas Nurse*, 84(1), 3–5.

Smith, M. E. B., Totten, A., Hickam, D. H., Fu, R., Wasson, N., Rahman, B., ... Saha, S. (2013). Pressure ulcers treatment strategies: A systematic comparative effectiveness review. *Annals of Internal Medicine*, 159(1), 39–50.

Solowiej, K., Mason, V., et Upton, D. (2010). Psychological stress and pain in wound care, part 2: A review of pain and stress assessment tools. *Journal of Wound Care*, 19(3), 110–115.

Speziale, H. J. S., et Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4e?? éd.). Philadelphie, Penn. : Lippincott Williams et Wilkins.

St-Supery, V., Tahiri, Y., Sampalis, J., Brutus, J., Harris, P. G., et Nikolis, A. (2011). Wound healing assessment: Does the ideal methodology for a research setting exist? *Annals of Plastic Surgery*, 67(2), 193-199.

Stotts, N. A., Rodeheaver, G. T., Thomas, D. R., Frantz, R. A., Bartolucci, A. A., Sussman, C., ... Maklebust, J. (2001). An instrument to measure healing in pressure ulcers: Development and validation of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH). *Journal of Gerontology*, 56A(12), M795–M799.

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. Dans : S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp.151-159). The Cochrane Collaboration. Wiley-Blackwell.

Sugarman, B., Hawes, S., Musher, D. M., Kilma, M., Young, E. J., et Piracher, F. (1983). Osteomyelitis beneath pressure sores. *Archives of Internal Medicine*, 143(4), 683–688.

- Suissa, D., Danino, A., et Nikolis, A. (2011). Negative-pressure therapy versus standard wound care: A meta-analysis of randomized trials. *Plastic Reconstructive Surgery*, 128(5), 498e–503e.
- Sussman, C., Bates-Jensen, B. (2007). *Wound care* (3rd ed.). Philadelphie, Penn. : Lippincott Williams et Wilkins.
- Taradaj, J., Halski, T., Kucharzewski, M., Urbanek, T., Halska, U., et Kucio, C. (2013). Effect of laser irradiation at different wavelengths (940, 808, and 658 nm) on pressure ulcer healing: Results form a clinical study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 960240, 1–8.
- Thai, T. P., Houghton, P. E., Campbell, K. E., Keast, D. H., et Woodbury, M. G. (2005). Effects of Ultraviolet Light C (UVC) on bacterial colonization of chronic wounds. *Ostomy Wound Management*, 51(10), 32-45.
- The Cochrane Collaboration. (2005) Glossaire, *The Cochrane Collaboration* (Version 4.2.5). Tiré de <http://community-archive.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- Thomas, A. (2012). Assessment of nursing knowledge and wound documentation following a pressure ulcers educational program in a long-term care facility: A capstone project. *Wound Practice & Research*, 20(3), 142–158.
- Thomas, D. R., Rodeheaver, G. T., Bartolucci, A. A., Franz, R. A., Sussman, C., Ferrell, B. A., ... Maklebust, J. (1997). Pressure ulcers scale for healing: Derivation and validation of the PUSH tool. *Advances in Wound Care*, 10(5), 96–101.
- Thompson, N., Gordey, L., Bowles, H., Parslow, N., et Houghton, P. E. (2013). Reliability and validity of the revised Photographic Wound Assessment Tool on digital images taken of various types of chronic wounds. *Advances in Skin and Wound Care*, 26(8), 360-373.
- Thornill-Joynes, M., Gonzales, F., Stewart, C. A., Kanel, G. C., Lee, G. C., Capen, D. A., ... Motnomerie., J. Z. (1986). Osteomyelitis associated with pressure ulcers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(5), 314-318.
- Timmerman, T., Teare, G., Walling, E., Delaney, C., et Gander, L. (2007). Evaluating the implementation and outcomes of the Saskatchewan Pressure Ulcer Guidelines in long-term care facilities. *Ostomy Wound Management*, 53(2), 28-43.
- Tricco, A. C., Antony, J., Vafaei, A., Khan, P. A., Harrington, A., Cogo, E., ... Straus, S.E. (2015) Seeking effective interventions to treat complex wounds: An overview of systematic reviews. *BMC Medicine*, 13(89), 1–23.
- Trinkoff, A. M., Han, K., Storr, C. L., Lerner, N., Johantgen, M., et Gartrell, K. (2013). Turnover, staffing, skill mix, and resident outcomes in a national sample of US nursing homes. *The Journal of Nursing Administration*, 43(12), 630–636.
- van Anholt, R. D., Sobotka, L., Meijer, E. P., Heyman, H., Groen, H. W., Topinkova, E., ... Schols, J.M. (2010) Specific nutritional support accelerates pressure ulcer healing and reduces wound care intensity in non-malnourished patients. *Nutrition*, 26(9), 867–872.
- van den Boogaard, M., de Laat, E., Spauwen, P. et Schoonhoven, L. (2008). The effectiveness of topical negative pressure in the treatment of pressure ulcers: A literature review. *European Journal of Plastic Surgery*, 31, 1–7.
- Wagstaff, M. J. D., Driver, S., Coghlan, P., et Greenwood, J. E. (2014). A randomized, controlled trial of negative pressure wound therapy of pressure ulcers via a novel polyurethane foam. *Wound Repair and Regeneration*, 22, 205–211.

- Waycaster, C. et Milne, C. (2013). Economic and clinical benefit of collagenase ointment compared to a hydrogel dressing for pressure ulcers debridement in a long-term care setting. *Wounds*, 25(6), 141-147.
- Wild, T., Stremitzer, S., Budzanowski, A., Hoelzenbein, T., Ludwig, C., et Ohrenberger, G. (2008). Definition of efficiency in vacuum therapy—A randomised controlled trial comparing Redon drains with V.A.C. Therapy™. *International Wound Journal*, 5(5), 641-647.
- Wong, A., Chew, A., Wang, C. M., Ong, L., Zhang, S. H., et Young, S. (2014). The use of a specialised amino acid mixture for pressure ulcers: A placebo-controlled trial. *Journal of Wound Care*, 23(5), 259.
- Woo, K. Y. (2015). Unravelling nocebo effect: The mediating effect of anxiety between anticipation and pain at wound dressing change. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1975-1984.
- Woo, K. Y., et Sibbald, R. G. (2009). A cross-sectional validation study of using NERDS and STONEES to assess bacterial burden. *Ostomy Wound Management*, 55(8), 40-8.
- Woo., K. Y., Keast, D., Parsons, N., Sibbald, R. G. et Mittman, N. (2013). The cost of wound debridement: A Canadian perspective. *International Wound Journal*, 12(4), 402-407.
- World Union of Wound Healing Societies. (2008) *Wound infection in clinical practice: An international consensus*. Londres (R.-U.) : MEP. Tiré de http://www.woundsinternational.com/media/issues/71/files/content_31.pdf
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2010) *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. Mount Laurel, NJ: Auteur.
- Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: The 2008 update. (2008) *Journal of the American Dietetic Association*, 108(7), 1113–1117.
- Yapucu Gunes, U., et Eser, I. (2007). Effectiveness of a honey dressing for healing pressure ulcers. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(2), 184-190.
- Zulkowski, K., Ayello, E. A., et Wexler, S. (2007). Certification and education: Do they affect pressure ulcers knowledge in nursing? *Advances in Skin & Wound Care*, 20(1), 34-38.

Annexe A : Glossaire

Affaissement : L'effet qui se produit lorsque le point le plus profond de l'immersion du patient dans une surface de support réactive ou active fournit un soutien insuffisant pour redistribuer correctement la pression, de sorte que le patient se présente en position assise ou couchée sur la structure sous-jacente du lit ou de la chaise (AWMA, 2012, p. 7).

Agent pathogène : agent causal (par exemple une bactérie ou un virus) de maladie (Webster's Dictionary, 2015).

Analyse des lacunes : l'analyse des lacunes offre un résumé de renseignements pouvant être tirés de plusieurs sources, y compris l'analyse de système, l'analyse de la cause profonde des résultats, la vérification des dossiers médicaux, les entrevues (officielles ou non), les réunions avec les équipes pluridisciplinaires, les discussions du comité de pratique, les sondages, les examens de politique, l'examen de la documentation connexe, l'analyse des compétences du personnel et l'inventaire du matériel (AIIAO, 2012, p. 26).

Antibiotique : substance naturelle ou synthétique administrée par voie systémique ou topique qui a la capacité de détruire les bactéries ou d'inhiber leur croissance (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 280).

Antimicrobien : une substance qui agit directement sur un micro-organisme pour détruire les bactéries et éviter le développement de nouvelles colonies bactériennes. Le terme « antimicrobien » est un terme large qui comprend les antiseptiques, les désinfectants et les antibiotiques (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 280).

Antiseptiques : agents qui détruisent ou inhibent la croissance et le développement de micro-organismes dans ou sur des tissus vivants (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 166).

Application des connaissances : un processus dynamique et itératif qui comprend la synthèse, la diffusion, l'échange et l'application éthique des connaissances pour améliorer la santé des Canadiens, offrir des services et des produits de santé plus efficaces et renforcer le système de santé (IRSC, 2015, para. 4).

Arginine : un acide aminé essentiel qui favorise la guérison des lésions de pression pendant les périodes de stress (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014).

Autogestion : les tâches que les individus doivent entreprendre pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques. Ces tâches comprennent avoir la confiance nécessaire pour gérer la gestion médicale, la gestion des rôles et la gestion émotionnelle de leurs conditions (RNAO, 2010).

Biofilm : une matrice polysaccharidique dans laquelle les organismes se fixent, vivent et se multiplient sur les surfaces des plaies, et qui peut affecter la guérison des plaies en créant une inflammation ou une infection chroniques (WOCN, 2010, p. 42).

Champ électromagnétique : un champ composé à la fois de composants électriques et magnétiques, qui favorise la guérison des plaies en induisant une réponse physiologique dans le tissu de la plaie (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, p. 185).

Cartographie de la pression : les systèmes de cartographie de la pression, qui sont constitués d'un réseau de capteurs dans un tapis flexible, mesurent les interfaces de pression entre le corps et la surface de support. Les capteurs de pression sont connectés à un système informatisé qui affiche les pressions mesurées par chaque capteur à l'aide d'une image codée en couleurs et d'un nombre. Ces données affichent le niveau de pression détecté par chaque capteur, la quantité totale de surface de contact pour la distribution de pression et les asymétries de pression. Des zones de pression plus élevées peuvent indiquer des protubérances osseuses, mais une palpation manuelle est nécessaire pour le confirmer (Houghton, Campbell et comité LPC, 2013, p.75).

Cisaillement : le terme cisaillement désigne une force qui est parallèle à la surface de la peau (NPUAP, EPUAP & PPIA, 2014, p. 18).

Colonisation : la présence de bactéries et leur prolifération à la surface de la peau sans aucun dommage visible aux tissus (WOCN, 2010, p. 43).

Colonisation critique : terme utilisé pour parler d'une plaie dont la charge bactérienne augmente et est à mi-chemin entre la colonisation et l'infection des tissus viables (WOCN, 2010, p. 43).

Coloration de l'hémossidérine : coloration qui provoque un assombrissement de la peau; des changements de couleur sont apparents autour des plaies ouvertes aiguës (inflammation – rouge ou violet) et chroniques (pigmentation – brun foncée) (Sussman and Bates-Jensen, 2007).

Compression : comprimer doucement la lésion de pression avec une gaze imbibée de sérum physiologique pendant 30 secondes avant de placer une autre gaze imbibée de solution saline sur la plaie.

Contamination : l'entrée de bactéries, d'autres microorganismes ou de corps étrangers dans une plaie ou une peau auparavant propre et stérile (WOCN, 2010, p. 43).

Culture de plaie semi-quantitative : la procédure habituelle pour déterminer le nombre relatif d'organismes colonisant le tissu de la plaie. La procédure est semblable à un frottis de plaie quantitatif, sauf que le traitement de l'écouvillon n'est pas aussi complexe. Les résultats de la colonisation bactérienne sont rapportés comme minimaux, modérés ou étendus (WOCN, 2010).

Curabilité : terme utilisé pour indiquer la catégorisation d'une plaie en fonction de sa capacité à guérir, c'est-à-dire curable, chronique ou non curable. La catégorisation d'une plaie de cette façon aide le clinicien à établir un diagnostic précis et à développer une approche réaliste et individualisée du traitement (Sibbald et al, 2011, p. 422).

Le terme **curable** désigne une lésion de pression qui a le potentiel de guérir (Sibbald et coll., 2011, p. 147).

Les lésions de pression sont classées dans la catégorie dite **chronique** dans les cas où le patient refuse de traiter la cause (p. ex., ne portera pas de compression) ou s'il existe une erreur ou un obstacle sanitaire (par exemple, aucune redistribution de la pression plantaire sous forme de chaussures, ou le patient ne peut pas se procurer le dispositif en raison de son coût). Comme ces circonstances peuvent changer, une réévaluation périodique peut être indiquée (Sibbald et coll., 2011, p. 417).

Les lésions de pression **incurables** sont des lésions qui n'ont pas le potentiel de guérir. Cela peut être dû à un apport sanguin insuffisant, à l'incapacité de traiter la cause ou à des facteurs aggravants de la plaie qui ne peuvent être corrigés (Sibbald et coll., 2011, p. 417).

Décharge de pression : l'élimination de la pression sur une surface cutanée (AWMA, 2012, p. 9).

Débridement : l'élimination de tissus dévitalisés (non viables) de la plaie ou de la zone péri-lésionnelle (AWMA, 2012, p. 8).

Débridement autolytique : une forme très sélective de débridement lent qui se produit naturellement dans les plaies et est favorisé par l'utilisation de pansements qui retiennent l'humidité (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014, p. 282).

Débridement biologique (larvaire) : l'utilisation de larves de mouches stériles pour éliminer les tissus dévitalisés. On croit que les larves sécrètent une protéinase qui dégrade le tissu nécrotique, digère les bactéries et stimule le tissu de granulation (NPUAP, 2014, p. 282).

Débridement chirurgical conservateur : l'élimination des tissus dévitalisés au moyen d'un instrument (p. ex., scalpel, ciseaux ou curette) (NPUAP, EPUAP & PPIIA, 2014, p. 282).

Débridement enzymatique : l'élimination des tissus dévitalisés par l'application d'enzymes protéolytiques ou fibrinolytiques exogènes sur une plaie (NPUAP, EPUAP & PPIIA, 2014, p. 282).

Débridement mécanique : l'élimination non sélective du tissu dévitalisé par des moyens physiques (NPUAP, 2014, p. 282).

Données probantes : les données probantes sont des renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une question. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats découlant d'une recherche de haute qualité effectuée conformément à une méthodologie appropriée constituent les données probantes les plus exactes. La recherche étant souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres types de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche ou tiennent lieu de recherche. La base probante d'une décision se retrouve dans les nombreuses formes de données probantes combinées pour équilibrer la rigueur et l'opportunité tout en privilégiant la première par rapport à la deuxième (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).

Eau potable : eau qui est propre à la consommation humaine et animale (NPUAP, EPUAP & PPIIA, 2014, p. 286).

Effet du bord de la plaie : si les cinq composantes de la préparation du lit de la plaie ont été corrigées (cause, préoccupations axées sur le patient et les trois composantes des soins locaux des plaies) et que la guérison d'une plaie guérissable est bloquée, la réévaluation du diagnostic actuel et du plan de traitement est nécessaire pour être sûr que toutes les composantes ont été optimisées avant d'envisager des thérapies locales avancées (Sibbald et al, 2011, p. 417).

Entourage : une équipe composée de la personne qui a besoin de services de soins de santé, de ses principaux aidants et de ses fournisseurs de soins de santé.

Épaisseur partielle : confiné aux couches superficielles de la peau; les dommages ne pénètrent pas au-dessous du derme et peuvent être limités aux couches épidermiques (p. ex., lésions de pression au stade 1 et 2) (WOCN, 2010).

Équilibre de l'humidité : les environnements de plaies humides améliorent la guérison des plaies et favorisent la croissance de nouveaux tissus. Une humidité excessive ou insuffisante nuit au processus de guérison et provoque la rupture du lit de la plaie et de la peau environnante; ces altérations tissulaires augmentent le risque de lésions bactériennes résultant de la colonisation critique superficielle et de l'infection profonde et environnante des plaies (Sibbald et coll., 2015, p. 467). De faibles taux d'humidité peuvent également conduire à la nécrose et à la formation d'escarre, ce qui entrave la réépithélialisation et la fermeture de la plaie. L'équilibre de l'humidité du lit de la plaie est essentiel pour la cicatrisation (Sibbald et al, 2015).

Équipe pluridisciplinaire : une équipe composée de personnes de différentes professions travaillant ensemble pour atteindre un objectif commun et qui partagent la prise de décision pour atteindre cet objectif. L'objectif des soins de santé est de travailler en collaboration avec les personnes et leurs familles afin de fournir un traitement qui reflète leurs objectifs et leurs valeurs (Ferris et coll., 2002).

Érythème : rougeur de la peau causée par la dilatation des capillaires superficiels (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014, p. 283).

Érythème pâissant : un endroit sur la peau qui pâlit temporairement lorsqu'on y applique une pression du doigt. Sur un site de pression, ceci est dû à une réponse hyperémique normale (NPUAP, EPUAP & PPIA, 2014, p. 283).

Érythème non pâissant : rougeur qui persiste après l'application de la pression du bout des doigts, généralement sur une proéminence osseuse. La peau sombrement pigmentée peut ne pas avoir de pâissement visible. Ceci est un signe d'une lésion de pression au stade 1 (NPUAP, EPUAP & PPIA, 2014, p. 283).

Essai clinique randomisé (ECR) : expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants sont suivis et évalués pour déterminer l'efficacité de l'intervention. Ce type d'expérience comprend des essais à double insu, à simple insu et non à l'insu.

Étude analytique : les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Les types d'études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes.

Étude contrôlée : essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude de cohorte : une étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude cas/témoins : une étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie particulière ou avec un résultat intéressant (cas), à d'autres personnes dans la même population qui n'ont pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Études descriptives : études qui génèrent des hypothèses et décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Les études descriptives incluent les études de prévalence.

Étude de prévalence : étude qui mesure la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné précis (auss appelé un sondage) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude quasi-expérimentale : une étude sans répartition aléatoire et groupe témoin qui, en conséquence, n'est pas considérée comme une « vraie » étude expérimentale (p. ex., un essai clinique randomisé). Le chercheur contrôle l'attribution de l'intervention, de l'exposition ou du traitement en utilisant un critère autre que la répartition aléatoire (p. ex., conception avant-après) (Polit, Beck et Hungler, 2001).

Examen systématique : l'examen systématique utilise des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour repérer, sélectionner et évaluer de façon critique la recherche pertinente, ainsi que recueillir et analyser les études incluses dans l'examen (Collaboration Cochrane, 2005).

