

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

NOVEMBRE 2024

Prise en charge des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement

Quatrième édition



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres prestataires de santé ou les organismes 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.

Droit d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement écrit de l'AIIAO doit être obtenu. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Prise en charge des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement. 4^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024.

Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tout le travail produit par l'AIIAO est indépendant des sources de financement sur le plan éditorial.

Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du groupe d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du groupe d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du groupe d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de la réunion d'orientation, des réunions d'élaboration des recommandations et avant la publication de la ligne directrice. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du groupe d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du groupe d'experts. Aucun conflit limitant n'a été défini par les membres du groupe d'experts. Voir « Declaration of conflict of interest » sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Reconnaissance des terres

Nous reconnaissons que le siège social de l'AIIAO est situé sur le territoire traditionnel et non cédé des Hurons-Wendats, des Haudenosaunee et sur le territoire des Mississaugas de la Première Nation de Credit. Ce territoire a fait l'objet du Pacte de la ceinture de wampum faisant référence au concept du « Plat à une seule cuillère »; il s'agit d'une entente entre la Confédération iroquoise, les Ojibwés et les nations alliées pour partager pacifiquement les ressources autour des Grands Lacs et en prendre soin. Nous reconnaissons également que Toronto est couvert par le Traité 13 en vertu de l'entente d'Achat de Toronto conclu avec les Mississaugas de la Première Nation de Credit. Aujourd'hui, cette terre est toujours le foyer de nombreuses Premières Nations, d'Inuits et de Métis de toute l'île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de travailler sur ce territoire. En faisant une reconnaissance des terres, nous participons à un acte de réconciliation, en honorant la terre et le patrimoine autochtone qui remonte à plus de 10 000 ans. Nous vous encourageons à vous renseigner sur les terres sur lesquelles vous résidez et sur les traités qui y sont attachés. La reconnaissance des terres est un acte de réconciliation et nous devons tous y contribuer.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
500-4211, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2P 2A9
Site Web : RNAO.ca/bpg



Prise en charge des lésions de pression :
Évaluation des risques, prévention et traitement
Quatrième édition

Un mot de Doris Grinspun,

Directrice générale, 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 quatrième édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires (LDPE), *Prise en charge des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les prestataires de santé offrent tous les jours.

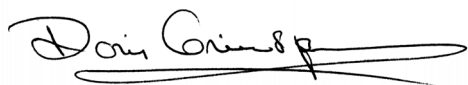
Nous remercions chaleureusement les nombreux partenaires qui contribuent à concrétiser la LDPE. Tout d'abord, et surtout, nous remercions le gouvernement de l'Ontario d'avoir reconnu en 1999 la capacité de l'AIIAO à diriger un programme qui a acquis une reconnaissance mondiale et de s'être engagé à le financer. Nous remercions également les coprésidents du groupe d'experts de l'AIIAO pour leur expertise inestimable et leur intendance de la présente LDPE.

- Dimitri Beekman, INF. AUT., PhD, FEANS, FAAN, professeur de sciences infirmières, Université de Gand, Belgique, et Université d'Örebro, Suède
- Corey Heerschap, INF. AUT., B.Sc.INF., MScCH (WPC), PhD, ISPSC, WOCC(C), IIWCC, infirmier clinicien spécialisé en plaies et stomies, Centre régional de santé Royal Victoria, Barrie (Ontario)

Nous remercions le personnel de l'AIIAO, l'IA Amy Burt et Brenda Stade (coresponsables de l'élaboration des lignes directrices), Glynis Gittens (coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), l'IA Nafsin Nizum (directrice associée, élaboration et recherche de la ligne directrice) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO du travail considérable qu'ils ont accompli et du savoir-faire dont ils ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE. Nous remercions tout particulièrement le groupe d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue pour produire une ressource significative et pertinente qui orientera la formation et la pratique de milliers de prestataires de santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, les infirmières et les infirmiers, les prestataires de santé et les personnes ayant une expérience vécue fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en devenant des organismes vedettes en pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}), rejoignant ainsi plus de 1 500 institutions de service et établissements universitaires au Canada et à l'étranger, déterminés à mettre en œuvre les LDPE de l'AIIAO. Ils ont parrainé des champions des pratiques exemplaires, qui comptent aujourd'hui plus de 100 000 infirmières et infirmiers, autres professionnels de la santé et personnes ayant une expérience vécue – tous désireux de faire progresser les soins axés sur les besoins de la personne et fondés sur des données probantes. Les OVPE surveillent et évaluent également avec diligence l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE sur les patients, les organisations et les résultats du système de santé.

Nous vous invitons à partager cette LDPE avec le personnel infirmier et tous les membres de l'équipe, les accompagnateurs de la clientèle et les conseillers dans les systèmes de santé et les communautés plus larges au sein desquels vous travaillez. Nous avons tellement à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons veiller à ce que le public ait accès aux meilleurs services de santé et de bien-être possible et qu'ils en bénéficient, toujours.



Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D., LLD (hon.), Dr(hc), DHC, FAAN, FACS, O.ONT

Directrice générale et fondatrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objet et champ d'application	6	
Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations	9	
Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique	12	
Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation	15	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	19	
Contexte	24	
Principes directeurs	27	
Recommandations et énoncés de bonne pratique	28	RECOMMANDATIONS
Lacunes de la recherche et implications futures	77	
Stratégies de mise en œuvre	79	
Annexe A : Glossaire	81	ANNEXES
Annexe B : Liste des acronymes	88	
Annexe C : Lignes directrices de l'AllIAO et autres ressources qui s'harmonisent avec la présente ligne directrice	90	
Annexe D : Énoncés relatifs à la formation	92	
Annexe E : Exemples de cadres de soins des plaies	97	
Annexe F : Exemple d'ensemble de soins préventifs	99	
Annexe G : Outils d'évaluation des risques	100	
Annexe H : Exemple de système de classification	102	
Annexe I : Lésions de pression chez les personnes à la peau foncée	103	
Annexe J : Exemple d'outil de dépistage de la malnutrition.	104	
Annexe K : Prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies.	106	
Annexe L : Technologies de la santé émergentes pour l'évaluation et la détection	108	

Table des matières

ANNEXES	Annexe M : Outils d'évaluation des lésions de pression . . . . .	.110
	Annexe N : Outils d'évaluation des infections des plaies . . . . .	.111
	Annexe O : Surfaces d'appui : Termes et définitions. . . . .	.113
	Annexe P : Comparaison de différents types de plaies chroniques . . . . .	.115
	Annexe Q : Distinction entre la dermatite associée à l'incontinence et les lésions de pression . . . . .	.117
	Annexe R : Description de la Boîte à outils pour la conduite du changement . . . . .	.118
REMERCIEMENTS	Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	.120
	Groupe d'experts sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	.122
	Réviseurs externes . . . . .	.124
LETTRES D'APPUJ ET DE RECOMMANDATION	Lettres d'appui et de recommandation . . . . .	.129
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Références bibliographiques . . . . .	.131
NOTES	Notes . . . . .	.140

Comment utiliser ce document

Tout au long du présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre G (G) en exposant sont définis dans le **glossaire à l'annexe A**.

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires**^G (LDPE) est un document exhaustif qui fournit des conseils et des ressources pour la **pratique fondée sur les données probantes**^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier**^G, de **l'équipe interprofessionnelle**^G, des enseignants, des **organisations de services de santé**^G, des établissements universitaires, ainsi que des **personnes**^G et des **familles**^G. La présente LDPE devrait être consultée et appliquée en fonction des besoins des organisations de services de santé, des établissements universitaires ou autres milieux de pratique individuels, ainsi que des préférences des personnes vivant avec des **lésions de pression**^G et de leurs aidants. Ce document contient des **recommandations fondées sur les données probantes**^G et des **énoncés de bonne pratique**^G, ainsi que des descriptions : a) de la pratique, de l'éducation et des politiques organisationnelles; b) des avantages et inconvénients; c) des valeurs et préférences; et d) des considérations relatives à l'équité en matière de santé.

Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle qui sont spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles ces recommandations s'appuient.

Si votre organisation ou votre système de soins intégré adopte la présente LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) lui recommande de mettre sur pied des équipes de changement dont les responsabilités comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

1. Analyse des lacunes et des possibilités : évaluer vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs existants par rapport aux recommandations, aux énoncés de bonne pratique et aux discussions sur les données probantes contenues dans cette LDPE, et définir les points forts, les besoins ou les lacunes.
2. Prise en note des recommandations et des énoncés de bonne pratique applicables à votre contexte et pouvant être utilisés pour répondre aux besoins de votre ou vos organisations et pour combler des lacunes.
3. Élaboration d'un plan de mise en œuvre des recommandations et des énoncés de bonne pratique, maintien des pratiques exemplaires et évaluation des **résultats**^G en appliquant le cadre d'action du mouvement social (1) ou le cadre d'application des connaissances (2).

Les ressources de la **science de la mise en œuvre**^G, y compris la Boîte à outils pour la conduite du changement, sont disponibles **en ligne** (3). Une description de la Boîte à outils pour la conduite du changement se trouve dans **l'annexe R**. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 79.

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO. Pour trouver une ligne directrice en particulier, veuillez effectuer une recherche par mot clé ou par sujet. D'autres documents supplémentaires, tels que les **profils de données probantes**^G et les stratégies de recherche liées à chaque recommandation, se trouvent sous l'onglet « Methodology Documents » de la **page Web** de la LDPE.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et en apprendre davantage sur la façon dont vous l'avez mise en œuvre. Veuillez nous faire part de votre histoire à [RNAO.ca/contact](https://rnao.ca/contact).

Le parcours des LDPE de l'AIIAO, qui s'étend sur plus de deux décennies, est documenté dans la ressource suivante : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation, Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018.

Objet et champ d'application

Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents systématiquement élaborés et fondés sur des données probantes qui comprennent des recommandations sur des sujets précis liés au domaine clinique, aux environnements de travail sains et au système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle qui occupent des postes de soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques et aux chercheurs travaillant dans des organisations de services de santé et universitaires. Nous encourageons les **personnes ayant une expérience vécue**^G à se familiariser avec la LDPE afin de faciliter leur participation à la prise de décisions fondées sur des données probantes concernant leurs soins. Les LDPE favorisent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de l'éducation, dans le but d'obtenir des résultats de santé optimaux pour les personnes, les communautés et le système de santé dans son ensemble. L'AIIAO vise à respecter les normes internationales de déclaration des lignes directrices sur la pratique clinique, y compris les normes décrites dans l'instrument Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) et la déclaration RIGHT (Reporting Items for practice Guidelines in HealThcare) (4,5).

La présente LDPE remplace et fusionne les LDPE de l'AIIAO intitulées *Évaluation des risques et prévention des lésions de pression* (2005, avec révision de 2011) et *Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire* (2016) (6,7). Ces LDPE ont été fusionnées en raison du chevauchement de concepts cliniques (p. ex., l'évaluation) et pour mettre davantage l'accent sur la prévention comme principale stratégie de prise en charge. Les éditions précédentes de ces LDPE comptent parmi les plus utilisées et les plus mentionnées dans le système de données de l'AIIAO, le Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation[®] (NQIRE[®]). De plus, les **organismes vedettes en pratiques exemplaires (OVPE^{MD})**^G de l'AIIAO ont indiqué que la fusion des deux éditions précédentes simplifierait la mise en œuvre et l'évaluation.