Exsudat : tout liquide qui a été expulsé d'un tissu ou de ses capillaires, comme le liquide, les cellules ou les débris cellulaires qui se sont échappés des vaisseaux sanguins et qui se sont déposés à la surface des tissus. L'exsudat est caractérisé par une concentration élevée de protéines et de globules blancs (WOCN, 2010, p. 45).

Facteurs de risque extrinsèques : facteurs de risques dérivés de l'environnement (p. ex., lésion par cisaillement) qui prédisposent une personne aux lésions de pression (RNAO, 2007).

Facteurs de risque intrinsèques : les conditions physiques, psychosociales ou médicales d'une personne (p. ex., les facteurs de risque tels que la mobilité réduite) qui la prédisposent à développer des lésions de pression (RNAO, 2007).

Fiable : en parlant d'un outil d'évaluation, la cohérence d'un ensemble de mesures ou d'instruments de mesure (WOCN, 2010, p. 48).

Friction (force de friction) : La résistance au mouvement dans une direction parallèle par rapport à la limite commune de deux surfaces, p. ex., lorsque la peau est traînée à travers une surface (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

Incidence : le nombre de nouvelles occurrences de quelque chose dans une population sur une période de temps donnée, par exemple, le nombre de cas d'une maladie dans un pays d'au cours une année (Cochrane Collaboration, 2005, p. 21).

Indice brachial de la cheville (IBC) : Un rapport entre la tension artérielle systolique de la cheville et la tension artérielle systolique brachiale. Ce rapport indique la perfusion artérielle des membres inférieurs. La valeur normale est un rapport supérieur ou égal à 1,0 (AIIAO, 2004, p. 74).

Indice de pression sur les orteils : évalue la présence ou la gravité de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) des membres inférieurs. L'indice de pression artérielle cheville/bras est un calcul basé sur les pressions sanguines systoliques du bras et des orteils. L'examen est réalisé avec un photopléthysmographe (PPG) avec un capteur de lumière infrarouge et un très petit brassard placé autour de l'orteil (Michigan Physicians Group, 2012).

Induration : tissu qui est durci au toucher (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, p. 284).

Infection : la présence de bactéries ou d'autres microorganismes en quantité suffisante pour endommager les tissus ou altérer la guérison. Les signes cliniques d'infections peuvent ne pas être présents chez les individus immunosupprimés ou ceux qui souffrent d'une lésion chronique (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 284).

Inflammation : une réponse locale à une lésion cellulaire qui est marquée par une dilatation capillaire, une infiltration de leucocytes, une rougeur, une chaleur et de la douleur et qui sert de mécanisme déclenchant l'élimination des agents nocifs et des tissus endommagés ("Inflammation," n.d.).

Intervenant : personne, groupe ou organisme qui portent un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourraient tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les parties intéressées peuvent être des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème.

Interventions : englobe les stratégies de traitement spécifiques, les thérapies ou les techniques qui sont utilisées pour traiter une ou plusieurs lésions de pression.

Laser : lumière cohérente et monochromatique; un agent phototherapeutique qui fait partie du spectre électromagnétique (NPUAP, 2014, p. 284).

Lésion de pression : une lésion de pression est un endommagement localisé de la peau ou des tissus mous sous-jacents généralement sur une proéminence osseuse ou liée à un dispositif médical ou autre. La lésion peut se présenter sous forme de peau intacte ou d'ulcère ouvert et peut être douloureuse. La lésion survient en raison d'une pression intense et/ou prolongée combinée à un cisaillement. La tolérance des tissus mous à la pression et au cisaillement peut également être affectée par le microclimat, la nutrition, la perfusion, les comorbidités et l'état des tissus mous (NPUAP, 2016, para 3).

Lésions de pression de la membrane muqueuse : les lésions de pression de la muqueuse se retrouvent sur les muqueuses avec des antécédents d'utilisation d'un dispositif médical au niveau de la blessure. Ces lésions ne peuvent pas être stadifiées en raison de l'anatomie des tissus (NPUAP, 2016, para 11).

Lésion de pression du cartilage : lésion de pression dans laquelle le cartilage est exposé. Ces lésions de pression doivent être classées au stade 4. L'arrête du nez, l'oreille, l'occiput et les malléoles n'ont pas de tissu adipeux sous-cutané et les lésions qui apparaissent à ces endroits sont généralement peu profondes. Les lésions de l'étape 4 peuvent s'étendre dans le muscle ou les structures de support (p. ex., fascia, tendon ou capsule articulaire), ce qui augmente la probabilité d'ostéomyélite (NPUAP, 2012).

Lésions de pression liées aux dispositifs médicaux : décrit l'étiologie de la plaie. Les lésions de pression liées aux dispositifs médicaux résultent de l'utilisation de dispositifs conçus et utilisés à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. L'apparence de la lésion de pression résultante correspond généralement au motif ou à la forme du dispositif. La lésion devrait être stadifiée en se basant sur le système de stadification du NPUAP (NPUAP, 2016, para 10).

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires Énoncés élaborés méthodiquement pour faciliter les décisions du praticien et du client au sujet des soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques (pratique) précises (Field et Lohr, 1990).

Lumière ultraviolette : une forme de photothérapie qui utilise une lumière invisible faisant partie du spectre électromagnétique et peut être utilisée comme agent phototherapeutique (NPUAP, EPUAP & PPIA, 2014, p. 291).

Macération : ramollissement des tissus par imprégnation ou trempage (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014, p. 284).

Matelas conventionnel : un terme utilisé pour décrire le matelas conventionnel fourni dans une installation et généralement utilisé comme l'intervention comparative dans les essais de recherche sur l'efficacité des surfaces de support de redistribution de la pression. Les qualités d'un matelas d'hôpital conventionnel varient selon le contexte historique et clinique, et sont rarement rapportées en détail dans les essais cliniques. Dans la plupart des cas, on suppose qu'un matelas d'hôpital conventionnel est un matelas à mousse ou un matelas à ressorts sans moteur (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014, p. 287).

Mesures anthropométriques : un ensemble de techniques non invasives et quantitatives permettant de déterminer la composition corporelle d'une personne en mesurant, enregistrant et analysant des dimensions particulières du corps, dont la taille et le poids, l'épaisseur du pli cutané et la circonférence corporelle au niveau de la taille, des hanches et de la poitrine ("Anthropometric measures," 2005).

Méta-analyse : examen méthodique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2005).

Métrique : une norme de mesure (Webster's Dictionary, 2015).

Microclimat : la température et l'humidité (l'augmentation de l'humidité peut mener à une macération et à une sensibilité accrue aux forces de frottement ou de cisaillement) ainsi que l'écoulement de l'air (Baharestani et coll., 2010).

Modèle d'ordonnance en soins infirmiers : un groupe d'interventions fondées sur des données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers; elles sont ordonnées indépendamment par les infirmières (c'est-à-dire, sans la signature d'un médecin) pour normaliser les soins fournis dans une situation clinique ou une situation spécifique.

Mutagénique : un agent (par exemple un produit chimique ou des radiations diverses) qui tend à augmenter la fréquence ou l'étendue des mutations (Webster's Dictionary, 2015).

Ostéomyélite : inflammation des os et de la moelle, habituellement causée par des pathogènes qui pénètrent dans l'os en raison d'une lésion ou pendant une chirurgie (WOCN, 2010).

Peau péri-lésionnelle : la zone immédiatement adjacente au bord de la plaie et s'étendant jusqu'au tissu sain (aussi loin que les changements de couleur et de texture des tissus) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 285).

Peau péri-lésionnelle : la zone immédiatement adjacente au bord de la plaie et s'étendant jusqu'au tissu sain (aussi loin que les changements de couleur et de texture des tissus) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 285).

Peau péri-lésionnelle : la zone immédiatement adjacente au bord de la plaie et s'étendant jusqu'au tissu sain (aussi loin que les changements de couleur et de texture des tissus) (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 285).

Piégeage : Incident où une personne est prise, piégée ou coincée dans ou autour de l'espace de la ridelle, du matelas ou du cadre du lit d'hôpital. Le piégeage des patients peut provoquer la mort ou des blessures graves (Santé Canada, 2008).

Afin de minimiser le risque de piégeage, les professionnels de la santé devraient envisager les mesures suivantes :

- Sélectionner une surface qui comporte une planche de transfert, étant donné qu'elle est moins susceptible de se comprimer lorsque le client s'approche du côté de la surface;
- Évaluer l'utilisation des ridelles (la personne peut être moins à risque de piégeage lorsqu'elles ne sont pas en place);
- Mettre en œuvre d'autres dispositifs tels que des coussins angulaires de positionnement ou un couvre-matelas avec des traversins intégrés;
- Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute compétent dans ce domaine afin qu'il évalue le client et offre des recommandations précises.

Les sept zones potentielles de piégeage sont (Norton, 2010) :

1. À l'intérieur de la ridelle de lit;
2. Sous la ridelle de lit (entre le support de ridelle ou à côté d'un support unique de ridelle);
3. Entre la ridelle de lit et le matelas;
4. Sous la ridelle de lit (à l'extrémité de celle-ci);
5. Entre deux sections séparées d'une ridelle de lit;
6. Entre l'extrémité d'une ridelle de lit et le bord latéral du grand dossier ou du petit dossier;
7. Entre le grand dossier ou le petit dossier et l'extrémité du matelas.

Plaie chronique : Voir *curabilité*

Plaie d'épaisseur complète : Ulcération s'étendant à travers le derme pour toucher le tissu sous-cutané et éventuellement musculaire ou osseux (par exemple les lésions de pression de stade 3 et 4) (WOCN, 2010, p. 45).

Placebo : substance inerte ou inoffensive utilisée surtout dans des expériences contrôlées testant l'efficacité d'une autre substance (par exemple, un médicament) (Webster's Dictionary, 2015).

Plaie non curable : Voir *curabilité*

Plaie bloquée : lorsqu'une plaie guérissable ne cicatrise pas au rythme attendu, le résultat est une plaie chronique et bloquée (Sibbald et coll., 2011, p. 422).

Préoccupations axées sur le patient et la famille : une approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille fait appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les individus et les habilite afin qu'ils puissent être de véritables partenaires de leurs fournisseurs de soins de santé (AIIAO, 2015).

L'évaluation du paradigme de préparation du lit de la plaie (Wound Bed Preparation [WBP]) devrait identifier les préoccupations axées sur le patient et la famille (Sibbald et coll., 2015). Le concept de la préparation du lit de la plaie inclut le traitement du patient dans son ensemble (traiter la cause et les préoccupations axées sur le patient) (Sibbald et coll., 2011).

Prévalence : la proportion d'une population ayant une affection ou une caractéristique particulière (Cochrane Collaboration, 2005, p. 34); . Par exemple, le pourcentage de personnes dans un organisme ayant subi une lésion de pression.

PSI (lb/po2, livres par pouce carré) : une unité de pression; en ce qui concerne les lésions sous pression, la pression exercée par un flux de liquide sur un pouce carré de peau ou de surface de plaie (WOCN, 2010, p. 47).

Recherche qualitative : recherche qui utilise une approche interactive et subjective pour enquêter sur les phénomènes ainsi que les décrire (p. ex., expérience vécue), et leur donner une signification. La nature de ce type de recherche est exploratoire et ouverte. L'analyse exige la participation de l'organisme et l'interprétation de données non numériques (p. ex., phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée dans des données empiriques, étude de cas, etc.) (Speziale & Carpenter, 2007).

Recommandations de pratique : énoncés de pratiques exemplaires s'adressant à des professionnels de la santé; idéalement, ces énoncés sont fondés sur des données probantes.

Recommandations relatives à la formation : Énoncés sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice.

Recommandations relatives au système, à l'organisme et à la politique : énoncés des conditions nécessaires pour la mise en œuvre réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans un milieu pratique. L'organisme assume la principale responsabilité en matière de conditions du succès, même si ces conditions peuvent avoir des ramifications relatives aux politiques à un échelon gouvernemental ou sociétal plus large.

Redistribution de la pression : la capacité d'une surface de support à distribuer la charge sur les zones de contact du corps humain pour réduire la pression globale et éviter les zones de pression focale (WOCN, 2010, p. 47).

Repositionnement : changer la position du corps d'une personne afin de redistribuer la pression sur les points osseux qui étaient en contact avec la surface de support du corps. La fréquence est déterminée par la réponse cutanée, la surface de support utilisée et l'état général de la personne (AWMA, 2012, p. 10).

Septicémie : une maladie dans laquelle le corps combat une infection sévère qui s'est propagée par la circulation sanguine (WOCN, 2010, p. 48).

Soins locaux de la plaie : les trois composantes des soins locaux des plaies sont le débridement, la gestion de l'inflammation ou de l'infection et la gestion de l'équilibre de l'humidité. Les soins locaux des plaies doivent être abordés après avoir terminé l'évaluation globale du patient, y compris la catégorisation des plaies selon leur potentiel de guérison (curables, chroniques et incurables) (Sibbald et coll, 2015, p. 467).

Sousminement : zone de destruction des tissus s'étendant sous la peau intacte le long de la périphérie d'une plaie; couramment observé dans les lésions par cisaillement. Peut être distingué du tractus sinusien par le fait qu'il implique une partie importante du bord de la plaie (WOCN, 2010, p. 50).

Stadification inversée des lésions de pression : l'utilisation par les cliniciens de systèmes de stadification des lésions de pression dans l'ordre inverse pour décrire l'amélioration d'une lésion de pression, en raison d'un manque d'outils validés par la recherche pour mesurer la guérison des lésions de pression (NPUAP, 2012).

Stimulation électrique : utilisation d'un courant électrique pour transférer l'énergie contrôlée par une source électrique. Dans la prévention et le traitement des lésions de pression, la stimulation électrique apparaît comme une thérapie de cicatrisation. Lors de la stimulation électrique de la plaie, les électrodes sont habituellement placées sur un milieu conducteur humide dans le lit de la plaie et sur la peau à une certaine distance de la plaie; des électrodes peuvent également être placées aux côtés opposés de la plaie pour fournir une stimulation indirecte (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, p. 282).

Surface de support : un dispositif spécialisé pour la redistribution de pression, conçu pour la gestion des charges des tissus, du microclimat ou d'autres fonctions thérapeutiques. Les surfaces de support incluent, sans toutefois s'y limiter, les matelas, les systèmes de lit intégrés, les matelas de remplacement ou les surmatelas, les coussins d'assise et les coussins de siège (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 288).

Technique de Levine : procédé utilisé pour réaliser des cultures d'écouvillonnage quantitatives en appliquant les étapes suivantes :

1. Nettoyer la plaie avec une solution saline physiologique.
2. Retirer/débrider les tissus non viables.
3. Attendre de deux à cinq minutes.
4. Si la lésion est sèche, humecter l'écouvillon avec de la solution saline stérile.
5. Faire le prélèvement à l'endroit qui semble le plus sain dans le lit de la plaie.
6. Ne pas prélever de pus, d'exsudat, de plaie dure (escarre) ou de tissu très fibreux.
7. Tourner la pointe d'un écouvillon stérile à embout d'alginate dans une zone de 1 cm² pendant 5 secondes.
8. Appliquer une pression suffisante pour dégager l'exsudat du tissu.
9. Utiliser une technique stérile pour briser la pointe de l'écouvillon dans un dispositif de collecte conçu pour les cultures quantitatives (NPUAP, EPUAP et PPPIA, 2014, p. 164).

Tissu dévitalisé : tissu mou, humide, avasculaire (dévitalisé); peut être blanc, jaune, brun ou vert; peut être lâche ou fermement adhérent (WOCN, 2010, p. 48).

Tracé à l'acétate : tracé des marges de la lésion à l'aide d'un acétate.

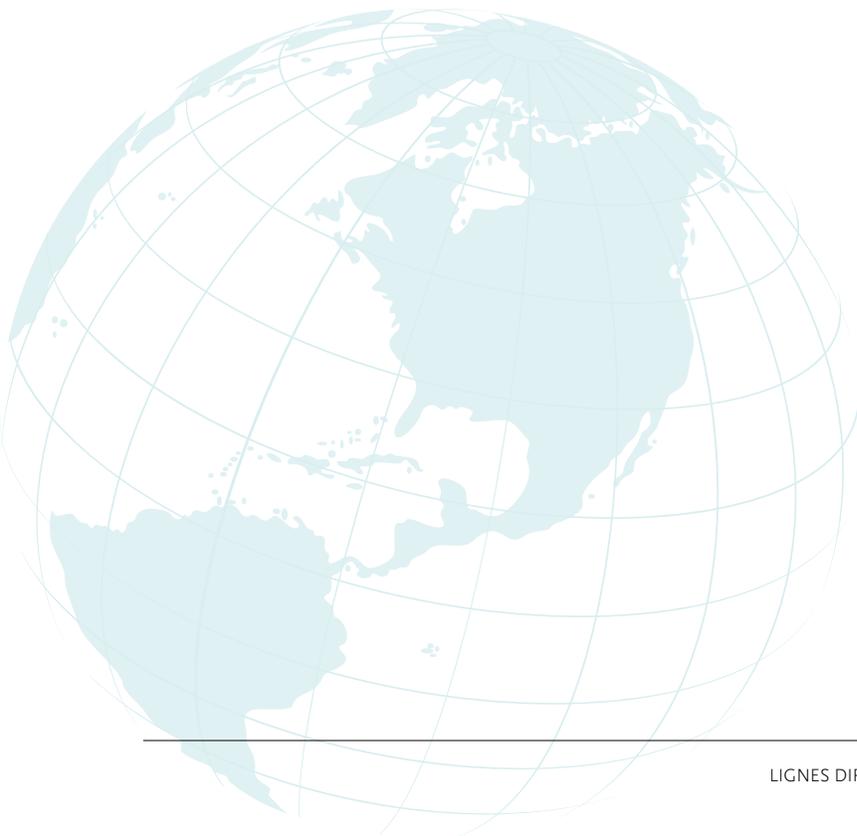
Traitement des plaies par pression négative (TPN) : une modalité de traitement des plaies qui favorise la guérison par l'élimination de l'œdème du troisième espace, améliorant ainsi l'apport en nutriments et en oxygène, l'élimination des exsudats de la plaie (milieu de colonisation bactérienne), la formation du tissu de granulation; l'angiogenèse et l'élimination des facteurs inhibiteurs de la plaie (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, p. 285).

Tractus sinusien : le parcours ou la trajectoire de destruction des tissus se produisant dans n'importe quelle direction à partir de la surface ou du bord de la blessure; résulte en un espace mort avec un potentiel de formation d'abcès. Aussi appelé parfois « tunnelisation » (on peut le distinguer du sousminement par le fait que le tractus sinusien implique une petite portion du bord de la plaie, alors que le sousminement implique une partie importante du bord de la plaie) (WOCN, 2010).