L'objectif de cette ligne directrice est de fournir au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle et aux autres collaborateurs (c.-à-d. les administrateurs et les décideurs politiques) des recommandations fondées sur des données probantes pour l'évaluation des risques, la prévention et le traitement des lésions de pression. Cette ligne directrice reconnaît que les personnes qui présentent un risque de développer des lésions de pression ou qui en ont développé, ainsi que leurs aidants, sont des experts en ce qui concerne leur santé et la prise de décisions. Il est clair que la collaboration entre l'équipe interprofessionnelle, les personnes ayant une expérience vécue et les aidants est essentielle pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

En octobre 2022, l'AIIAO a convoqué un groupe d'experts pour déterminer l'objet et le champ d'application de la quatrième édition de cette LDPE et élaborer des **questions de recommandation**^G dans le but de guider les **examens systématiques**^G. Le groupe interprofessionnel d'experts de l'AIIAO comprenait des personnes ayant une expérience vécue, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des diététistes ayant des connaissances et de l'expérience dans tous les domaines d'exercice : administration, éducation et recherche dans divers milieux et secteurs. Ils ont partagé leurs points de vue sur le soutien et les soins aux personnes à risque ou vivant avec des lésions de pression dans tout le continuum de soins (p. ex., soins primaires, soins à domicile et communautaires, soins actifs, réadaptation et soins de longue durée).

L'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts de l'AIIAO ont effectué un examen et une analyse exhaustifs afin de déterminer le champ d'application et les questions de recommandation prioritaires pour cette LDPE (voir les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE).

Champ d'application

Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

- revue des LDPE précédentes de l'AIIAO : *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* (2005, avec révision de 2011) et *Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire* (2016) (6,7);

- analyse environnementale des lignes directrices et des normes existantes portant sur ce sujet;
- examen de la littérature afin de déterminer les données probantes disponibles sur les interventions pour les personnes à risque ou vivant avec des lésions de pression;
- réalisation de 26 entretiens avec des répondants clés auprès de **prestataires de santé**^G, de personnes ayant une expérience vécue, d'administrateurs, d'enseignants et de chercheurs;
- tenue de quatre groupes de discussion avec des prestataires de santé, des gestionnaires, des administrateurs, des enseignants et des étudiants;
- consultation du groupe d'experts.

Cette LDPE fournit des recommandations fondées sur des données probantes pour le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les personnes et leurs aidants dans tous les milieux et secteurs de soins. Les recommandations portent sur la prévention des lésions de pression chez les personnes à risque, ainsi que sur l'évaluation et la prise en charge des personnes vivant avec des lésions de pression. Dans l'ensemble, le champ d'application comprend :

- tous les domaines des soins infirmiers;
- tous les milieux et secteurs de soins de santé;
- toutes les populations à tout moment de la vie (p. ex., pédiatriques, adultes et aînés), y compris leur aidant ou la famille qu'ils ont choisie;
- tous les types de lésions de pression, y compris les **lésions de pression liées aux dispositifs médicaux**^G.

Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Les conditions et les sujets suivants ne sont pas couverts par la présente LDPE :

- plaies du pied causées par le diabète
- ulcères veineux ou artériels
- **dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH)**^G, y compris la **dermatite associée à l'incontinence (DAI)**^G
- plaies chirurgicales
- plaies liées aux stomies
- lacérations, abrasions et déchirures cutanées

Concepts clés de la présente ligne directrice

Aidants essentiels : Ces personnes apportent un soutien physique, social, psychologique et émotionnel, selon les besoins de la personne. Ces soins peuvent inclure le soutien dans les soins directs, la prise de décisions, la coordination des soins et la continuité des soins. Les aidants peuvent inclure des membres de la famille, des amis proches ou d'autres personnes de soutien identifiées par la personne ou le mandataire spécial (8). Ils peuvent aussi être appelés partenaires de soins.

Lésion des tissus profonds^G : Il s'agit d'une lésion locale caractérisée par une décoloration rouge foncé, marron, violet ou séparation épidermique persistante non blanchissable, révélant un lit de plaie foncé ou une ampoule remplie de sang (9).

Équipe interprofessionnelle^G : Ce type d'équipe se compose de plusieurs prestataires de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins sociaux et de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (10). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les personnes atteintes ou à risque de lésions de pression peuvent comprendre, sans s'y limiter : le personnel infirmier, les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) qui retournent les personnes hébergées dans les foyers de SLD et s'occupent d'elles, les omnipraticiens, les médecins, les diététistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux. Il est important de souligner que les personnes et leurs aidants sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

Prestataire de santé^G : Ce terme s'entend à la fois des travailleurs réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététistes et les travailleurs sociaux) et des travailleurs non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Prestataire de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professionnels de la santé réglementés* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (11).

Prestataire de santé non réglementé : Les prestataires de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de santé non réglementés jouent les rôles et exécutent les tâches qui sont déterminées par leur employeur. Les prestataires de santé non réglementés n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, que si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (12).

Personne^G : Une personne est un particulier avec qui un prestataire de services sociaux ou de soins de santé a établi une relation thérapeutique dans le but de s'associer pour assurer la santé. Dans la présente LDPE, ce terme remplace les termes « patient », « client » et « résident » couramment utilisés dans l'ensemble des organisations de santé et de services sociaux (13).

Lésion de pression^G : Dommages localisés à la peau et/ou aux tissus sous-jacents, à la suite de pression, ou de pression en combinaison avec le cisaillement. Les lésions de pression surviennent généralement sur une proéminence osseuse, mais peuvent également être liées à un instrument médical ou à un autre objet (14).

Lésion de pression de stade 1 : Peau intacte présentant une apparence locale d'érythème non blanchissable (9). La zone peut être douloureuse, ferme, molle, plus chaude ou plus froide que les tissus adjacents. Elle peut être difficile à détecter chez les personnes à la peau foncée, mais la couleur des zones touchées peut différer de celle de la peau environnante (9).

Lésion de pression de stade 2 : Perte partielle d'épaisseur de la peau avec derme exposé (9).

Lésion de pression de stade 3 : Perte de peau sur toute l'épaisseur. La graisse sous-cutanée peut être visible, mais les os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Une desquamation peut être présente, mais n'obscurcit pas la profondeur de la perte de tissus. Peut inclure le décollement et la tunnellation dans les structures adjacentes (9).

Lésion de pression de stade 4 : Perte de peau et de tissus sur toute l'épaisseur avec fascia (c.-à-d. le tissu conjonctif qui maintient les structures en place), muscle, tendon, ligament, cartilage ou os visible (9).

Lésion de pression impossible à classer : Perte de peau et de tissus sur toute l'épaisseur qui est obscurcie par la desquamation ou une escarre (c.-à-d. des tissus morts), de sorte que la gravité de la blessure ne peut être confirmée (9).

Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations

Énoncés de bonne pratique et recommandations

Ce guide comprend à la fois des énoncés de bonne pratique et des recommandations graduées. Les LDPE de l'AIIAO sont élaborées en utilisant les méthodes **GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)**^G. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice, y compris l'utilisation des méthodes GRADE et des profils de données probantes, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Énoncés de bonne pratique

Les énoncés de bonne pratique sont des énoncés exploitables qui devraient être mis en pratique (15). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du groupe d'experts (15). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (15,16). Étant donné le degré élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de bonne pratique l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur un examen systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (17). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien qu'elles puissent être étayées par des **données probantes indirectes**^G, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (15). En tant que tels, les énoncés de bonne pratique doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car ils reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (15). Il est important de noter que les énoncés de bonne pratique ne sont pas formulés en raison d'un manque de données probantes et qu'ils ne sont pas non plus basés sur l'avis d'un expert.

Recommandations graduées

Les recommandations graduées sont également des énoncés pouvant donner lieu à une action; cependant, les énoncés des recommandations sont formés sur la base d'un lien direct ou indirect avec un ensemble de données probantes trouvées par le biais du processus d'examen systématique (16). Les recommandations sont formulées comme fortes ou conditionnelles en tenant compte de la certitude des données probantes, des valeurs et des préférences des personnes concernées par la recommandation, et de l'équité en matière de santé (voir **Interprétation des données probantes et Énoncés de recommandation**). Le groupe d'experts formule des recommandations à l'aide des **cadres de prise de décisions fondées sur les preuves (cadres EtD)**^G, par l'entremise d'un processus de consensus informel facilité par l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO. Étant donné que les recommandations sont explicitement liées à l'ensemble de preuves, on parvient généralement à un accord (18). S'il n'est pas possible de s'entendre, des méthodes de vote officielles sont utilisées pour déterminer l'action et la force des recommandations (18,19).

Bien que les énoncés de bonne pratique et les recommandations soient élaborés différemment, ils fournissent tous les deux des conseils détaillés sur une action/intervention qui devrait (ou ne devrait pas) être réalisée (16). Par conséquent, les énoncés de bonne pratique et les recommandations devraient suivre le même processus de mise en œuvre (voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 79).

Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines prioritaires en matière d'exercice, tels que définis par le groupe d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à un examen systématique des données. Elles éclairent les **questions de recherche sur la PICR^G** (population, intervention, comparaison et résultats) qui orientent les examens systématiques et, par la suite, les recommandations. Les résultats potentiels font l'objet d'un remue-ménages et sont classés par ordre de priorité par le groupe d'experts pour chaque question de recommandation, et un examen systématique individuel est réalisé pour chaque question de recommandation, conformément aux méthodes GRADE (20).

Voici les questions de recommandation prioritaires et les résultats élaborés par le groupe d'experts de l'AIIAO qui ont orienté l'élaboration des recommandations de la présente LDPE. Les résultats sont présentés selon l'ordre d'importance établi par le groupe d'experts.

- **Question de recommandation n° 1** : L'utilisation des technologies de la santé devrait-elle être recommandée ou non pour la détection précoce et l'évaluation des lésions de pression?

Résultats : Taux d'incidence des lésions de pression, précision de la prédiction du développement des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, conformité des prestataires de santé à l'utilisation des technologies de la santé, satisfaction de la personne ou de l'aidant
- **Question de recommandation n° 2** : Une fréquence de repositionnement particulière devrait-elle être recommandée plutôt qu'une autre pour les personnes atteintes de lésions de pression ou à risque d'en développer?

Résultats : Incidence des lésions de pression, taux de guérison des lésions de pression, aggravation des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, satisfaction de la personne ou de l'aidant
- **Question de recommandation n° 3** : Les **ensembles de soins préventifs^G** devraient-ils être recommandés ou non pour prévenir les lésions de pression?

Résultats : Prévalence ou taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, conformité des prestataires de santé, événements indésirables, satisfaction de la personne ou de l'aidant
- **Question de recommandation n° 4** : L'utilisation de pansements prophylactiques devrait-elle être recommandée ou non pour prévenir les lésions de pression?

Résultats : Taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, douleur, qualité de vie, satisfaction de la personne ou de l'aidant
- **Question de recommandation n° 5** : L'utilisation des technologies de la santé devrait-elle être recommandée ou non pour le traitement des lésions de pression?