Tunnellisation : Voir *tractus sinusien*

Ultrason : une vibration mécanique (énergie acoustique) transmise par une formation d'ondes à des fréquences au-delà de la limite supérieure de l'ouïe humaine. Sa propriété vibratoire affecte les cellules des tissus biologiques et peut être utilisée pour évaluer et traiter les tissus mous (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, p. 291).

Validé : en parlant d'un outil d'évaluation, le niveau de précision avec lequel un outil de collecte de données mesure ce qu'il est conçu pour mesurer (WOCN, 2010, p. 50).



Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a pris l'engagement de s'assurer que cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est élaborée à l'aide des meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

Aux fins de révision de cette ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section sur le comité d'experts de l'AIIAO au début de la présente ligne directrice). Un examen systématique des données probantes a été effectué, basé sur l'objectif et la portée de la ligne directrice initiale, *Évaluation et traitement des lésions de pression de stades I à IV* (AIIAO, 2007), appuyé par quatre questions cliniques. L'examen systématique a permis de recueillir des ouvrages et des lignes directrices pertinents publiés entre janvier 2006 et octobre 2014. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider l'examen systématique :

1. Quelles sont les méthodes les plus efficaces pour l'évaluation des ulcères/lésions de pression existants chez les clients?
2. Quelles sont les interventions les plus efficaces permettant de traiter les ulcères/lésions de pression existants chez les clients?
3. Quelles sont les études et la formation que doivent suivre les professionnels de la santé afin d'assurer la prestation de soins efficaces et la prise en charge des ulcères/lésions de pression?
4. Comment les établissements de soins de santé et le système de santé dans son ensemble peuvent-ils appuyer et favoriser l'évaluation et le traitement optimaux des ulcères/lésions de pression existants chez les clients?

Le mandat du comité d'experts était d'examiner la ligne directrice originale à la lumière de nouvelles données probantes afin de s'assurer de la validité, de la pertinence et de la sécurité continues des recommandations. Cette nouvelle ligne directrice révisée est le résultat du travail du comité d'experts visant à intégrer les meilleures données probantes et les plus actualisées dans les recommandations avec les données probantes de la ligne directrice originale (le cas échéant).

Annexe C : Processus de l'examen méthodique et de la stratégie de recherche

Examen méthodique

La coordonnatrice de projet de l'équipe d'élaboration des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a effectué une recherche parmi une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et les autres formes de contenu pertinent publiées entre 2006 et 2014. La liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes des sites Web traitant de la pratique professionnelle fondée sur les données probantes et des recommandations provenant des ouvrages traitant des ulcères/lésions de pression. En outre, on a demandé aux membres du comité d'experts de fournir des lignes directrices dans leur propre bibliothèque. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion sont disponibles en ligne à www.RNAO.ca.

Deux adjointes à la recherche en soins infirmiers du programme de LDPE de l'AIIAO et une gestionnaire du programme ont évalué d'un œil critique 16 lignes directrices internationales en utilisant la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique 2* (Brouwers et coll., 2010). À partir de cet examen, les huit lignes directrices suivantes ont été sélectionnées pour éclairer les recommandations et les discussions sur des données probantes :

American Medical Directors Association. (2008) *Pressure ulcers in the long-term care setting*. Columbia, MD: American Medical Directors Association.

Australian Wound Management Association. (2012) *Pan Pacific clinical practice guideline for the prevention and management of pressure injury*. Cambridge Media Osborne Park, WA: Auteur.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Vanwallegem, G., Van Houdt, S., Gryson, L., ... Van Den Heede, K. (2013). *Recommandations nationales pour le traitement des escarres de décubitus – Synthèse*. Bruxelles, Belgique : Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Houghton, P.E., Campbell, K.E, et CPG Panel. (2013) *Canadian best practice guidelines for the prevention and management of pressure ulcers in people with spinal cord injury: A resource handbook for clinicians*. Mississauga (Ontario) : Katika Integrated Communications.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014) *Pressure ulcers: Prevention and management of pressure ulcers*. Londres (R.-U.) : Auteur.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014) *Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline*. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Perry, D., Borchert, K., Burke, S., Chick, K., Johnson, K., Kraft, W., Patel, B., Thompson, S. (2014). *Pressure ulcers prevention and treatment protocol*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2010) *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. Mount Laurel, NJ: Auteur.

Examen systématique

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion créés par le comité d'experts de l'AIIAO, a été élaborée par l'équipe de recherche de l'AIIAO et un(e) bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents en anglais publiés entre janvier 2006 et octobre 2014 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Embase, Education Resources Information Center (ERIC), MEDLINE, MEDLINE in Process, et PsycINFO. En plus de cette recherche méthodique, on a demandé aux membres du comité d'experts d'examiner des bibliothèques personnelles à la recherche d'articles clés qui n'ont pu être trouvés à l'aide des stratégies précitées.

Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche utilisée pour l'examen méthodique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont disponibles au <http://rnao.ca/bpg/guidelines/pressure-injuries>

Lorsque les articles ont été récupérés, deux assistantes en recherche en soins infirmiers (infirmières titulaires d'une maîtrise) de la LDPE de l'AIIAO ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Le/la gestionnaire du programme des LDPE de l'AIIAO, qui participait au soutien du comité d'experts de l'AIIAO, a résolu les conflits.

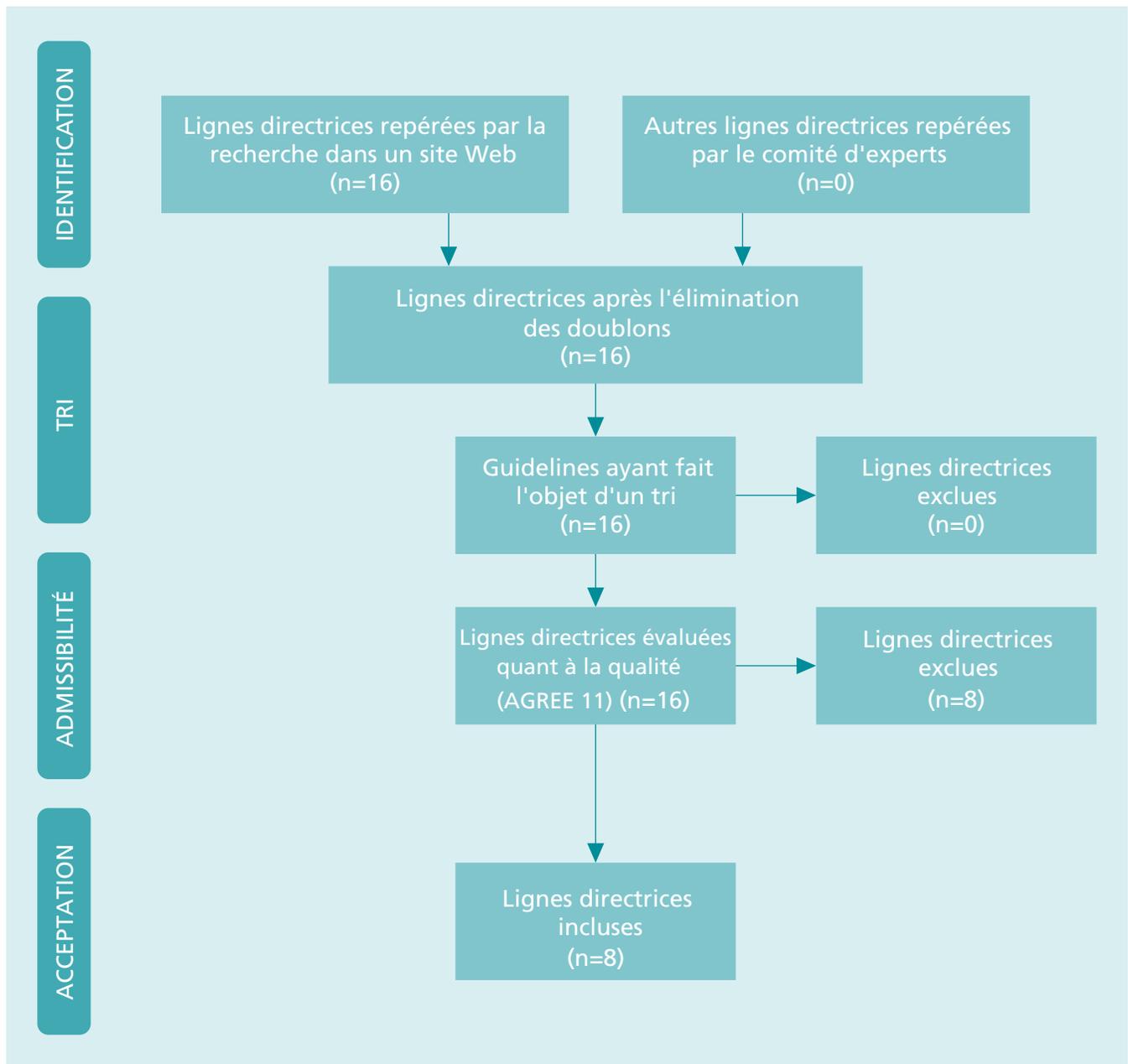
Les scores d'évaluation de la qualité pour 16 articles (un échantillon aléatoire de 10 % des articles admissibles à l'extraction de données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués de façon indépendante par les assistantes de recherche des LDPE de l'AIIAO. Une concordance interévaluateurs acceptable ($kappa, K = 0,706$) a justifié l'évaluation de la qualité et l'extraction de données en divisant les études restantes également entre les deux assistantes de recherche (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Un résumé final des résultats obtenus dans la littérature a été effectué. Des tableaux et des résumés de données complets ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Un examen de la littérature et des lignes directrices les plus récentes et pertinentes publiées entre janvier 2006 et octobre 2014 a permis de mettre à jour les recommandations existantes et d'inclure les nouvelles recommandations.

Avant la publication, l'examen méthodique a été mis à jour et une recherche d'articles pertinents publiés en anglais entre octobre 2014 et le 31 décembre 2015 a été effectuée dans les bases de données Medline, CINAHL, CENTRAL, et CDSR. Le but de cette mise à jour de l'examen systématique consistait à identifier toute recherche pertinente susceptible d'entraîner une mise à jour des recommandations actuelles. Un total de 2042 articles de recherche ont été extraits, et une adjointe à la recherche du programme de LDPE de l'AIIAO a évalué l'admissibilité des études conformément à des critères établis d'inclusion et d'exclusion. La directrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a résolu les désaccords. Au total, six articles de recherche ont été inclus dans la mise à jour de l'examen systématique. Les articles de recherche inclus continuent d'appuyer les recommandations actuelles de la présente ligne directrice.

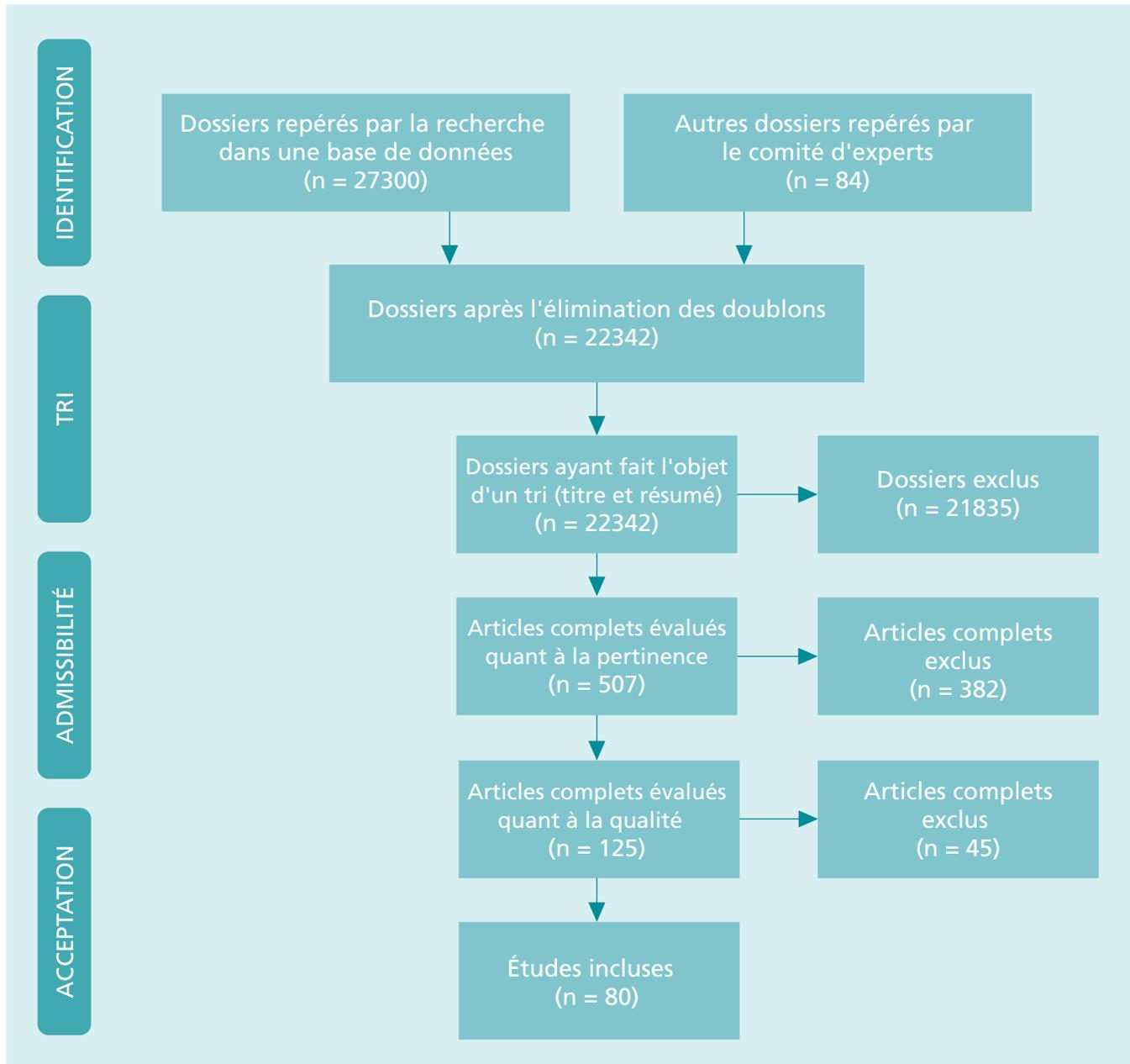
Une bibliographie complète de tous les textes complets d'articles examinés aux fins d'inclusion est disponible à <http://rnao.ca/bpg/guidelines/pressure-injuries>.

Organigramme du processus d'examen des lignes directrices



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535

Organigramme du processus d'examen des articles



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535

Annexe D : Ressources sur les lésions de pression dans des populations particulières

Ce qui suit ne représente pas une liste exhaustive des ressources sur les lésions de pression dans les populations particulières. Les ressources ci-dessous, suggérées à titre d'exemple de sources de renseignements, ont été identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

RESSOURCE	LIEN
Lésions de pression associées aux instruments médicaux	
<i>Best Practices for Prevention of Medical Device-Related Pressure Ulcers Posters (en anglais)</i> (NPUAP, n.d.)	http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/best-practices-for-prevention-of-medical-device-related-pressure-ulcers/
<i>Medical Device-Related Pressure Ulcers (MDRPU): The Hidden Epidemic Across the Lifespan (en anglais)</i> (NPUAP, 2013)	http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/webinars-archived-also-available/
Lésions de pression des muqueuses	
<i>Mucosal Membrane Pressure Ulcers: An NPUAP Position Statement (en anglais)</i> (NPUAP, 2008)	http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/Mucosal-Pressure-Ulcer-Position-Statement-final.pdf
Lésions de pression au tissu cartilagineux	
<i>Pressure Ulcers with Exposed Cartilage Are Stage IV Pressure Ulcers (en anglais)</i> (NPUAP, 2012)	http://www.npuap.org/resources/position-statements/
Lésions de pression chez les enfants	
Baharestani, M. M., et Ratliff, C. R. (2007). <i>Pressure Injuries in Neonates and Children: An NPUAP White Paper Advances in Skin and Wound Care</i> , 20(4), 208–220.	http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/peds-white-paper.pdf
<i>Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline (en anglais)</i> (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014)	http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/
Consulter le chapitre sur les patients pédiatriques	

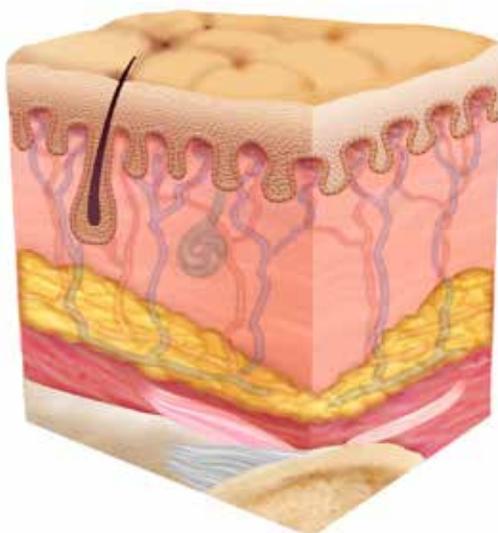
Lésions de pression chez les personnes souffrant de lésions médullaires	
<p><i>Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline (en anglais)</i> (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014)</p> <p>Consulter le chapitre sur les patients souffrant de lésions médullaires</p>	<p>http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/</p>
<p><i>Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury: A Resource Handbook for Clinicians (en anglais)</i> (Houghton et coll., 2013)</p>	<p>http://onf.org/system/attachments/168/original/Pressure_Ulcers_Best_Practice_Guideline_Final_web4.pdf</p>
Lésions de pression chez les personnes âgées, obèses, gravement malades, en salle d'opération ou en soins palliatifs	
<p><i>Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline (en anglais)</i> (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014)</p> <p>Consulter le chapitre sur les populations particulières</p>	<p>http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/</p>

Annexe E : Système de stadification des lésions de pression du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

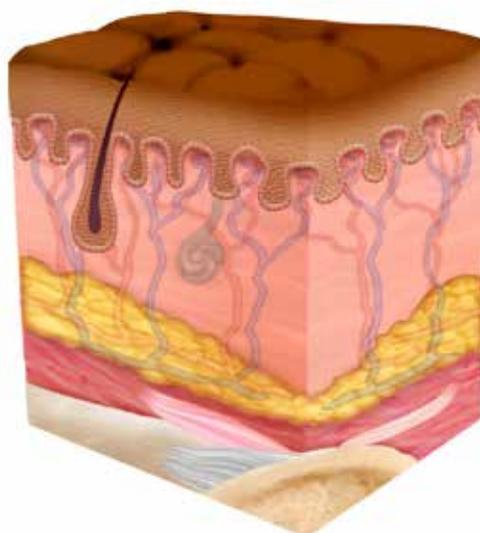
Le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a révisé la définition d'une lésion de pression au cours de la NPUAP 2016 Staging Consensus Conference qui a eu lieu du 8 au 9 avril 2016 à Rosemont (Chicago), Illinois.