Résultats : Guérison des lésions de pression existantes, aggravation des lésions de pression, conformité des prestataires de santé à l'utilisation de la technologie de la santé, satisfaction de la personne ou de l'aidant, douleur
- **Question de recommandation n° 6** : L'utilisation de surfaces d'appui motorisées (actives ou réactives) pour la prévention et la prise en charge des lésions de pression devrait-elle être recommandée ou non?

Résultats : Prévalence ou taux d'incidence des lésions de pression, taux de guérison des lésions de pression existantes, aggravation des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, douleur

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR que le groupe d'experts de l'AIIAO a formulées pour orienter les examens systématiques. Pour en savoir plus sur les questions de recherche sur la PICR et le détail du processus par lequel le groupe d'experts de l'AIIAO a déterminé les questions de recommandation prioritaires et les résultats, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Aucune question de recommandation n'a été relevée portant sur les stratégies d'éducation et de formation de base requises pour les programmes d'études, ou sur la formation continue et le perfectionnement professionnel du personnel infirmier ou de l'équipe interprofessionnelle. Veuillez consulter l'**annexe D** pour obtenir les **énoncés relatifs à la formation**^G que les enseignants, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement et professionnels peuvent utiliser pour soutenir l'adoption de cette LDPE.



Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique

La présente LDPE remplace et fusionne les LDPE de l'AIIAO intitulées *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* et *Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire* (6,7).

Un résumé de la façon dont les recommandations de la présente LDPE se comparent aux recommandations de ses éditions précédentes est disponible sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE BONNE PRATIQUE	FORCE DE LA RECOMMANDATION
De base	
<p>Énoncé de bonne pratique 1.0 :</p> <p>C'est une bonne pratique que les organisations mettent en œuvre une approche interprofessionnelle pour l'évaluation, la prévention et le traitement des lésions de pression. Cette approche comprend la prise de décisions partagée avec les personnes à risque ou vivant avec des lésions de pression et leurs aidants essentiels.</p>	Sans objet*
<p>Énoncé de bonne pratique 2.0 :</p> <p>C'est une bonne pratique que les organisations et les prestataires de santé communiquent et collaborent de manière culturellement sécuritaire et inclusive avec les personnes et leurs aidants essentiels à l'évaluation, à la prévention et au traitement des lésions de pression.</p>	Sans objet*
<p>Énoncé de bonne pratique 3.0 :</p> <p>C'est une bonne pratique que les prestataires de santé, en collaboration avec les personnes et leurs aidants essentiels, utilisent une approche systématique dans la prise en charge des lésions de pression, ce qui comprend l'évaluation, la prévention et le traitement.</p>	Sans objet*
Évaluation	
<p>Énoncé de bonne pratique 4.0 :</p> <p>C'est une bonne pratique que les prestataires de santé, en collaboration avec les personnes et leurs aidants essentiels, utilisent une approche multicomposante pour évaluer et réévaluer le risque que la personne développe des lésions de pression.</p>	Sans objet*
<p>Énoncé de bonne pratique 5.0 :</p> <p>C'est une bonne pratique que les prestataires de santé classent une lésion de pression à l'aide d'un système de classification validé. Ce système de classification ne devrait pas être utilisé pour surveiller la guérison des lésions de pression.</p>	Sans objet*

Question de recommandation n° 1 : L'utilisation des technologies de la santé devrait-elle être recommandée ou non pour la détection précoce et l'évaluation des lésions de pression?	
<p>Recommandation 1.0 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé utilisent la thermographie en complément de l'évaluation de la peau pour détecter rapidement les lésions de pression.</p>	Conditionnelle
<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé utilisent la détection de l'humidité sous-épidermique en complément de l'évaluation de la peau pour la détection précoce des lésions de pression.</p>	Conditionnelle
Prévention et traitement	
Question de recommandation n° 2 : Une fréquence de repositionnement particulière devrait-elle être recommandée plutôt qu'une autre pour les personnes atteintes de lésions de pression ou à risque d'en développer?	
<p>Recommandation 2.0 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé repositionnent les personnes qui risquent de développer des lésions de pression toutes les 2 à 4 heures.</p>	Conditionnelle
<p>Énoncé de bonne pratique 6.0 :</p> <p>C'est une bonne pratique que le personnel infirmier et les prestataires de santé choisissent une surface d'appui appropriée en collaboration avec la personne et ses aidants essentiels, en tenant compte des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les facteurs de risque individuels ▪ les facteurs contextuels ▪ les préférences de la personne ▪ le confort 	Sans objet*
Question de recommandation n° 6 : L'utilisation de surfaces d'appui motorisées (actives ou réactives) pour la prévention et la prise en charge des lésions de pression devrait-elle être recommandée ou non?	
<p>Aucune recommandation n'a été formulée. Le groupe d'experts a déterminé que les données probantes actuelles étaient insuffisantes pour évaluer les avantages et les inconvénients des surfaces d'appui motorisées par rapport aux surfaces d'appui non motorisées. Le choix de la surface d'appui devrait être individualisé et conforme à l'énoncé de bonne pratique 6.0.</p>	Sans objet

Question de recommandation n° 3 : Les ensembles de soins préventifs devraient-ils être recommandés ou non pour prévenir les lésions de pression?	
Recommandation 3.0 : Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé mettent en œuvre des ensembles de soins préventifs pour les personnes qui risquent de développer des lésions de pression.	Conditionnelle
Question de recommandation n° 4 : L'utilisation de pansements prophylactiques devrait-elle être recommandée ou non pour prévenir les lésions de pression?	
Recommandation 4.0 : Le groupe d'experts suggère qu'en plus d'autres stratégies de soins préventifs, le personnel infirmier et les prestataires de santé appliquent des pansements multicouches en mousse de silicone comme mesure prophylactique pour les personnes qui risquent de développer des lésions de pression. Ces pansements doivent être appliqués sur des endroits à risque précis du corps, en tenant compte du potentiel de cisaillement, de frottement et de pression.	Conditionnelle
Question de recommandation n° 5 : L'utilisation des technologies de la santé devrait-elle être recommandée ou non pour le traitement des lésions de pression?	
Recommandation 5.0 : Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé, en collaboration avec la personne et ses aidants essentiels, envisagent d'utiliser la thérapie des plaies par pression négative pour traiter les lésions de pression si la personne satisfait aux indications et qu'il n'y a pas de contre-indications.	Conditionnelle
Recommandation 5.1 : Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé, en collaboration avec la personne et ses aidants essentiels, envisagent d'utiliser la stimulation électrique pour traiter les lésions de pression si la personne satisfait aux indications et qu'il n'y a pas de contre-indications.	Conditionnelle

- * Les énoncés de bonne pratique sont des pratiques établies et solides. Aucune force ne leur est associée. Pour en savoir plus, consultez **Aperçu de la méthodologie**.

Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation

GRADE fournit un cadre transparent et une approche systématique pour évaluer la certitude des données probantes et déterminer la force des recommandations (20).

Degré de certitude des données probantes

En recherche quantitative, le degré de certitude des données probantes (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (20). L'évaluation du degré de certitude des données probantes est effectuée après avoir fait la synthèse des données probantes relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude est établi en tenant compte du degré de certitude des données probantes relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données probantes selon s'il est *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition de ces catégories).

Tableau 1 : Degré de certitude des données probantes

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES PROBANTES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Nous sommes modérément confiants dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est susceptible d'être proche de l'estimation de l'effet, mais il est possible qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité que l'effet réel s'écarte sensiblement de l'effet prévu.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit avec la permission de : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; 2013 [cité le 31 août 2018]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Disponible à l'adresse : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.9rdbelsnu4iy>

Remarque : Le niveau de certitude des données probantes attribué se trouve directement sous chaque énoncé de recommandation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus de détermination de la certitude des données probantes et les décisions documentées prises par les méthodologistes d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de fortes ou conditionnelles selon le degré de certitude des données probantes et des critères clés suivants (voir les définitions dans la section **Discussion sur les données probantes**) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité en matière de santé.

Selon Schunemann et coll., « une recommandation forte indique que le groupe d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte pour l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) » (20). En revanche, « une recommandation conditionnelle indique que le groupe d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude » (20). Le **tableau 2** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Lorsque le degré global de certitude des données probantes est élevé ou moyen, les membres du groupe d'experts peuvent être des effets de l'intervention d'intérêt, qui soutiendront donc une recommandation forte. En outre, les membres du groupe d'experts doivent s'assurer que les avantages l'emportent sur les inconvénients et qu'il existe une confiance raisonnable et une variabilité limitée dans les valeurs et les préférences des personnes (21). Cependant, lorsque le degré global de certitude des données probantes est faible ou très faible, il existe une incertitude quant aux répercussions de l'intervention en question et les membres du groupe d'experts doivent s'attendre à des recommandations conditionnelles (21).

Tableau 2 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS FORTES ET CONDITIONNELLES		
GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les prestataires de santé	<ul style="list-style-type: none"> Les bénéfices d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes. Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu. Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> Les bénéfices de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la majorité des personnes. Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales. Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.
Pour les personnes recevant des soins	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas. 	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.
Pour les décideurs politiques	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations. 	<ul style="list-style-type: none"> Un débat important et la participation de nombreuses autres personnes touchées par le changement seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.
Pour les chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation est probablement appuyée par des données probantes très crédibles ou d'autres jugements convaincants qui rendent peu probable qu'elle soit modifiée par des recherches supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation sera probablement renforcée par d'autres recherches. Une évaluation des conditions et des critères qui ont déterminé la recommandation conditionnelle aidera à cerner les lacunes possibles en matière de recherche.

Source : Adapté avec l'autorisation de : Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013 [cité le 11 mai 2020]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Disponible à l'adresse : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.33qgws879zw>

Remarque : La force de chaque énoncé de recommandation est présentée directement en dessous et dans le **Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique**. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus utilisé par le groupe d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données probantes qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

1. **Avantages et inconvénients :** Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée, selon la documentation. Le contenu de cette section contient les études retenues dans le cadre des examens systématiques de la documentation.
2. **Valeurs et préférences :** L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur les besoins de la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de l'examen systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du groupe d'experts de l'AIIAO.
3. **Équité en matière de santé :** L'impact que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations et différents établissements, ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de l'examen systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du groupe d'experts de l'AIIAO.
4. **Conclusions du groupe d'experts :** Fournit une raison pour laquelle le groupe d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Conseils de mise en œuvre :** Met en lumière des informations pratiques pour les personnels infirmiers et les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de soutenir la mise en œuvre dans la pratique. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de l'examen systématique de la documentation ou d'autres sources (p. ex., le groupe d'experts de l'AIIAO).
6. **Ressources justificatives :** Comprend une liste des ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : la pertinence, la crédibilité, la qualité, l'accessibilité et l'actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). De plus amples détails sur ce processus et les cinq critères sont décrits dans les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE. La liste n'est pas exhaustive et l'inclusion d'une ressource dans l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource justificative connue.

Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lors de la mise en pratique des recommandations et les énoncés de bonne pratique de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer leurs effets.

Le modèle de Donabedian prévoit l'élaboration d'indicateurs pour l'évaluation des soins de santé et distingue trois catégories d'indicateurs : le mode de structure, le processus et les résultats (22).

La **structure** décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Elle comprend les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières.

Le **processus** consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.

Les **résultats** permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé ou des systèmes de santé (22).