Les définitions mises à jour des stades ont été présentées lors d'une réunion de plus de 400 professionnels. Utilisant un format de consensus, le Dr Mikel Gray, de l'Université de Virginie, a guidé avec efficacité le Groupe de travail sur les stades et les participants à la rencontre vers un consensus sur les définitions mises à jour par le biais d'un processus de discussion et de vote interactif. Au cours de la réunion, les participants ont également validé la nouvelle terminologie à l'aide de photographies.

Le système de classification des stades mis à jour comprend les définitions suivantes :



Peau saine – caucasien



Peau saine – non caucasien

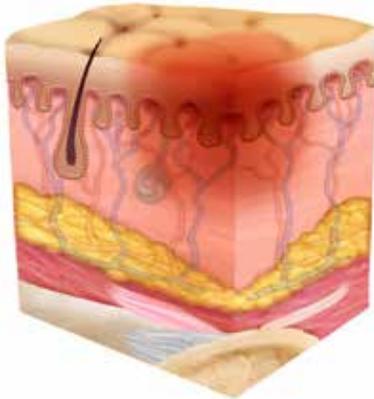
Lésion de pression

Une plaie de pression est une lésion de la peau et des tissus sous-jacents, habituellement localisée sur une proéminence osseuse, due à la pression seule ou causée par un dispositif médical ou un autre dispositif. La lésion peut se présenter sous forme de peau intacte ou d'ulcère ouvert et peut être douloureuse. La lésion survient en raison d'une pression intense et/ou prolongée combinée à un cisaillement. La tolérance des tissus mous à la pression et au cisaillement peut également être affectée par le microclimat, la nutrition, la perfusion, les comorbidités et l'état des tissus mous.

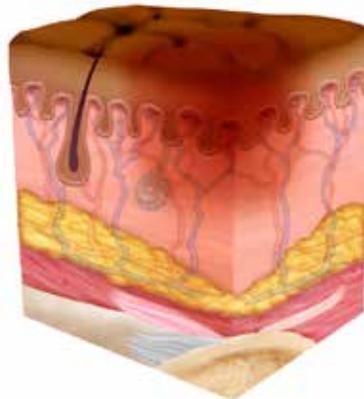
Source : Réimprimé à partir du document *NPUAP Pressure Injury Stages*, du National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016 (<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npup-pressure-injury-stages/>, <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>). Copyright 2016 by National Pressure Ulcer Advisory Panel. Réimpression autorisée.

Lésion de pression de stade 1 : Peau intacte avec une zone d'érythème non pâlisante

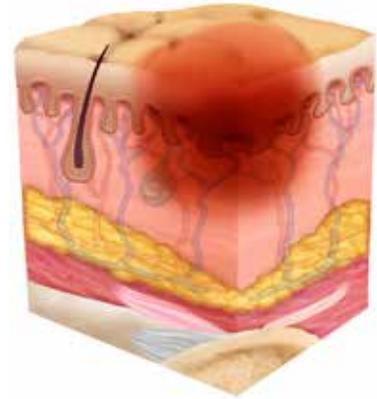
Peau intacte avec une zone d'érythème non pâlisante localisée, qui peut avoir une apparence différente chez les personnes de pigmentation foncée. La présence d'un érythème pâlisant ou des changements dans la sensation, la température ou la dureté peuvent précéder les changements visuels. Les changements de couleur ne comprennent pas les décolorations violacées ou marron, qui peuvent indiquer des dommages causés par la pression aux tissus profonds.



Lésions de pression – caucasien



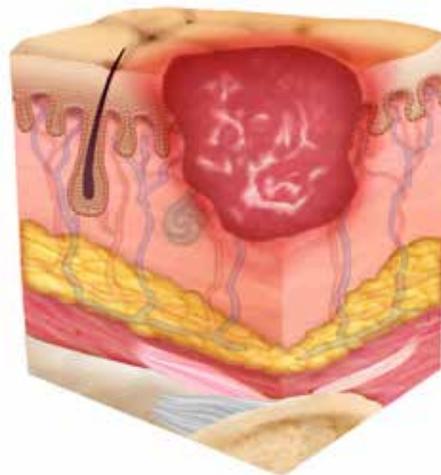
Lésions de pression – non caucasien



œdème de lésion de pression

Lésion de pression de stade 2 : Perte tissulaire d'épaisseur partielle avec exposition du derme

Perte tissulaire d'épaisseur partielle avec exposition du derme. Le lit de la plaie est viable, rose ou rouge, humide, et peut aussi avoir l'apparence d'une cloque séreuse intacte ou ouverte/fissurée. Le tissu adipeux et les tissus plus profonds ne sont pas visibles. Il n'y a pas de tissu de granulation, de tissus nécrotiques ou d'escarre. Ces lésions sont fréquemment causées par un microclimat défavorable et des forces de cisaillement dans la région pelvienne ou au talon. Ce stade ne doit pas être utilisé pour décrire les lésions cutanées causées par l'humidité, incluant la dermatite associée à l'incontinence, la dermatite intertrigineuse, les brûlures causées par les adhésifs médicaux ou les lésions traumatiques (déchirures de la peau, brûlures, abrasions).



Source : Réimprimé à partir du document *NPUAP Pressure Injury Stages*, du National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016 (<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>, <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>). Copyright 2016 by National Pressure Ulcer Advisory Panel. Réimpression autorisée.

Lésion de pression de stade 3 : Perte tissulaire complète

La perte tissulaire est complète, le tissu adipeux est visible dans la lésion et du tissu de granulation de même qu'une épibole peuvent souvent être observés. Des tissus nécrotiques et une escarre peuvent être présents. La profondeur des dommages tissulaires dépend de l'emplacement anatomique; des lésions profondes peuvent se développer dans les régions de forte adiposité. Le sousminement et la tunnellation peuvent survenir. Le fascia, le muscle, le tendon, le ligament, le cartilage ou l'os ne sont pas exposés. Quand le tissu dévitalisé ou l'escarre dissimulent l'étendue de la perte de tissu, la lésion est inclassable.



Lésion de pression



Domaine d'intérêt



Lésion de pression avec épibole

Lésion de pression de stade 4 : Perte de tissus sur toute l'épaisseur de la peau

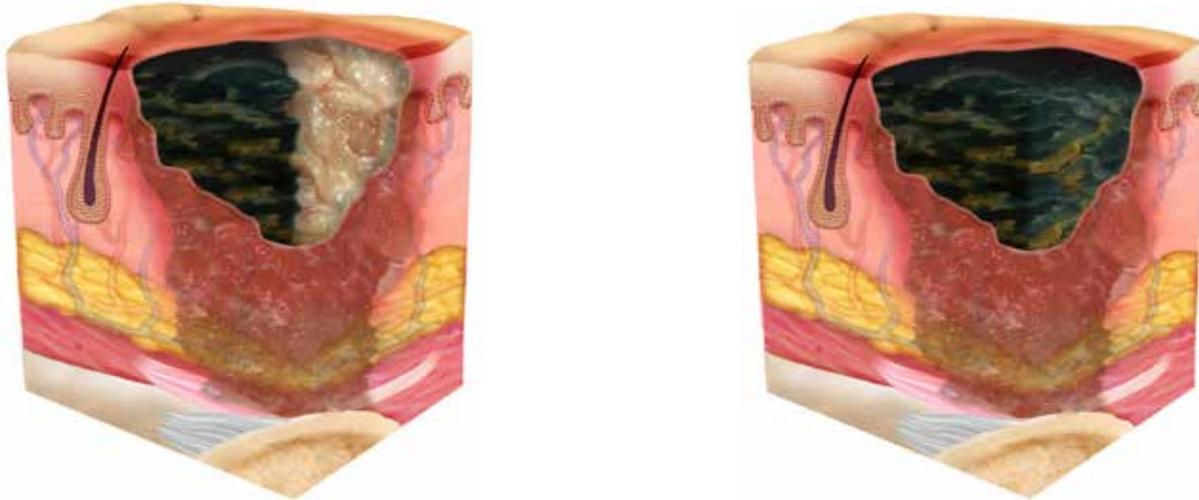
Perte de tissus sur toute l'épaisseur de la peau, le fascia, le muscle, le tendon, le ligament, le cartilage ou l'os sont exposés ou directement palpables dans la lésion. Des tissus nécrotiques et une escarre peuvent être présents. Une épibole (enroulement des marges de la plaie), le sousminement ou la tunnellation se produisent souvent. La profondeur varie en fonction de l'emplacement anatomique. Quand le tissu dévitalisé ou l'escarre dissimulent l'étendue de la perte de tissu, la lésion est inclassable.



Source : Réimprimé à partir du document *NPUAP Pressure Injury Stages*, du National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016 (<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>, <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>). Copyright 2016 by National Pressure Ulcer Advisory Panel. Réimpression autorisée.

Lésion de pression inclassable : La perte de tissus sur toute l'épaisseur de la peau est dissimulée

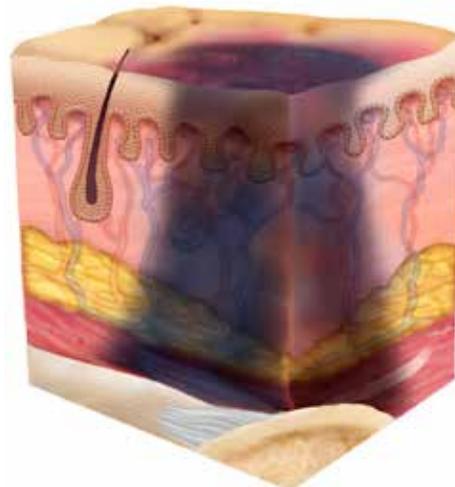
Perte de tissus sur toute l'épaisseur de la peau dans laquelle l'étendue des lésions tissulaires dans la plaie ne peut pas être confirmée parce qu'elle est dissimulée par des tissus dévitalisés ou une escarre. L'ablation des tissus dévitalisés ou de l'escarre révèle une lésion de pression de stade 3 ou 4. L'escarre stable (c'est-à-dire sèche, adhérente, intacte sans érythème ou fluctuation [masse fuyante]) sur un membre ischémique ou sur le talon ne doit pas être enlevée.



Lésion de pression inclassable avec tissus dévitalisé et escarre Lésion de pression inclassable avec escarre foncée

Lésion de pression aux tissus profonds : Érythème persistant non pâissant rouge foncé, marron ou pourpre

Peau intacte ou non intacte avec une zone localisée d'érythème persistant non pâissant de couleur rouge foncé, marron ou pourpre ou une séparation épidermique révélant un lit de plaie sombre ou une cloque remplie de sang. La douleur et les changements de température précèdent souvent les changements de couleur de la peau. L'érythème peut avoir une apparence différente chez les personnes à pigmentation foncée. Cette lésion résulte d'une pression intense et/ou prolongée et de forces de cisaillement à l'interface entre l'os et le muscle. La plaie peut évoluer rapidement pour révéler l'étendue réelle des lésions tissulaires, ou peut se résorber sans perte de tissu. Si le tissu nécrotique, le tissu sous-cutané, le tissu de granulation, le fascia, le muscle ou d'autres structures sous-jacentes sont visibles, cela indique une lésion de pression d'épaisseur complète (inclassable, stade 3 ou stade 4). Ne pas utiliser ce stade pour décrire les affections vasculaires, traumatiques, neuropathiques ou dermatologiques.



Source : Réimprimé à partir du document *NPUAP Pressure Injury Stages*, du National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016 (<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>, <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>). Copyright 2016 by National Pressure Ulcer Advisory Panel. Réimpression autorisée.

Annexe F : Exemple de formulaire portant sur les antécédents médicaux

<p>Principale plainte La ou les préoccupations qui ont incité la personne à demander des soins</p>
<p>Histoire de la présentation de la maladie (lésion de pression)</p> <ul style="list-style-type: none">• Description du développement de la lésion de pression• Pensées et sentiments à propos de la lésion de pression• Quels sont les analyses/traitements qui ont été effectués• Réponse au traitement
<p>Antécédents médicaux</p> <p>Médical : Maladies (p. ex., diabète, lésions médullaires, hypertension, etc.), perte ou gain de poids</p> <p>Chirurgical : Dates, indications, et type de procédure</p> <p>Psychiatriques : Maladies, diagnostics et traitements (y compris les périodes/dates)</p>
<p>Allergies Énumérer les allergies et le type de réaction</p>

Historique familial Résumer ou faire un schéma de l'âge, l'état de santé, ou le décès/cause de décès des membres de la famille immédiate (parents et frères et sœurs)

Histoire personnelle et sociale Sources de soutien, style d'adaptation, source de revenu, habitudes de vie (tabagisme, alcool, drogues de rue), apport alimentaire, exercice, description du lieu de résidence.

Dispositifs actuellement utilisés, et sources de financement pour ceux-ci : type de fauteuil roulant, coussins, lit, matelas, aides à la mobilité et aux transferts. Consignez l'âge des dispositifs et la fonction actuelle.

Examen des systèmes

SNC : accidents vasculaires cérébraux, des maux de tête, des maladies chroniques qui affectent la sensation ou la mobilité (par exemple, Parkinson, SP, etc.)

ORL : problèmes au niveau des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge; problèmes de déglutition

RESP: problèmes respiratoires (p. ex., MPOC, asthme), cancer

Psychiatrique : problèmes d'humeur, anxiété, psychose, dépendance, mode de sommeil, problèmes cognitifs

SCV : problèmes cardiaques, hypertension, hypotension, AOMI

TGI : problèmes au niveau de l'intestin, de l'estomac ou de la vésicule biliaire, problèmes de défécation, problème lié à l'alimentation ou l'apport nutritionnel, perte ou gain de poids

Génito-urinaire : Antécédents de troubles des voies urinaires (par exemple, infections, fréquence, incontinence)

Intergumentaire : problèmes cutanés, éruptions cutanées, cancers, lésions de pression antérieures

Endocrinien : diabète, problèmes thyroïdiens

Essais diagnostiques : analyses sanguines, radiographies, scans, biopsies, échographies (date et résultats)

Élaboré par Laura Teague et Karen Campbell à partir des renseignements tirés du document *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking* (10e éd.), par L. S. Bickley, 2009. Philadelphie, Penn. : Lippincott Williams et Wilkins.

Annexe G : Outils d'évaluation de l'anxiété, du stress et de la dépression

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive d'outils pour évaluer l'anxiété, la dépression et le stress chez les personnes. Les outils ci-dessous, suggérés à titre d'exemple de sources de renseignements, ont été identifiés dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

OUTIL	DESCRIPTION DE L'OUTIL	ACCÈS INTERNET
Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (ÉHAD)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisé pour mesurer l'anxiété et la dépression dans la pratique clinique (par exemple, les consultations externes) ■ Comprend 14 questions et devrait prendre environ 10 minutes à remplir. ■ Des scores plus élevés sur le questionnaire indiquent une plus grande anxiété ou un niveau de dépression plus important. ■ Le questionnaire peut être utilisé pour suivre les progrès ■ Il se peut que les scores ne reflètent pas la réalité (les réponses sont biaisées ou la personne interprète mal les instructions) (Solowiej, Mason, & Upton, 2010). 	http://www.scalesandmeasures.net/files/files/HADS.pdf
Échelle de stress perçu (ÉSP)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisé pour mesurer l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme stressantes ■ L'échelle peut être appliquée dans une variété de contextes ■ L'échelle a trois versions (ÉSP-14, ÉSP-10 et ÉSP-4) ■ Le questionnaire de l'échelle complète (ÉSP-14) devrait prendre environ 10 minutes à remplir ■ La version courte (ÉSP-4) peut être utilisée pour effectuer des entrevues courtes ■ Il se peut que les scores ne reflètent pas la réalité (les réponses sont biaisées ou la personne interprète mal les instructions) (Solowiej, Mason, & Upton, 2010). 	http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS.html (ÉSP-10).
Le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) 9questionnaire sur l'anxiété chronique et réactionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être utilisé en pratique clinique pour déterminer l'anxiété chronique et l'anxiété réactionnelle liée à une situation particulière • L'anxiété réactionnelle est temporaire, tandis que l'anxiété chronique est à long terme (l'échelle peut être utilisée pour les différencier) • L'échelle est composée de 40 éléments et le questionnaire devrait prendre environ 10 minutes à remplir <p>Les scores peuvent ne pas refléter la réalité (réponses biaisées ou si la personne interprète mal les instructions) (Solowiej, Mason, & Upton, 2010).</p>	http://www.mindgarden.com/ (pour acheter l'outil)

Annexe H : Outils d'évaluation du risque de lésion de pression

Les outils validés d'évaluation du risque chez l'adulte les plus fréquemment utilisés sont (sans ordre d'importance particulier) :

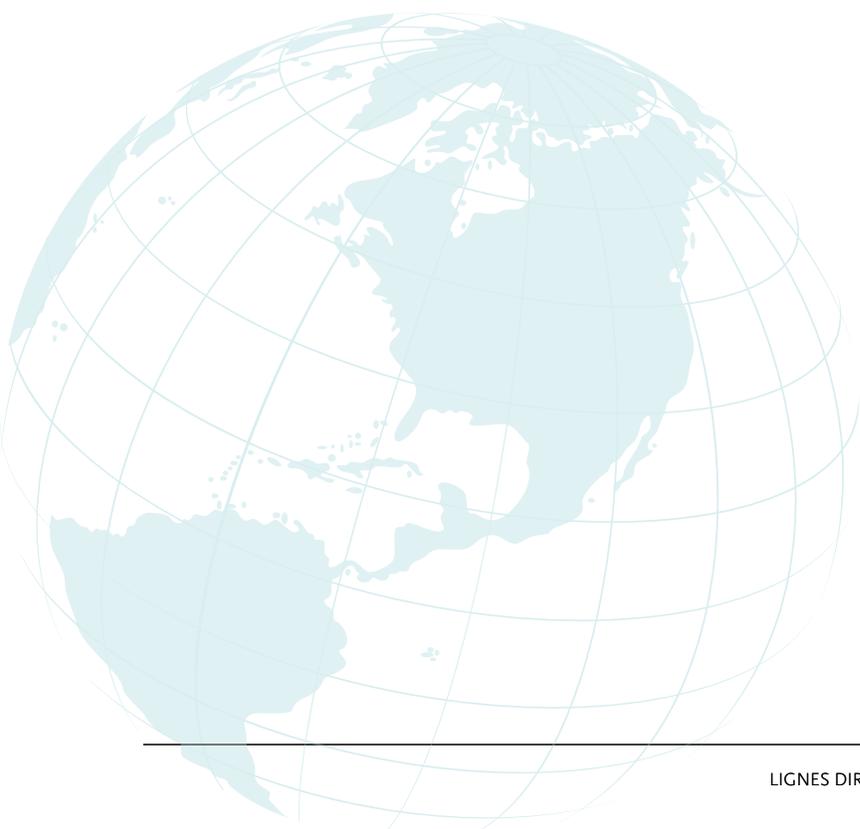
- **L'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden** (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne et Ruby, 1988; Braden et Bergstrom, 1994; Garcia-Fernandez, Pancorbo-Hidalgo, et Agreda, 2014; Kring, 2007);
- **L'échelle de Norton** (Garcia-Fernandez et coll., 2014);
- **L'échelle de Waterlow** (Garcia-Fernandez et coll., 2014);
- **L'échelle de risques de plaies de pression (PURS)** (Carreau, Niezgodza, Trainor, Parent, & Woodbury, 2015; Poss et coll., 2010).

Les études ont montré que ces outils sont fiables et valides (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014; Perry et coll., 2014; RNAO, 2011). Ils sont actuellement approuvés par des groupes de lignes directrices réputés, tels que l'Australian Wound Management Association (AWMA), l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) et la Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPIA).

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive des outils d'évaluation du risque de lésions de pression. Les outils ci-dessous, suggérés à titre d'exemple, ont été identifiés dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

OUTIL	ÉTUDES DE VALIDATION	ACCÈS INTERNET
Échelle de Braden	<p>Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., et Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk: A multi-site study of the predictive validity of the Braden scale. <i>Nursing Research</i>, 47(5), 261–9.</p> <p>Kring, D.L. (2007) Reliability and validity of the Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i>, 34(4), 399-406.</p> <p>Garcia-Fernandez, E. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., et Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A meta-analysis. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i>, 41(1), 24–34.</p>	<p>http://www.education.woundcarestrategies.com/coloplast/resources/BradenScale.pdf</p>
Échelle de Norton	<p>Garcia-Fernandez, E. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., et Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A meta-analysis. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i>, 41(1), 24-34.</p>	<p>http://www.health.vic.gov.au/_data/assets/file/0010/233668/Norton-scale.pdf</p>
Waterloo Pressure Ulcer Risk Assessment	<p>Garcia-Fernandez, E. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., et Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A meta-analysis. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i>, 41(1), 24-34.</p>	<p>http://www.judy-waterlow.co.uk/index.htm</p>

OUTIL	ÉTUDES DE VALIDATION	ACCÈS INTERNET
<p>Échelle de risque de plaies de pression (PURS)</p>	<p>Carreau, L., Niezgodna, H., Trainor, A., Parent, M., et Woodbury, M.G. (2015) Pilot study compares scores of the Resident Assessment Instrument Minimum Data Set version 2.0 (MDS 2.0) Pressure Ulcer Risk Scale with the Braden Pressure Ulcer Risk Assessment for Patients in Complex Continuing Care. <i>Advances in Skin and Wound Care</i>, 28(1), 28–33.</p> <p>Poss, J., Murphy, K. M., Woodbury, M. G., Orsted, H., Stevenson, K., Williams, G., ... Hirdes, J. P. (2010). Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. <i>BMC Geriatrics</i>, 10(67). doi:10.1186/1471-2318-10-67</p>	<p>http://ltctoolkit.rnao.ca/sites/ltc/files/resources/pressure_ulcer/AssessmentTools/AppedixkPUBPG.pdf</p> <p>Veillez consulter l'annexe K.</p> <p>http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/7749_PRESSURE-ULCERS_Supplement_2011.pdf</p>



Annexe I : Outils d'évaluation des lésions de pression

Selon le consensus du groupe d'experts et les lignes directrices actuelles sur les soins des plaies, les outils d'évaluation des plaies les plus courants, validés et fiables à utiliser chez les adultes sont les suivants (sans ordre d'importance particulier) :

- **Le Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) (en anglais)** (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014; WOCN, 2010);
- **Le Photographic Wound Assessment Tool (PWAT) (en anglais)** (Houghton et coll., 2013; Thompson, Gordey, Bowles, Parslow, et Houghton, 2013);
- **L'outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen (BWAT) (en anglais)** (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014; WOCN, 2010).

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive des outils d'évaluation des lésions de pression. Les outils ci-dessous, suggérés à titre d'exemple de sources de renseignements, ont été identifiés dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

OUTIL	SOURCE/ACCÈS INTERNET	DESCRIPTION
Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)	National Pressure Ulcer Advisory Panel (1998) : http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/push-tool/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développé par le groupe de travail du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) pour aider les cliniciens à déterminer si une lésion cicatrise ou s'améliore au fil du temps (Thomas et coll., 1997). ■ Créé en réponse à l'utilisation abusive du système de stadification du NPUAP, qui était utilisé de façon inappropriée pour décrire le progrès de la lésion ou sa guérison. ■ La version originale du PUSH avait plusieurs domaines différents. Cependant, une technique statistique a été utilisée pour déterminer que trois éléments (la surface, la quantité d'exsudat et le lit de la plaie) définissaient le meilleur modèle de guérison (Gardner, Frantz, Bergquist, & Shin, 2005). Chacune des trois sous-échelles est pondérée; le domaine de la taille, déterminée après la mesure de la longueur et de la largeur de la plaie en utilisant une règle, compte pour 10 des 17 scores totaux (Thomas et coll., 1997). ■ La validité du PUSH a été établie et une bonne corrélation entre les scores PUSH totaux et les tracés à l'acétate illustre une bonne validité concurrente (Thomas et coll., 1997). ■ La fiabilité entre évaluateurs n'a pas été signalée, et compte tenu de la grande variation qui se produit lorsque différents évaluateurs mesurent l'étendue de la plaie à l'aide d'une règle, on s'attend à une mauvaise fiabilité inter-évaluateurs. Cependant, plusieurs études ont montré que les mesures répétées du PUSH dans les plaies au fil du temps sont capables de détecter les différences entre les plaies cicatrisantes et les plaies non cicatrisantes (Gardner et coll., 2005; Stotts et coll., 2001). Cela a été démontré non seulement pour les lésions de pression, mais aussi pour d'autres types de plaies (Hon, Lagden, McLaren, Orr, & O'Sullivan., 2010). ■ L'outil PUSH a été utilisé dans des essais cliniques randomisés pour montrer des différences statistiquement significatives dans la guérison entre les groupes et au fil du temps (Lee et coll., 2006). ■ Étant donné qu'il faut moins de 2 minutes pour terminer l'évaluation, cet outil d'évaluation est recommandé pour une utilisation répétée sur les personnes souffrant de lésions de pression afin de déterminer si l'état de la plaie s'améliore ou s'aggrave.

OUTIL	SOURCE/ACCÈS INTERNET	DESCRIPTION
Photographic Wound Assessment Tool (PWAT)	Hodgkinson, Bowles, Gordy, Parslow, & Houghton (2010): http://www.southwesthealthline.ca/healthlibrary_docs/B.9.3b.PWATInstruc.pdf	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboré comme un instrument qui pourrait être utilisé pour déterminer l'état d'une lésion d'après une photographie plutôt qu'au chevet du patient (Houghton, Kincaid, Campbell, Keast, & Woodbury, 2000). • À l'origine, le PWAT était basé sur des composantes de l'outil de diagnostic de l'état de pression (Pressure Sore Status Tool , PSST) qui pouvaient être déterminées à partir d'une image visuelle, y compris la taille de la plaie, la composition du lit de la plaie et la peau péri-lésionnelle (Houghton et coll., 2000). Une révision de l'outil a été préparée et validée en 2012, de sorte qu'elle contient maintenant huit items, chacun évalué sur une échelle de cinq points allant de 0 à 4, ce qui donne un score total sur 32, zéro représentant une lésion complètement cicatrisée (Thompson et coll., 2013). La validité du contenu de cet outil n'a pas été évaluée. • Une évaluation de 300 photographies prises sur 139 lésions d'étiologie différente a montré une excellente fiabilité et 89 % d'accord entre les scores totaux de PWAT lors de l'évaluation des plaies au chevet du patient comparé à l'utilisation d'une image numérique (Thompson et coll., 2013). • Le PWAT a été capable de détecter les différences entre les blessures cicatrisantes et non cicatrisantes (Houghton et coll., 2000), et il a été utilisé pour détecter les différences entre les groupes de traitement dans trois essais contrôlés randomisés (Houghton et coll., 2010; Houghton et coll., 2003; Thompson et coll., 2013). • Cet instrument peut être utile aux cliniciens et aux chercheurs qui souhaitent photographier des blessures et qui trouvent que le PWAT contient les éléments qui sont pertinents à leurs besoins. • Un équipement normalisé et une technique cohérente devraient être utilisés avec la photographie de lésions en série. Il faut toutefois souligner que les photographies ne doivent pas remplacer l'évaluation clinique des plaies au chevet (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014).

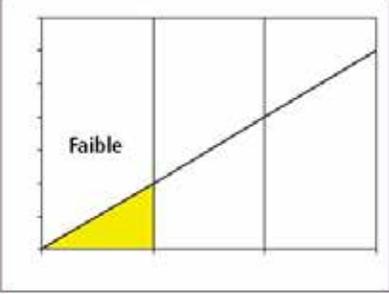
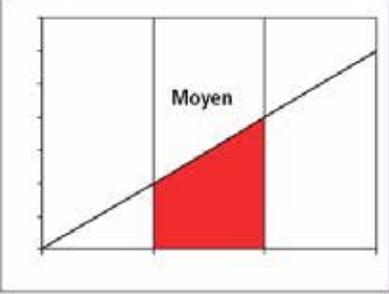
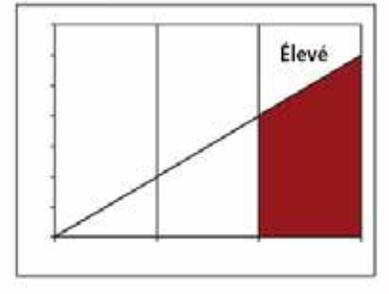
OUTIL	SOURCE/ACCÈS INTERNET	DESCRIPTION
<p>Outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen (BWAT)</p>	<p>Bates-Jensen (2001): http://geronet.med.ucla.edu/centers/borun/modules/Pressure_ulcer_prevention/puBWAT.pdf</p> <p>Guide illustré :</p> <p>Harris, C., Bates-Jensen, B., Parslow, N., Raizman, R., Singh, M., et Ketchen, R. (2010). Bates-Jenson Wound Assessment Tool: Pictorial Guide Validation Project. <i>Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing</i>, 37(3), 254–259.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'un des outils d'évaluation les plus utilisés dans la pratique des soins de plaies au Canada. ■ Le PSST, qui a été développé par Barbara Bates-Jensen, est un outil discriminatif complet qui comprend 13 éléments, notamment l'étendue de la plaie (taille et profondeur), la qualité et la quantité de tissu dans le lit de la plaie, les marges et la peau péri-lésionnelle. Chaque élément est évalué sur une échelle de cinq points et additionné pour donner une échelle de 13-65, où un score de 13 représente une lésion complètement cicatrisée. ■ Il a été démontré que le PSST a une très grande validité de contenu, ce qui signifie que l'outil contient tous les domaines appropriés pour décrire complètement la plaie (Bates-Jensen, Vredevoe, & Brecht, 1992). ■ Une validation plus poussée a montré que le PSST avait une excellente validité concurrente en comparaison avec le système de stadification du NPUAP et une bonne fiabilité intra-évaluateur et inter-évaluateurs (Bates-Jensen and McNees, 1995). ■ En 2001, le PSST a été révisé et renommé BWAT pour signifier qu'il pouvait aussi être utilisé pour évaluer d'autres types de lésions (AllAO, 2007). Les révisions ont été jugées mineures et il n'a pas fait l'objet d'une validation supplémentaire importante (Karahan et coll., 2014). ■ Le BWAT a été utilisé pour détecter les différences dans l'état de la plaie au fil du temps et pour déterminer si de nouvelles interventions thérapeutiques accélèrent la guérison des lésions par rapport aux traitements témoins ou au traitement conventionnel des plaies. ■ Les résultats ont été équivoques, les différences significatives entre les groupes et au fil du temps n'étant pas toujours détectées (Gardner et coll., 2005; Gupta et coll., 2009; Houghton et coll., 2003; McCallon & Frilot, 2015). ■ Étant donné qu'il n'existe aucun rapport publié démontrant la sensibilité du PSST ou du BWAT, il n'est pas possible de déterminer si les résultats contradictoires sont dus à un traitement inefficace ou au fait que l'outil d'évaluation n'est pas sensible aux changements. ■ Étant donné que les résultats tirés du PSST ont été jugés plus précis et plus fiables lorsqu'ils sont utilisés par des cliniciens expérimentés plutôt que novices (Bates-Jensen et coll., 1992) et qu'il faut en moyenne 3,4 (expérimentés) et 15 minutes (novices) pour compléter l'évaluation (RNAO, 2007), l'utilisation du PSST/BWAT peut être plus appropriée pour les cliniciens expérimentés en tant qu'outil d'évaluation discriminatif pour décrire la plaie de façon exhaustive lors de l'évaluation initiale. ■ L'utilisation répétée de l'outil pour détecter les changements dans l'état de la plaie au fil du temps n'est pas recommandée pour le moment, car la réactivité du PSST/BWAT n'a pas encore été démontrée.

CARACTÉRISTIQUE	NPUAP PRESSURE INJURY STAGING SYSTEM	PUSH	PWAT	PSST/BWAT
OUTIL D'ÉVALUATION DISCRIMINATIF				
Décrit l'étendue et la gravité de la plaie. Utilisé uniquement lors de l'évaluation initiale.	Oui	Non	Non	Non
Décrit les caractéristiques de la plaie (étendue, lit, marges, peau péri-lésionnelle)	Non	Non	Certaines	Oui
VALIDITÉ DU CONTENU				
Peut être utilisé sur des photographies des lésions	Non	Non	Oui	Non
VALIDITÉ CONCURRENTTE				
Peut être utilisé avec plusieurs évaluateurs	Oui	Non	Oui	Oui
FIABILITÉ				
OUTILS D'ÉVALUATION ÉVALUATIFS				
Peut détecter si la plaie guérit (c'est-à-dire, s'améliore ou s'aggrave) SENSIBILITÉ	Non	Oui	Oui	Non

Les définitions suivantes (adaptées de Guyatt, Rennie, Meade, & Cook, 2008) sont fournies pour faciliter l'interprétation des diagrammes ci-dessus :

- **Les outils d'évaluation discriminatifs** sont élaborés pour distinguer les individus sur la base de la présence ou de l'absence de certaines caractéristiques. De tels outils ont tendance à être assez exhaustifs, couvrant tout le spectre des caractéristiques liées au type de plaie décrit, et fournissent ainsi une mine de renseignements pour décrire l'état de la plaie à un moment donné.
- **Les outils d'évaluation évaluatifs** évaluent l'ampleur d'un changement (par exemple, la guérison) qui se produit au fil du temps. Par conséquent, les éléments inclus dans une évaluation ne devraient être que ceux qui changeront à mesure que la plaie guérira. Parce que les outils évaluatifs peuvent détecter les changements dans l'état de la plaie, ils peuvent être utilisés comme mesure de résultat pour déterminer l'efficacité des interventions de traitement.
- **La validité du contenu** est la mesure dans laquelle un outil d'évaluation évalue ce qu'il est censé mesurer; elle est habituellement confirmée par un groupe d'experts qui sont d'accord pour dire que l'outil possède suffisamment d'éléments pour décrire adéquatement le type de plaie évaluée. En général, plus l'information disponible pour illustrer la validité du contenu est importante, plus le niveau de confiance accordé à l'instrument de mesure peut être élevé.
- **La validité concurrente** est établie lorsqu'il existe une association ou un accord suffisamment fort entre les résultats obtenus à l'aide d'un outil nouvellement développé et ceux obtenus à l'aide d'une mesure bien établie ou d'un outil de référence. Plus le coefficient de corrélation est proche de un, plus la relation entre le nouvel outil et un outil de référence est forte, et plus l'instrument est précis.
- **La fiabilité** désigne la mesure dans laquelle les mesures effectuées avec un outil de mesure particulier sont reproductibles soit par le même évaluateur à différents moments (intra-évaluateur), soit par deux évaluateurs différents (inter-évaluateurs). Un outil d'évaluation qui contient des domaines qui sont sélectionnés en fonction de l'opinion subjective et de l'interprétation individuelle aura probablement une mauvaise fiabilité inter-évaluateurs. Cependant, un tel outil peut quand même s'avérer utile si les évaluations sont effectuées par le même clinicien. Comme un instrument fiable fournit des mesures cohérentes, un effet plus petit du traitement doit avoir lieu pour que le changement soit détecté ou pour que le changement soit réel. En général, les coefficients de fiabilité entre 0,75 et 1,0 sont considérés comme acceptables.
- La **réactivité** ou sensibilité au changement est la capacité d'un outil d'évaluation à détecter un changement dans le temps qui peut être attribué à un effet de traitement. Il est essentiel qu'un instrument soit réactif s'il doit être utilisé comme mesure de résultat pour évaluer l'efficacité d'un programme de traitement.

Annexe J : Progression de l'équilibre bactérien aux dommages bactériens

<p>Contaminée ou colonisée</p>  <p>Faible</p>	<p>Des bactéries sont présentes sur la surface de la plaie (contaminée). Les microorganismes se répliquent à vitesse constante et s'attachent aux tissus de la plaie, mais ils ne causent pas de dommages aux tissus ou de retard de guérison (colonisation).</p>	
<p>Colonisation critique (infection locale, infection cachée, charge bactérienne accrue)</p>  <p>Moyen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le fardeau bactérien du lit de la plaie augmente • Ceci déclenche la réponse immunitaire du corps (inflammation). • La blessure ne guérit plus à la vitesse attendue : la taille de la plaie ne diminue pas. • Observer la plaie pour détecter les signes de la mnémonique NERDS. 	
<p>Infectée</p>  <p>Élevé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les bactéries sont présentes dans la plaie et ont envahi les tissus plus profonds. Elles se multiplient et endommagent les tissus. • La réponse inflammatoire qui a été déclenchée s'étend maintenant aux tissus plus profonds qui entourent la plaie • La plaie est douloureuse et sa taille peut avoir augmenté. Des zones de bris satellites peuvent apparaître. • Observer la plaie pour détecter les signes de la mnémonique STONES. 	

Source : Réimprimé à partir de « Increased Bacterial Burden and Infection: NERDS and STONES », R. G. Sibbald, K. Woo, and E. A. Ayello, 2007, *Wounds UK*, 3(2), pp. 25–46. Copyright 2007 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Annexe K : Évaluation des infections

Il s'agit d'une méthode pour évaluer systématiquement la colonisation critique superficielle (infection localisée) et l'infection profonde et environnante (infection systémique) chez les personnes souffrant de lésions de pression. La liste qui suit n'est pas exhaustive mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Les deux types d'infections doivent être traités afin d'éviter les retards dans la guérison des plaies.