Pour plus de détails, voir les sections **Surveillance de l'utilisation des connaissances** et **Évaluation des résultats** de la Boîte à outils pour la conduite du changement (3).

Les indicateurs suivants ont été élaborés pour appuyer l'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les organisations de services de santé et universitaires. Examinez les **tableaux 3 et 4**, qui fournissent une liste d'indicateurs de processus et de résultats ainsi que leurs définitions opérationnelles, leurs numérateurs et leurs dénominateurs. Étant donné qu'il y a un manque d'énoncés de bonne pratique et de recommandations liées à la formation des prestataires de santé, cette LDPE ne contient pas d'indicateurs de structure connexes. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des organisations locales, provinciales, nationales ou internationales. L'alignement sur les organisations est déterminé en comparant les critères suivants avec les indicateurs développés : la définition opérationnelle; si l'indicateur est sensible aux soins infirmiers; et les critères d'inclusion/exclusion. Selon le niveau d'alignement, un indicateur peut être décrit comme étant totalement, partiellement ou pas du tout aligné sur les organisations externes. Les indicateurs peuvent être adoptés (dans leur état actuel) ou adaptés (modifiés) à partir d'organisations.

Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation. Sélectionnez les indicateurs les plus pertinents pour les changements apportés à la pratique, à l'éducation ou à la politique, sur la base des recommandations de la LDPE et des énoncés de bonne pratique qui sont prioritaires pour la mise en œuvre.

Le **tableau 3** présente une liste d'indicateurs de processus qui appuient l'évaluation des changements de pratique pendant la mise en œuvre et les améliorations correspondantes aux processus. Les indicateurs de processus sont dérivés des recommandations et des énoncés de bonne pratique de la LDPE.

Tableau 3 : Indicateurs de processus

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
Énoncé de bonne pratique 3.0	<p>Pourcentage de personnes ayant une lésion de pression qui ont subi une évaluation des lésions de pression</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant une lésion de pression qui ont fait l'objet d'une évaluation des lésions de pression</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant une lésion de pression</i></p>	Adapté de Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®)
Énoncé de bonne pratique 4.0	<p>Pourcentage de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de lésions de pression à composantes multiples dans les 24 heures suivant le début des soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de lésions de pression à composantes multiples dans les 24 heures suivant le début des soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes qui ont reçu des soins</i></p>	Adapté de NQuIRE Alignement complet avec Agrément Canada, l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), le Partnership for Quality Measurement (PQM) et l'instrument d'évaluation Resident Assessment Instrument Minimum Dataset (RAI MDS)
Énoncé de bonne pratique 4.0	<p>Pourcentage de personnes dont l'état de santé a changé et qui ont fait l'objet d'une évaluation ou d'une réévaluation du risque de développer des lésions de pression au cours de leurs soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes dont l'état de santé a changé et qui ont fait l'objet d'une évaluation ou d'une réévaluation du risque de développer des lésions de pression au cours de leurs soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes dont l'état de santé a changé au cours de leurs soins</i></p>	Adapté de NQuIRE Alignement complet avec Agrément Canada, ICES et l'instrument RAI MDS Alignement partiel avec le PQM

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Énoncé de bonne pratique 6.0</p>	<p>Pourcentage de personnes ayant une lésion de pression ou à risque d'en développer qui ont une surface d'appui appropriée pour la redistribution de la pression</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant une lésion de pression ou à risque d'en développer qui ont une surface d'appui appropriée pour la redistribution de la pression</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant une lésion de pression ou à risque d'en développer qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement partiel avec l'instrument RAI MDS</p>
<p>Recommandation 2.0</p>	<p>Pourcentage de personnes à risque de développer une lésion de pression qui ont été repositionnées toutes les 2 à 4 heures</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes à risque de développer une lésion de pression qui ont été repositionnées toutes les 2 à 4 heures</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes à risque de développer une lésion de pression qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Alignement complet avec l'instrument RAM MDS</p>
<p>Recommandation 3.0</p>	<p>Pourcentage de personnes à risque de développer une lésion de pression qui ont reçu un ensemble de soins préventifs</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes à risque de développer une lésion de pression qui ont reçu un ensemble de soins préventifs</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes à risque de développer une lésion de pression qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Nouveau</p>

Le **tableau 4** présente des indicateurs de résultats qui permettent d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre des changements à la pratique fondée sur les données probantes. Les indicateurs de résultats sont associés aux résultats de la ou des questions de recherche ou reflètent les résultats de l'ensemble des recommandations et des énoncés de bonne pratique.

Tableau 4 : Indicateurs de résultats

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes ayant déjà une lésion de pression au début des soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant déjà une lésion de pression au début des soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec l'instrument RAM MDS</p> <p>Alignement sur la National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) et le PQM</p>
<p>Pourcentage de personnes ayant une lésion de pression</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant une lésion de pression</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec ICES</p> <p>Alignement partiel sur l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la NDNQI et le PQM</p>
<p>Taux de personnes ayant développé une nouvelle lésion de pression</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant développé une nouvelle lésion de pression</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de jours de soins/visites de soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec NDNQI</p> <p>Alignement partiel avec l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), l'ICIS, ICES, Santé Ontario, le PQM et l'instrument RAI MDS</p>
<p>Pourcentage de personnes qui développent une ou plusieurs nouvelles lésions de pression</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes qui développent une ou plusieurs nouvelles lésions de pression</i></p> <p><i>Dénominateur : Total du nombre de personnes qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec le PQM</p> <p>Alignement partiel avec ICES et la NDNQI</p>