NERDS[®]

Cette méthode a été validée pour l'évaluation du fardeau bactérien dans les plaies (Woo & Sibbald, 2009). Une personne doit répondre à **au moins trois des critères suivants** pour que le traitement d'une infection superficielle de la plaie soit envisagé (Perry et coll., 2014; Sibbald et coll., 2007; Sibbald et coll., 2011) :

N – non cicatrisante. Il s'agit de lésions qui n'ont pas guéri, malgré la mise en œuvre d'interventions appropriées en soins de plaies (p. ex., la cause de la plaie a été traitée et les préoccupations axées sur la personne ou la famille ont été abordées).

E – exsudat. Une augmentation de l'exsudat d'une lésion de pression indique un déséquilibre bactérien (en l'absence d'un processus de débridement autolytique), et peut provoquer une macération péri-lésionnelle.

R – rouge, saignement. Une surface de plaie rouge avec des saignements et un tissu de granulation sont indicatifs d'un déséquilibre bactérien.

D – débris. Les tissus nécrotiques jaunes ou noirs et les débris à la surface de la plaie stimulent l'infection en agissant comme une source de nourriture pour les bactéries.

S – « senteur ». L'odeur désagréable des lésions de pression résulte généralement d'un déséquilibre bactérien, d'une inflammation tissulaire et de la libération de sous-produits bactériens à partir d'une nécrose tissulaire. Différentes bactéries produisent différentes odeurs - par exemple, *pseudomonas* diffuse un parfum doux, tandis que les anaérobies produisent une odeur putride.

STONEES®

C'est une méthode pour évaluer systématiquement les infections des plaies plus profondes et environnantes (infections systémiques). Cette méthode a été validée pour l'évaluation du fardeau bactérien dans les plaies (Woo and Sibbald, 2009). Une personne doit répondre à **au moins trois des critères suivants** pour qu'une intervention visant une infection de plaie profonde et environnante soit envisagée :

S – surface (taille). Une augmentation de la taille de la lésion peut être due à (1) à des dommages tissulaires plus profonds et environnants causés par des bactéries (2) à la cause non traitée de la blessure (3) à une cause locale ou systémique qui nuit à la cicatrisation (Sibbald et coll., 2007).

T – température. L'infection doit être fortement soupçonnée s'il y a une différence de température supérieure à 3 degrés entre les deux sites à image miroir (par exemple, le talon gauche et le talon droit) (Sibbald, Elliott, Ayello, & Somayaji, 2015; Sibbald et coll., 2007).

O – os (palpable ou exposé). L'ostéomyélite doit être fortement suspectée si un professionnel de la santé peut palper l'os ou si l'os est exposé (Sibbald et coll., 2007).

N – nouvelles lésions ou lésions satellites. Les lésions satellites sont des zones de dommages de la peau qui sont distinctes de la principale lésion de pression. Elles peuvent apparaître lorsque (1) la cause de la plaie n'a pas été traitée (2) des dommages locaux sont présents ou (3) il y a une infection (Sibbald et coll., 2007).

E – exsudat. L'augmentation de l'exsudat est une indication de l'augmentation de la charge bactérienne et des dommages (Sibbald et coll., 2015; Woo & Sibbald, 2009).

E – érythème ou œdème (cellulite). L'érythème ou l'œdème indiquent une augmentation de la charge bactérienne et des lésions bactériennes. Le fardeau et les dommages bactériens provoquent à leur tour une inflammation, une vasodilatation (c'est-à-dire un érythème) et une infiltration de liquide dans le tissu (c'est-à-dire un œdème) (Sibbald et coll., 2015; Sibbald et coll., 2007; Woo et Sibbald, 2009).

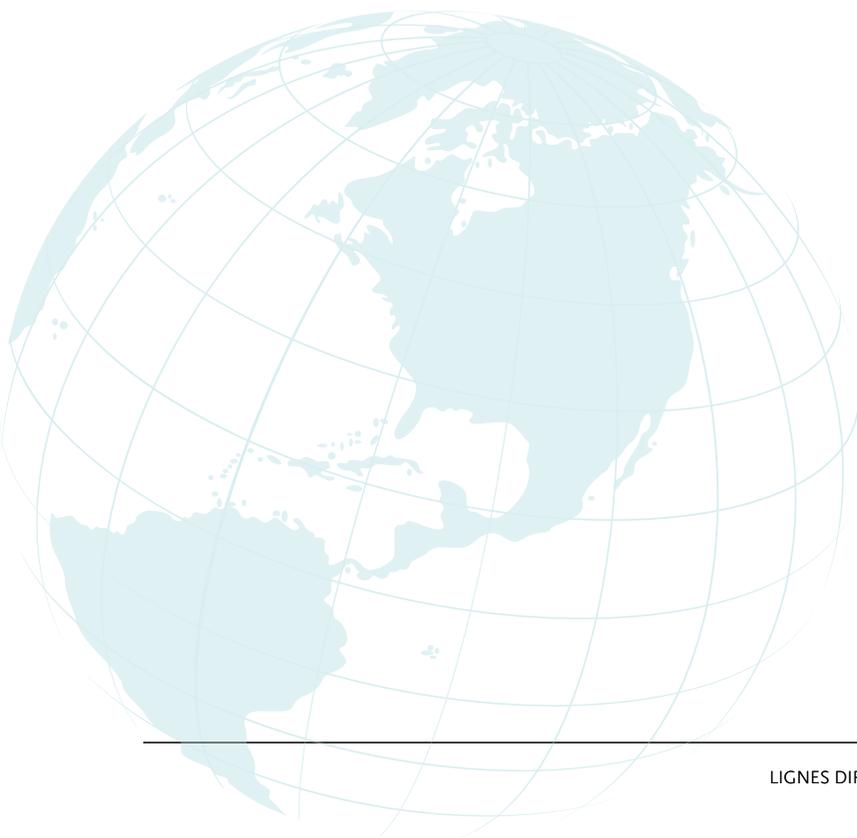
S – « senteur ». Les plaies peuvent avoir une mauvaise odeur en raison des bactéries qui envahissent les tissus (Sibbald et coll., 2007).

Annexe L : Technique d'écouvillonnage

La technique de Levine^G est une méthode pour obtenir un écouvillonnage de plaie semi-quantitatif permettant de guider le choix d'un agent anti-infectieux approprié (ou une culture de plaie, selon le milieu de soins) (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014; WOCN, 2010). Une culture de tissus peut également être appropriée. La liste qui suit n'est pas exhaustive mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Technique de Levine pour la réalisation de cultures quantitatives d'écouvillonnage :

1. Nettoyer la plaie avec une solution saline physiologique.
2. Retirer/débrider les tissus non viables.
3. Attendre de deux à cinq minutes.
4. Si la lésion est sèche, humecter l'écouvillon avec de la solution saline stérile.
5. Faire le prélèvement à l'endroit qui semble le plus sain dans le lit de la plaie.
6. Ne pas prélever de pus, d'exsudat, de plaie dure (escarre) ou de tissu très fibreux.
7. Tourner la pointe d'un écouvillon stérile à embout d'alginate dans une zone de 1 cm² pendant 5 secondes.
8. Appliquer une pression suffisante pour dégager l'exsudat du tissu.
9. Utiliser une technique stérile pour briser la pointe de l'écouvillon dans un dispositif de collecte conçu pour les cultures quantitatives (NPUAP, EPUAP et PPIA, 2014, p. 164).



Annexe M : Outils de dépistage et d'évaluation de l'état nutritionnel

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des outils de dépistage et d'évaluation de l'état nutritionnel mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

OUTIL	ACCÈS INTERNET	DESCRIPTION
Outil Canadien de dépistage nutritionnel	Groupe de travail canadien sur la malnutrition (2014) : http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf	L'OCDN, qui pose des questions sur les modifications récentes du poids et de l'apport alimentaire, a fait l'objet d'un test de fiabilité lorsqu'il a été utilisé par divers professionnels de la santé (p. ex., diététistes autorisées, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et techniciens en diététique) (Laporte et coll., 2014). L'OCDN pose deux questions : (1) <i>Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids?</i> et (2) <i>depuis plus d'une SEMAINE, mangez-vous moins que d'habitude?</i> Une personne qui répond « oui » aux deux questions est considérée à risque de malnutrition
Évaluation globale subjective	Groupe de travail canadien sur la malnutrition (2014) : http://nutritioncareincanada.ca/resources/resources-for-your-practice?lang=fr	L'ÉGS est un outil d'évaluation rapide qui établit (c.-à-d. diagnostique) l'état nutritionnel et peut aider à déterminer les cas prioritaires. Il combine des informations sur l'apport alimentaire, le poids, les symptômes gastro-intestinaux, la capacité fonctionnelle et les exigences métaboliques d'un individu avec une évaluation physique (Detsky et coll., 1987) pour fournir une évaluation globale de l'état nutritionnel de la personne. L'évaluateur attribue une cote A (bien nourri), B (légèrement malnutri) ou C (gravement malnutri). Les individus qui sont classés dans la catégorie B ou C devront faire l'objet d'une évaluation nutritionnelle plus complète (NPUAP, EPUAP et PPPA, 2014).

Annexe N : Outils d'évaluation de la douleur

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des outils d'évaluation de la douleur, mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

CATÉGORIE	OUTILS ET REPÈRES POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR
Adultes sans troubles cognitifs	<p>Ces outils d'évaluation de la douleur ont été validés pour être utilisés chez les adultes souffrant de lésions de pression (AWMA, 2012; NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014, Solowiej, Mason et Upton, 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Échelle visuelle analogique ■ Échelle numérique d'évaluation de la douleur ■ Échelle verbale d'évaluation de la douleur ■ Échelle d'évaluation de la douleur Wong-Baker FACES ■ Questionnaire sur la douleur McGill
Personnes atteintes de troubles cognitifs (y compris les adultes atteints de troubles de la communication, mais non de troubles cognitifs, p. ex., SLA, AVC)	<p>Selon la gravité de la déficience cognitive, le groupe d'experts recommande plusieurs outils d'évaluation de la douleur auto-déclarés qui ont été utilisés dans cette population, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Iowa Pain Thermometer ■ Échelle verbale d'évaluation de la douleur <p>Les outils d'évaluation de la douleur par observation suivants peuvent être envisagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) protocol (Protocole d'évaluation de l'inconfort dans la démence) ■ Abbey Pain Scale ■ Liste de contrôle de l'évaluation de la douleur pour les aînés ayant une capacité limitée à communiquer, questionnaire sur la douleur par procuration ■ Pain Assessment in Advanced Dementia (AWMA, 2012) <p>Les indices non verbaux suivants peuvent être utilisés pour évaluer la douleur (NPUAP, EPUAP et PPIIA, 2014; Solowiej, Mason et Upton, 2011, 2015) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Changements d'activité ■ Diminution de l'appétit ■ Tenir un support ■ Grimaces ■ Sevrage ■ Pleurs ■ Gémissements ■ Délire ■ Agitation ■ Frottements ■ Augmentation du rythme cardiaque et respiratoire ■ Taux de clignement des yeux plus rapide ■ Tension musculaire ■ Crispation et transpiration des mains ■ Bouche sèche ■ Peau pâle et sueur froide ■ Comportement d'évitement

Annexe O : Évaluation de la position assise

Ce qui suit est une méthode de la façon d'effectuer une évaluation de la position assise pour les personnes souffrant de lésions de pression. La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive, mais plutôt un exemple d'évaluation de la position assise identifié dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Le terme « ulcère de pression » utilisé dans cette annexe se réfère à la « lésion de pression ».

Évaluation de la position assise

Une évaluation de la position assise et de la mobilité exige une compétence spécialisée. En conséquence, tous les clients à risque de souffrir de lésions de pression, ou qui ont déjà des lésions et s'assoient dans un fauteuil roulant ou d'autres sièges, doivent être dirigés vers un ergothérapeute ou un physiothérapeute possédant une spécialisation dans la position assise et la mobilité. Il est fréquent que ces personnes connaissent bien diverses sources de financement, tant gouvernementales que non gouvernementales, qui pourraient être en mesure d'aider le client avec l'achat de l'équipement nécessaire. Une évaluation de la position assise doit être effectuée tous les deux à trois ans, chaque fois que l'état de santé du client change, ou qu'il y a un risque de formation de lésions de pression.

Il y a d'autres activités permettant aux membres de l'équipe de soins de santé de réduire au maximum la pression, la friction et le cisaillement lorsque le client est assis. Notamment :

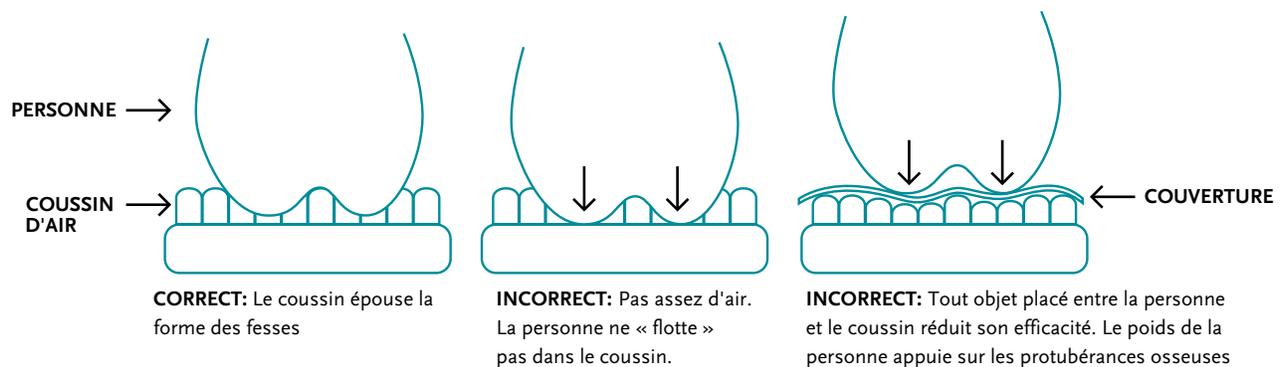
- **Si le client utilise un fauteuil roulant, il faut s'assurer que le fauteuil et le coussin du siège ont été prescrits pour ce client et qu'il s'agit de l'ordonnance la plus récente.** Il est possible que le client ait reçu un fauteuil roulant prescrit à un proche, ou qui a été acheté sans l'avis d'un thérapeute. Dans ces situations, il se peut que ce fauteuil ne soit pas idéal. Dans d'autres cas, le client peut avoir un équipement plus récent dont il ne se sert pas. Encourager l'utilisation de l'équipement le plus récemment prescrit peut aider à réduire au minimum les forces de friction et de cisaillement
- **S'assurer qu'il n'y a pas d'objets étrangers dans le fauteuil roulant.**
- **Encouragez les clients à prendre l'habitude de déplacer leur poids régulièrement.** Selon les capacités du client, ce comportement peut inclure se déplacer d'un côté à l'autre, se pencher vers l'avant ou utiliser la fonction d'inclinaison de leur fauteuil.
- **Aider les clients à se repositionner dans le fauteuil roulant au moins toutes les 2 heures.**
- **Toujours utiliser un coussin spécial pour fauteuil roulant, qui a été prescrit par un ergothérapeute ou un physiothérapeute. S'assurer que ce coussin est correctement placé dans le fauteuil roulant.** Bon nombre de coussins ont des contours sur le dessus. Le contour au milieu d'un côté du coussin est appelé un pommeau. Le pommeau doit être placé sur le dessus à l'avant du fauteuil roulant, étant donné qu'il a été conçu pour aider à aligner les jambes. Offrir de la formation au client et/ou à sa famille sur l'utilisation du coussin.

Source : Réimprimé de « Annexe M : Évaluation de la position assise », Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario, *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression Supplément à la ligne directrice*, 2011, pp. 44–45. Tous droits réservés 2011 par Linda Norton. Réimpression autorisée.

- **S'assurer que le fauteuil roulant est entretenu de façon appropriée et n'est pas usé ou affaissé.** À mesure que les coussins s'approchent de la fin de leur vie utile, il est possible qu'ils ne reprennent pas leur forme initiale lorsque le poids du client est retiré. Par contre, ils peuvent s'affaisser sous le poids du client et ne pas répartir la pression sous ce dernier. Certains coussins de gel peuvent couler. L'affaissement ou la fuite sont des indications que le client a besoin d'un nouveau coussin de gestion de pression. Les coussins d'air doivent être vérifiés pour s'assurer qu'ils sont gonflés de façon appropriée chaque semaine. La seule façon de vérifier le gonflement d'un coussin d'air est de mettre sa main entre le client et le coussin lorsque le client est assis normalement dans le fauteuil (remarque : portez des gants durant cette procédure. Un manchon ou un drap protecteur qui réduit la friction, porté sur le gant facilitera ce processus). Il doit y avoir environ un pouce d'air entre la protubérance osseuse la plus basse du client et le bas du coussin (voir le schéma ci-dessous).

Gonflement des coussins d'air

Concept: la personne doit « flotter » dans le coussin et non être assise « sur » le coussin



CORRECT: Le coussin épouse la forme des fesses

INCORRECT: Pas assez d'air. La personne ne « flotte » pas dans le coussin.

INCORRECT: Tout objet placé entre la personne et le coussin réduit son efficacité. Le poids de la personne appuie sur les protubérances osseuses parce qu'elles ne peuvent pas s'enfoncer dans le coussin.

AUTRES TRUCS :

- La meilleure façon de vérifier le gonflement du coussin est de mettre sa main entre la protubérance osseuse de la personne (tubérosité ischiatique) et le coussin, et de « sentir » combien d'air se trouve dans le coussin.
- Lorsque la personne quitte le fauteuil et le coussin, il pourrait sembler qu'il n'y a pas assez d'air
- N'oubliez pas de vérifier le coussin régulièrement pour vous assurer qu'il y a un volume d'air adéquat.

© Norton

Source : Réimprimé de « Annexe M : Évaluation de la position assise », Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario, *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression, Supplément à la ligne directrice*, 2011, pp. 44–45. Tous droits réservés 2011 par Linda Norton. Réimpression autorisée.

Annexe P : Évaluation des objectifs de soins

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive des méthodes d'évaluation des objectifs de soins d'une personne. Cette mnémonique, suggérée à titre d'exemple, a été identifiée dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes. C'est un exemple de la façon d'identifier les objectifs de la prise en charge des symptômes chez les personnes pour qui la guérison des plaies n'est pas une attente clinique et le maintien du confort de la personne est la préoccupation principale.

SPECIAL :

S – stabiliser la plaie. Collaborer avec la personne ou son cercle de soins pour prévenir les complications et/ou la détérioration de la plaie.

P – prévenir les nouvelles plaies. Collaborer avec la personne ou son cercle de soins pour évaluer les risques de manifestation de lésions de pression supplémentaire et les prendre en charge. La prévention des lésions de pression supplémentaires aidera à éviter d'autres malaises physiques.

E – éliminer l'odeur. Collaborez avec la personne ou son cercle de soins pour réduire ou éliminer les odeurs désagréables des lésions de pression afin d'améliorer sa qualité de vie.

C – contrôler la douleur. Il est possible que le patient ne puisse pas être tourné et repositionné fréquemment en raison de la douleur associée. Dans de tels cas, il est important de respecter les préférences et les objectifs de soins de la personne pour ce qui est de l'horaire de repositionnement personnalisé. De plus, collaborer avec la personne ou son cercle de soins pour envisager d'autres stratégies de gestion de la douleur non pharmacologiques et pharmacologiques visant à améliorer son confort.

I – infection (prévention de). Collaborer avec la personne ou son cercle de soins pour prévenir les infections. La prévention des infections aide à éviter d'autres malaises physiques et les complications.

A - (pansement) absorbant avancé. Collaborer avec la personne ou son cercle de soins pour utiliser des pansements qui aident à contrôler le drainage et l'odeur de la plaie.

L - limiter les changements de pansement en cas de soins palliatifs. Collaborez avec la personne ou son cercle de soins pour réduire la fréquence des changements de pansement. Les changements fréquents de pansement peuvent être douloureux et dépasser ce que la personne peut tolérer. (Perry et coll., 2014)

Annexe Q : Outil de sélection des surfaces de support

Cet outil est une méthode pour guider le choix de la surface de support appropriée pour les personnes souffrant de lésions de pression. La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive, mais plutôt un exemple d'outil de sélection d'une surface de support identifié dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Le terme « ulcère de pression » utilisé dans cette annexe se réfère à la « lésion de pression ».

Outil de sélection des surfaces de support

Adaptation de Norton, L., Coultts, P., Sibbald, R. G. (2011). Beds: Practical Pressure Management for Surfaces/Mattresses. *Advances in Skin & Wound Care*, 24(7), 324-332.

Même avec des antécédents de pratique fondée sur des données probantes (données scientifiques, connaissances d'expert et préférences des patients), les cliniciens ont besoin d'un guide convivial pour concrétiser ces renseignements afin d'améliorer potentiellement les résultats des patients. L'outil de sélection de la surface de support a été élaboré en 2008 pour répondre à ce besoin. Cet outil a stratifié les types de surfaces de support (surfaces de support actives et surfaces de support réactives) selon le risque de formation de lésions de pression ou le nombre de lésions de pression chez le client, et son niveau de mobilité. Selon les commentaires des cliniciens, malgré l'utilité de l'outil, une aide supplémentaire était nécessaire pour sélectionner d'autres caractéristiques. En conséquence, deux arbres décisionnels ont été créés pour faciliter la sélection des caractéristiques particulières des surfaces de support actives et réactives.

Tel qu'illustré à la figure 1, un outil d'évaluation de risque validé doit être utilisé afin de déterminer le type de surface de support nécessaire pour un client individuel (c.-à-d. les colonnes dans le haut du tableau de la figure 1). Si le client présente actuellement des lésions de pression, il faut choisir la description dans la première rangée, qui convient le milieu à l'état clinique. Notez que les talons sont exclus de cette description clinique étant donné qu'ils sont mieux pris en charge indépendamment de la surface du lit (AIIAO, 2007; NPUAP & EPUAP, 2009).

On détermine ensuite le niveau habituel de mobilité du client au lit en sélectionnant la rangée appropriée dans la colonne latérale du tableau. Lorsque la colonne de « risque » croise la rangée de « mobilité », un type de support précis est recommandé, soit une surface de support réactive ou une surface de support active. Si une surface de support réactive est recommandée, il faut consulter l'arbre décisionnel de surface de support réactive (figure 2). Si une surface de support active est recommandée, il faut consulter l'arbre décisionnel de surface de support active (figure 3). Explorez l'arbre décisionnel pour trouver d'autres caractéristiques particulières qui pourraient avantager le client individuel. Il faut savoir que cet algorithme n'a pas été conçu pour remplacer le jugement clinique, mais pour aider le clinicien à choisir les caractéristiques pour son client d'après une évaluation complète de chaque client. Des exemples précis de surfaces de support peuvent être ajoutés dans la dernière case de l'arbre décisionnel d'après les surfaces disponibles dans votre milieu.

Figure 1

© Norton, Coultts, Sibbald		Score d'évaluation du risque validée ou description des lésions de pression			
Capacité de changer de position dans le lit (c.-à-d. mobilité dans le lit)		À risque ou Rougeur présente qui disparaît rapidement lorsque la pression est retirée	Risque modéré ou Lésion de pression (excluant les talons) à un endroit permettant de repositionner le client de façon à ce que la lésion ne subisse plus de pression	Risque élevé ou Lésion de pression (excluant les talons et rougeur recouvrant une autre région)	Risque très élevé ou Plusieurs lésions de pression (excluant les talons), ou le client ne peut pas être repositionné de façon à ce que la région ulcérée ne subisse plus de pression
	Assistance totale pour changer de position dans le lit	Surface de support réactive (sans moteur) (p. ex., surmatelas en mousse/gel/pneumatique)	Surface de support réactive (p. ex., surmatelas en mousse/gel/pneumatique)	Surface de support active à plusieurs zones (p. ex., matelas à alternance de pression, surface rotatoire) ou une surface de support réactive avec moteur (p. ex. faible perte d'air)	Surface de support active à plusieurs zones (p. ex., matelas à alternance de pression, surface rotatoire)
	Mobilité dans le lit nécessitant une aide modérée	Surface de support réactive (sans moteur) (p. ex., surmatelas en mousse/gel/pneumatique ou matelas en mousse à haute densité)	Surface de support réactive (p. ex., surmatelas en mousse avec section pneumatique insérée dans la région de la plaie)	Surface de support réactive (sans moteur, p. ex., surmatelas en mousse avec section pneumatique insérée dans la région de la plaie)	Surface de support active à plusieurs zones (p. ex., matelas à alternance de pression, surface rotatoire)
	Client autonome avec ou sans dispositif pour positionnement dans le lit (une légère aide pourrait être nécessaire)	Surface de support réactive (p. ex., matelas en mousse à haute densité)	Surface de support réactive (p. ex., surmatelas en mousse avec section pneumatique insérée)	Surface de support réactive (sans moteur) (p. ex., surmatelas en mousse/gel/pneumatique)	Surface de support active (si les commandes peuvent être placées de façon à ce que le client puisse les atteindre)

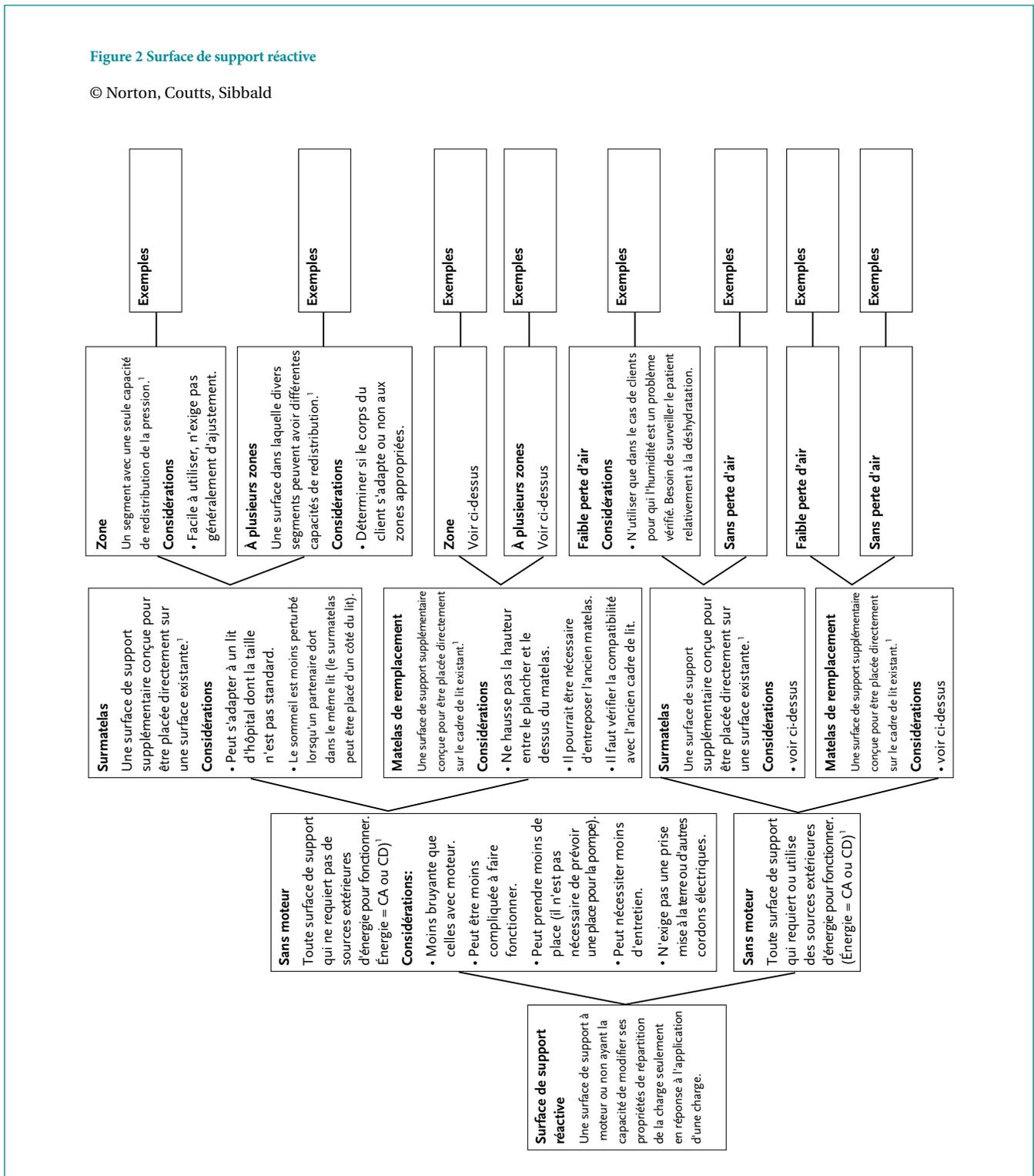
Guide de l'utilisateur :

1. Avec un outil d'évaluation du risque validé, déterminez le niveau de risque du patient OU déterminez la classe du patient présentant des lésions d'après les indicateurs cliniques.
2. Évaluez le niveau de mobilité dans le lit et trouvez l'intersection de la colonne et de la rangée pour déterminer le système de support réactif ou actif approprié.
3. Consultez la figure 2 pour en savoir plus sur les surfaces réactives, et la figure 3 pour en savoir plus sur les surfaces actives.

Source : Réimprimé à partir de « Beds: Practical Pressure Management for Surfaces/Mattresses », L. Norton, P. Coultts, et R. G. Sibbald, 2011, *Advances in Skin & Wound Care*, 24(7), pp. 324–332. Copyright 2011 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Figure 2 Surface de support réactive

© Norton, Couotts, Sibbald

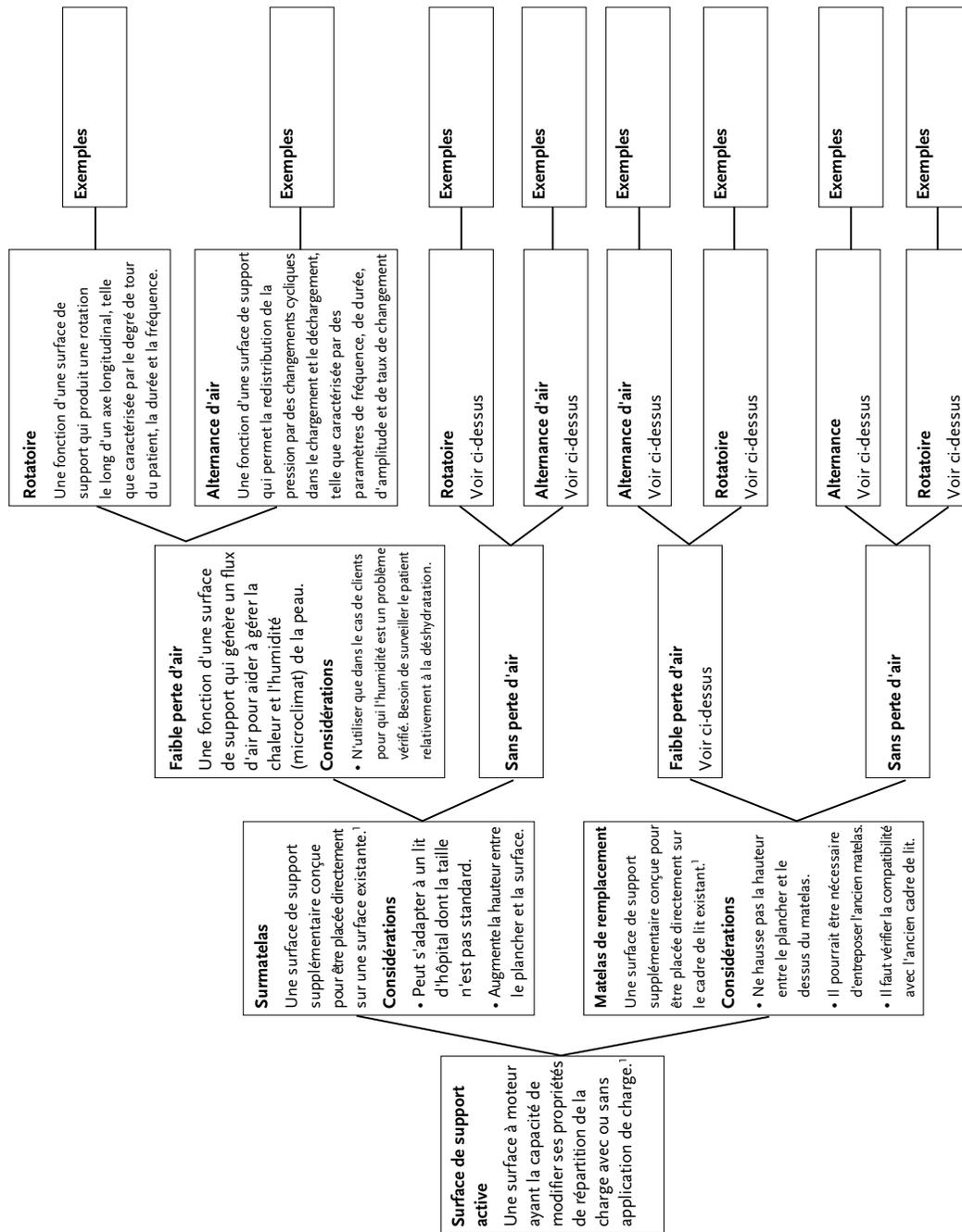


¹ National Pressure Ulcer Advisory Panel, Support Surface Standards Initiative: Terms and Definitions version 29/01/2007 http://www.npuap.org/NPUAP_S3I_TD.pdf. Consulté le 21/03/ 2007.

Source : Réimprimé à partir de « Beds: Practical Pressure Management for Surfaces/Mattresses », L. Norton, P. Couotts, et R. G. Sibbald, 2011, *Advances in Skin & Wound Care*, 24(7), pp. 324–332. Copyright 2011 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Figure 3 Surface de support active

© Norton, Couotts, Sibbald



¹ National Pressure Ulcer Advisory Panel, Support Surface Standards Initiative: Terms and Definitions version 29/01/2007 http://www.npuap.org/NPUAP_S3I_TD.pdf. Consulté le 21/03/ 2007.

Source : Réimprimé à partir de « Beds: Practical Pressure Management for Surfaces/Mattresses », L. Norton, P. Couotts, et R. G. Sibbald, 2011, *Advances in Skin & Wound Care*, 24(7), pp. 324–332. Copyright 2011 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Annexe R : Solutions de nettoyage des plaies

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des solutions de nettoyage des plaies chroniques (incluant les lésions de pression) mais présente plutôt des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Agent	Effets
Solution d'hypochlorite de sodium	Le pH élevé provoque une irritation de la peau. La solution Dakin et Eusol (préparation tamponnée) peut éliminer les microorganismes Gram négatif.
Peroxyde d'hydrogène	Agent exfoliant tout en étant effervescent. Peut nuire au tissu de granulation sain et peut former des embolies gazeuses s'il est introduit dans des sinus profonds.
chlorure de mercure, cristal violet, proflavine	Agents bactériostatiques actifs contre les espèces Gram-positif seulement. Peuvent être des mutagènes et peuvent avoir une toxicité systémique.
Cétrimide (ammonium quaternaire)	Bon détergent, actif contre les microorganismes Gram-positif et négatif, mais forte toxicité pour les tissus.
Chlorhexidine	Actif contre les microorganismes Gram-positif et négatif, et peu d'effet sur les tissus.
Acide acétique (0.5% à 5%)	pH faible, efficace contre les espèces de <i>Pseudomonas</i> , peut éliminer <i>S. aureus</i> .
Povidone iode	Large spectre d'activité, bien que réduit en présence de pus ou d'exsudat. Toxique en utilisation prolongée ou sur de grandes surfaces

Source : Réimprimé à partir de « Best Practice Recommendations for Preparing the Wound Bed: Mise à jour 2006 », R. G. Sibbald, H. Orsted, P. M. Coutts et D. H. Keast, 2006, *Wound Care Canada*, 4(1), pp. 15–29. Copyright 2006 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Annexe S : Catégories de pansements et indications d'utilisation

Classes modernes de pansement	Commentaire	Changement moyen
Hydrogels ^a Donne de l'humidité	Contient de 70% à 90% d'eau Humidifie la plaie Biorésorbable Peut être combiné à de l'argent ou à de l'iode (cadexomère) pour un effet antimicrobien	1–3 d
Films ^a Humidité neutre	Forme une barrière protectrice N'apporte pas d'humidité et n'absorbe pas de grandes quantités d'exsudat	3–7 d
Hydrocolloïdes ^a	Composantes hydrophiles et hydrophobes Peut absorber de faibles quantités d'exsudat	2–7 d
Hydrofibres	Absorbent de faibles quantités d'exsudat Bloquent les fluides, non biorésorbable Peut être combiné à l'argent pour un effet antimicrobien	1–3 d
Alginates de calcium ^a	Absorbe des quantités moyennes d'exsudat et les déplace vers la surface du pansement Les fibres sont biorésorbables, libérant du calcium (propriétés hémostatiques) et absorbant le sodium pour former un hydrogel avec la fraction liquide de l'exsudat Peut être combiné à l'argent et au miel pour un effet antimicrobien	1–3 d
Mousses	Absorbe des quantités moyennes d'exsudat Équilibre des fluides: le pansement rend un peu d'exsudat qui empêche la surface de la plaie de se déshydrater Peut libérer un agent antibactérien (argent) ou contenir un agent antibactérien non libérable pour une action antibactérienne au-dessus de la surface de la plaie (PHMB, bleu de méthylène bleu/violet de gentiane)	2–7 d
Super absorbants	Absorbe une quantité moyenne d'exsudat Technologie bloque-fluide (comme les couches)	1–3 d

^aFavorise aussi le débridement autolytique
© Sibbald 2015.

Source : réimprimé de « Optimizing the Moisture Management Tightrope with Wound Bed Preparation 2015 », R. Sibbald, J. A. Elliott, E. A. Ayello, et R. Somayaji, 2015, *Advances in Skin and Wound Care*, 28(10), p. 466. Copyright 2015 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Product Picker Dressing Selection Guide (guide pour le choix d'un produit de pansement, disponible en français)

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des pansements, mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

http://cawc.net/images/uploads/store/UPDATED_Product_Picker.pdf

Source : *Product Picker Dressing Selection Guide*, Canadian Association of Wound Care, 2014 (http://cawc.net/images/uploads/store/UPDATED_Product_Picker.pdf). Tous droits réservés 2014 par la Société canadienne de soin des plaies. Réimpression autorisée.

Annexe T : Liste des agents antimicrobiens et antiseptiques topiques

Agents antimicrobiens topiques

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des agents antimicrobiens topiques, mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Agent	<i>S. aureus</i>	SARM	<i>Streptococcus</i>	<i>Pseudomonas</i>	Anaérobies	Commentaires	Résumé
Cadexomère d'iode	+	+	+	+	+	Aussi pour le débridement. Faible potentiel de résistance. Faire preuve de prudence en cas de maladie thyroïdienne.	Risque faible et efficace
Argent	+	+	+	+	+	Ne pas utiliser avec de la solution saline. Faible potentiel de résistance.	
Sulfadiazine d'argent	+	+	+	+	+	Faire preuve de prudence en cas de sensibilité aux sulfonamides.	
Sulfate de polymyxine B/Bacitracine-zinc	+	+	+	+	+	La bacitracine dans l'onguent est un allergène; la formulation de crème contient de la gramicidine, qui est moins sensibilisante.	Utiliser de façon sélective
Mupirocine		+				Réserver pour le SARM et d'autres organismes à Gram + résistants	
Métronidazole					+	Réserver pour les anaérobies et le contrôle des odeurs. Résistance faible ou nulle des anaérobies malgré l'utilisation systémique.	
Peroxyde de benzoyle	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Grandes plaies Peut causer irritation et allergie.	
Gentamicine	+		+	+		Réserver à l'administration orale/ intraveineuse, peut encourager la résistance.	Utiliser avec prudence
Fusidine en onguent	+		+			Contient de la lanoline (sauf dans la crème).	
Polymyxine B sulfate/ zinc-bacitracine néomycine	+	+	+	+	+	La composante néomycine cause des allergies et possibilité de sensibilisation croisée aux aminosides	

Source : Réimprimé à partir de « Best Practice Recommendations for Preparing the Wound Bed: Mise à jour 2006 », R. G. Sibbald, H. Orsted, P. M. Coutts et D. H. Keast, 2006, *Wound Care Canada*, 4(1), pp. 15–29. Copyright 2006 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Agents antiseptiques topiques

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des agents antiseptiques topiques, mais présente des suggestion identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Agent	Effets
Chlorhexidine ou PHMB	Toxicité faible
Povidone-iodé (Betadine)	Large spectre
Acide acétique—vinaigre dilué 1:5 à 1:10	<i>Pseudomonas</i>
Solution saline/eau stérile	Non antibactérien
Colorants—rouge écarlate, proflavine	Sélectives pour les organismes à Gram négatif
Hypochlorite de sodium—solution Dakin et Eusol	Toxique = eau de Javel
Peroxyde d'hydrogène	Action = effervescence
Ammonium quaternaire/cétrimide	Toxicité très élevée

Les agents sont codés par couleur selon le profil de sécurité et l'action antiseptique: vert = faible potentiel de toxicité, jaune = aucun effet antibactérien, rouge = potentiel de toxicité élevé.

Source : Réimprimé de « Optimizing the Moisture Management Tightrope with Wound Bed Preparation 2015 », R. Sibbald, J. A. Elliott, E. A. Ayello, et R. Somayaji, 2015, *Advances in Skin & Wound Care*, 28(10), pp. 466–476. Copyright 2015 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Annexe U : Principaux facteurs à prendre en considération dans le choix d'une méthode de débridement

	Chirurgical	Enzymatique	Autolytique	Biologique	Mécanique
Rapidité	1	3	5	2	4
Sélectivité	3	1	4	2	5
Plaie douloureuse	5	2	1	3	4
Exsudat	1	4	3	5	2
Infection	1	4	5	2	3
Coût	5	2	1	3	4

Où 1 est le plus souhaitable et 5 est le moins souhaitable

Source : Réimprimé à partir de « Best Practice Recommendations for Preparing the Wound Bed: Mise à jour 2006 », R. G. Sibbald, H. Orsted, P. M. Coutts, et D. H. Keast, 2006, *Wound Care Canada*, 4(1), pp. 15–29. Copyright 2006 by Wolters Kluwer Health, Inc. Autorisation de reproduire.

Annexe V : Techniques d'autogestion

Les cinq éléments du changement de comportement sont un exemple de la façon de faciliter une collaboration efficace entre les professionnels de la santé et les personnes et leurs principaux fournisseurs de soins dans l'éducation en matière d'autogestion. La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des techniques d'autogestion, mais présente des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

Les 5 éléments sont : (1) évaluer, (2) conseiller, (3) accepter, (4) aider, et (5) organiser.

Évaluer – Évaluer le niveau de comportement, de convictions et de motivation du client.

Conseiller – Fournir à la personne des renseignements précis sur les risques pour la santé et les avantages du changement.

Accepter – Collaborer avec la personne pour établir des objectifs en fonction de sa confiance et de sa volonté de changer de comportement.

Aider – Identifier les sources possibles de soutien (social, environnemental) et identifier les obstacles potentiels, les stratégies de résolution de problèmes et d'autres techniques pour soutenir un changement de comportement.

Organiser – Déterminer un plan de suivi (par exemple, appel téléphonique, visite, divers rappels). (Glasgow, Runnell, Bonomi, Davis, Beckham et Wagner, 2002)



Annexe W : Ressources éducatives

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des ressources éducatives pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de formation sur les lésions de pression, mais présente plutôt des suggestions identifiées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

RESSOURCE	LIEN
<p>Principles of Adult Learning Principes de l'apprentissage chez l'adulte, en anglais)</p> <p>(Canadian Literacy and Learning Network, 2016)</p>	<p>Un site en ligne qui identifie les principes de l'apprentissage des adultes et fournit des ressources pour l'enseignement et l'apprentissage:</p> <p>http://www.literacy.ca/professionals/professional-development-2/principles-of-adult-learning/</p>
<p>Wound Care Instrument: (Instrument du soin des plaies, an anglais) Normes pour l'éducation et la formation en gestion des plaies</p> <p>(Association canadienne des soins des plaies et Association canadienne des stomathérapeutes)</p>	<p>Ressource qui fournit des conseils étape par étape pour l'élaboration de la formation en soins des plaies:</p> <p>http://cawc.net/en/index.php/resources/wound-care-instrument/</p>
<p>Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test (PPUKT) (Test de connaissances sur l'ulcère de pression de Pieper, en anglais)</p> <p>(Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)</p>	<p>Faites défiler la liste et référez-vous à 2G: Test de connaissances sur l'ulcère de pression de Pieper</p> <p>http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcertoolkit/putool7a.html</p> <p>À ce jour, le seul outil d'évaluation largement publié qui évalue les connaissances est le Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test (PPUKT). Le PPUKT, mis en œuvre depuis 1995 aux États-Unis et dans les milieux cliniques internationaux, est un outil validé et fiable pour évaluer les connaissances des professionnels de la santé concernant la prévention et la prise en charge des lésions de pression (Pieper and Mott, 1995).</p> <p>Sept articles recueillis dans le cadre de l'examen systématique de cette ligne directrice ont utilisé le PPUKT pour évaluer les connaissances des infirmières et des infirmières auxiliaires autorisées en matière de soins aux lésions de pression. Les infirmières venaient des zones urbaines, des zones rurales, de l'unité de soins intensifs, des services de soins actifs, des unités orthopédiques et traumatologiques, des hôpitaux privés et des hôpitaux universitaires de pays et de régions comme l'Iran, le Midwest des États-Unis, le Portugal, le Brésil et l'Ouganda (Chianca, Rezende, Borges, Nogueira et Caliri, 2010; Iranmanesh, Rafiei et Foroogh, 2011; Iranmanesh, Tafti, Rafiei, Dehghan et Razban, 2013; Mwebaza, Katende, Groves et Nankumbi, 2014; Rafiei et coll., 2014; Smith et Waugh, 2009; Zulkowski et coll., 2007). En utilisant le PPUKT, sept études ont pu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier un changement statistiquement significatif des connaissances sur les lésions de pression chez les infirmières à la suite d'une intervention éducative (p. ex., certification des soins de plaies) (Zulkowski et coll., 2007); 2. Déterminer les lacunes de connaissances sur les lésions de pression des infirmières en ce qui concerne l'apparition et le développement des lésions de pression, la classification, l'évaluation, la prévention et les complications des plaies mal prises en charge (Iranmanesh et coll., 2011; Mwebaza et coll., 2014; Rafiei et coll., 2014);

RESSOURCE	LIEN
<p>Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test (PPUKT) (Test de connaissances sur l'ulcère de pression de Pieper, en anglais)</p> <p>(Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)</p> <p>(suite)</p>	<p>3. Montrer une relation positive entre divers facteurs démographiques, comme être un lecteur autodirigé (Smith et Waugh, 2009) et avoir plus de pratique clinique dans les unités de patients hospitalisés, et de meilleures connaissances sur les lésions de pression (Chianca et coll., 2010; Saleh, Al-Hussami, et Anthony, 2013).</p> <p>Ces études démontrent que les lacunes des connaissances en matière de soins des lésions de pression existent dans plusieurs regroupements d'infirmières dans plusieurs pays, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Cependant, des recherches plus poussées sont nécessaires pour évaluer la conservation et l'application à long terme des connaissances dans la pratique clinique (Iranmanesh et coll., 2013), et pour confirmer si l'éducation seule est suffisante pour améliorer les résultats des clients souffrant de lésions de pression (Zulkowski et coll., 2007). Par exemple, une étude transversale réalisée par Saleh et coll. (2013) a conclu que « la mise en œuvre de la prévention et du traitement des lésions de pression semble dépendre principalement des connaissances, mais peut bénéficier d'une gamme de programmes et d'outils d'évaluation des risques et de classement des stades » (Saleh et coll., 2013, p. 10).</p> <p>Pieper et Zulkowski (2014) ont récemment mis à jour le contenu du PPUKT pour inclure de nouveaux concepts dans la prise en charge des lésions de pression, comme la prévention/le risque de lésion de pression, la stadification et la description de la lésion. Les auteurs ont également renommé le PPUKT le Test de connaissances sur l'ulcère de pression Pieper/Zulkowski (PZ-PUKT). Toutefois, avant de recommander son utilisation généralisée, le groupe d'experts estime qu'il est nécessaire d'approfondir les recherches sur les modifications apportées à l'outil afin de déterminer les « scores de passage » pour une connaissance adéquate de chacune des sous-échelles. Avec des essais de validité supplémentaires, le groupe d'experts estime que le PZ-PUKT peut être un outil précieux d'évaluation des connaissances à utiliser avec les équipes pluridisciplinaires.</p>

Annexe X : Ressources additionnelles

Le groupe d'experts, aidé des commentaires des réviseurs externes et des autres intervenants principaux, a compilé une liste des sites Web et des autres ressources qui peuvent s'avérer utiles pour guider la prestation des soins aux personnes souffrant de lésions de pression. Cette liste n'est pas exhaustive.

Les liens vers les sites Web à l'extérieur du site Web de l'AIIAO sont fournis à titre d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source.

RESSOURCE	URL/RÉFÉRENCE
Association professionnelle	
Association canadienne des soins des plaies (ACSP)	http://cawc.net/fr/
National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)	http://www.npuap.org/
L'Association canadienne des stomathérapeutes (CAET)	https://caet.ca/
Ontario Wound Care Interest Group (OntWIG) (Groupe d'intérêt sur les soins aux plaies en Ontario, site en anglais)	http://ontwig.ca/
European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (Comité consultatif européen sur les ulcères de pression, site en anglais)	http://www.epuap.org/
Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	http://www.wocn.org/
Regroupement Québécois en Soins de Plaies	www.rqsp.ca
International Wound Infection Institute	http://www.woundinfection-institute.com/
Normes de qualité	
Agrément Canada	https://www.accreditation.ca//fr
Agency for Healthcare Research and Quality :	http://www.ahrq.gov/
Journaux de recherche liés aux plaies	
Wound Care Canada	http://www.woundcarecanada.ca/
Advances in Skin and Wound Care	http://journals.lww.com/aswcjournal/pages/default.aspx
Journal of Wound Care	http://info.journalofwoundcare.com/
Journal of the World Council of Enterostomal Therapists	http://www.wceten.org/
Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing	http://journals.lww.com/jwocnonline/Pages/default.aspx
Ostomy Wound Management	http://www.o-wm.com/

Annexe Y : Description de la Trousse

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en pratique avec succès que si les soutiens organisationnels, administratifs ainsi qu'à la planification et aux ressources sont adéquats et que la facilitation est appropriée. Afin de favoriser le succès de la mise en œuvre, un comité d'experts de l'AIIAO, réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs, a mis au point la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e éd.)*. La *Trousse* se base sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en œuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La Trousse offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux activités de facilitation lors de la mise en œuvre de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (Straus et coll., 2009) :

1. Détermination du problème : détermination, examen et sélection des connaissances (lignes directrices de pratiques exemplaires);
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances
 - Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions.
4. Surveillance de l'utilisation des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'utilisation des connaissances.

La mise en œuvre des lignes directrices afin de réussir à changer les pratiques et à obtenir un impact clinique positif est une entreprise complexe. La Trousse constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Il est possible de télécharger la *Trousse* à l'adresse http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf.

APPUI



The Canadian Association
for Enterostomal Therapy
Association Canadienne
des Stomothérapeutes

66 LEOPOLDS DRIVE, OTTAWA, ONTARIO K1V 7E3 • 1.888.739.5072 • FAX 613.523.1878 • WWW.CAET.CA

February 25, 2016

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer, Registered Nurse' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street, Toronto, ON, M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

The Canadian Association of Enterostomal Therapy (CAET) acts in the public interest for Canadian Enterostomal Therapy (ET) Nurses to give national leadership in wound, ostomy and continence nursing promoting high standards for ET nursing practice, education, research and administration to achieve quality specialized nursing care. CAET is pleased to endorse RNAO's Clinical Best Practice Guideline - *Assessment and Management of Pressure Ulcers for the Interprofessional Team*. With its robust evidence-based focus on enhancing interprofessional and person-centred pressure ulcer care, this guideline will greatly strengthen the use of best practices associated with enhancing the partnership between health-care providers and the person (and their family) by supporting the optimization of pressure ulcer management, clinical outcomes and overall satisfaction with the delivery of health-system services.

This guideline is directly related to our mission to advocate for the highest quality of specialized (Enterostomal Therapy) nursing to individuals with challenges in wound, ostomy and continence. The recommendations address the evidence-based best practices associated with pressure ulcer care at the individual practitioner, organization, and health system level and will enable our organization to work with other health-care settings towards creating a common goal of nursing specialty excellence, collaborative partnership and compassion in wound care.

CAET is committed to having a health-care system that effectively addresses the care of pressure ulcers through the use of evidence-based practices, and we believe RNAO's guideline *Assessment and Management of Pressure Ulcers for the Interprofessional Team* will help us move the health system forward to achieve optimal quality in the delivery of interprofessional, person-centred pressure ulcer health care and services.

Best regards,

A handwritten signature in cursive script that reads "Catherine Harley".

Catherine Harley
Executive Director,
Canadian Association for Enterostomal Therapy
cc. CAET Board of Directors



March 15, 2016

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurse' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON
M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

The Canadian Association of Wound Care (CAWC) exists to advance skin health and wound management in Canada, through professional education, public advocacy, research and collaboration. CAWC is pleased to endorse RNAO's Clinical Best Practice Guideline – *Assessment and Management of Pressure Ulcers for the Interprofessional Team*. With its robust evidence-based focus on enhancing interprofessional and person-centred pressure ulcer care, this guideline will greatly strengthen the use of best practices associated with enhancing the partnership between health-care providers and the person (and their family) by supporting the optimization of pressure ulcer management, clinical outcomes and overall satisfaction with the delivery of health-system services.

This guideline is directly related to our mandate of inspiring improvement and advances in skin and wound care in Canada to inform our practice, research and policy initiatives. The recommendations address the evidence-based best practices associated with pressure ulcer care at the individual practitioner, organization, and health system level and will enable our organization to work with other health-care settings towards creating a common goal of excellence in wound care globally.

CAWC is committed to having a health-care system that effectively addresses the care of pressure ulcers through the use of evidence-based practices, and we believe RNAO's *Assessment and Management of Pressure Ulcers by the Interprofessional Team* guideline will help us move the health system forward to achieve optimal quality in the delivery of interprofessional and person-centred pressure ulcer health care and services.

Best regards,

Mariam Botros, DCh, DE, IIWCC
Executive Director
Canadian Association of Wound Care

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Botros'.



10025 102A Avenue NW
Suite 1400
Edmonton, Alberta
Canada T5J 2Z2

Phone: 780.409.8090
Toll Free: 1.866.421.6933
Fax: 780.409.8098

10025 avenue 102A NW
bureau 1400
Edmonton (Alberta)
Canada T5J 2Z2

Téléphone: 780.409.8090
Sans frais: 1.866.421.6933
Télex: 780.409.8098

April 1, 2016

Doris Grinspun
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun:

Thank you for your request to endorse your important new document, *Best Practice Guideline on the Assessment and Management of Pressure Ulcers for the Interprofessional Team*. All of us here at the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) share with the RNAO a dedication to evidence-informed approaches to investigation and leadership and to sharing innovative health practices, resources, and tools. On behalf of CPSI, I would like to endorse your guideline, and commend the hard work that created this important document.

It is particularly encouraging to me to hear that safety improvement work is reaching practitioners in acute care, primary care, long term care, and individuals concerned about improving healthcare in Canada. When people from across the healthcare spectrum come together, we really can improve patient and health outcomes.

Sincerely,

Chris Power
CEO, Canadian Patient Safety Institute

Safe care...accepting no less
Soins sécuritaires...n'acceptons rien de moins

www.patientsafetyinstitute.ca
www.securitedespatients.ca

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

AFFAIRES INTERNATIONALES ET
LIGNES DIRECTRICES SUR LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER LES SOINS INFIR-
MIERS PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires

MAI 2016

Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire

Troisième édition

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

ISBN 978-1-926944-65-4



9 781926 944654



Ontario