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes ayant une lésion de pression qui présentent des signes de guérison dans les 2 à 4 semaines qui suivent l'identification de la lésion de pression</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes ayant une lésion de pression qui présentent des signes de guérison dans les 2 à 4 semaines qui suivent l'identification de la lésion de pression</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant une lésion de pression qui ont reçu des soins</p>	Adapté de NQuIRE
<p>Pourcentage de personnes ayant une lésion de pression qui s'est complètement fermée</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes ayant une lésion de pression qui s'est complètement fermée</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant une lésion de pression qui ont reçu des soins</p>	Adapté de NQuIRE
<p>Pourcentage de personnes dont la lésion de pression s'est aggravée</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes dont la lésion de pression s'est aggravée</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant une lésion de pression qui ont reçu des soins</p>	Adapté de NQuIRE Alignement partiel avec l'ICIS, ICES, Santé Ontario et le PQM

Autres ressources de l'AIHAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

[Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® \(NQuIRE®\)](#), un système de données international unique hébergé par l'AIHAO, permet aux OVPE^{MD} de surveiller et d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE. Le système de données NQuIRE recueille, compare et communique des données sur les indicateurs de structure des ressources humaines ainsi que sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats propres aux lignes directrices et sensibles aux soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des indicateurs existants, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres référentiels émergents ou établis, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes. Il se propose aussi de bonifier la sécurité de la personne, d'améliorer les résultats de santé et d'inciter le personnel à prendre conscience des liens qui existent entre la pratique et les résultats, tout cela dans le but d'améliorer la qualité des soins et de préconiser des ressources et politiques qui favorisent les changements conformes aux pratiques exemplaires (23).

Les [cheminements cliniques de l'AIHAO^{MC}](#) sont des recommandations numérisées et des énoncés de bonne pratique intégrés aux dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. À l'heure actuelle, ces cheminements cliniques sont offerts à tous les foyers de soins de longue durée canadiens. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures spécifiques des résultats aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats spécifiques en matière de santé.

Contexte

Lésions de pression

Une lésion de pression est caractérisée par des dommages localisés à la peau et/ou aux tissus sous-jacents, à la suite de pression, ou de pression en combinaison avec le cisaillement. Les lésions de pression, aussi appelées plaies de pression, escarres de décubitus ou plaies de lit, surviennent généralement sur une proéminence osseuse, mais peuvent également être liées à un instrument médical ou à un autre objet (14). Les emplacements les plus courants des lésions de pression sont le sacrum, les talons et les trochanters (24). Les lésions de pression se développent par cisaillement et pression, et parfois par frottement (25). L'utilisation d'instruments médicaux peut entraîner des **lésions de pression sur la membrane muqueuse**^G. Les équipements, le mobilier et les objets du quotidien peuvent également endommager les tissus lorsqu'ils sont en contact direct avec la peau en raison d'une augmentation de la charge mécanique et de la pression (26).

Les facteurs de risque de développement de lésions de pression comprennent un faible indice de masse corporelle (IMC), le sexe masculin, l'âge avancé, l'anémie, l'hypoalbuminémie, le diabète, l'hypotension, une faible activité physique ou l'immobilité, la présence de lésions de pression existantes, la malnutrition et la perte de sensation. Parmi les autres facteurs de risque de développement de lésions de pression liés au traitement, mentionnons la durée du séjour à l'hôpital ou l'admission aux soins intensifs. Le microclimat cutané est un facteur de risque indirect pour le développement des lésions de pression. Il fait référence à la température, à l'humidité et à la circulation de l'air près de la surface de la peau (27). Il faut empêcher la peau de devenir surhydratée ou desséchée; toutefois, l'incidence directe du microclimat sur le développement des lésions de pression n'est pas claire, pas plus que l'effet des « interventions microclimatiques » (27).

Les estimations de la prévalence des lésions de pression au Canada entre 1990 et 2003 dans tous les établissements de santé étudiés étaient de 26 % (IC à 95 %, 25,2 % à 26,8 %) (28). Bien que 50 % d'entre elles soient des lésions de pression de stade 1, ces données sont tout de même inquiétantes (28). En Ontario, les taux d'hospitalisation pour lésions de pression étaient de 60 personnes pour 100 000 habitants en 2014-2015 (29). Il convient de noter qu'il n'y a pas de statistiques à jour en Ontario et à l'échelle nationale sur les taux de lésions de pression et qu'il faudrait améliorer la surveillance et la production de rapports. À l'échelle mondiale, les lésions de pression représentent une grande partie des soins des plaies. Selon la Global Burden of Disease Study 2017, l'incidence des lésions de pression est demeurée relativement stable depuis 1990 et 2017, ce qui indique un besoin d'amélioration (30).

D'autres types de plaies chroniques comprennent les plaies du pied causées par le diabète, les ulcères veineux et les ulcères artériels. Ces plaies ont des étiologies différentes et elles exigent des stratégies de traitement et de prévention différentes de celles des lésions de pression (31). **L'annexe P** présente un aperçu des plaies chroniques. Les dommages cutanés associés à l'humidité peuvent parfois être confondus avec des lésions de pression ou coexister avec celles-ci (32). En particulier, la dermatite associée à l'incontinence dans la région sacrée peut être difficile à différencier des lésions de pression sacrées au chevet du patient (33). **L'annexe Q** fait la distinction entre les lésions de pression et la dermatite associée à l'incontinence.

Complications des lésions de pression et répercussions sur les ressources

Les lésions de pression sont douloureuses et peuvent affecter la qualité de vie. Les personnes et leurs aidants sont conscients que les lésions de pression sont douloureuses et lentes à guérir, et qu'elles sont souvent un signe de soins de mauvaise qualité (34). Selon leur stade et la présence de complications, de comorbidités ou d'autres facteurs, les lésions de pression peuvent prendre des semaines, des mois ou même des années à guérir (34). Certaines lésions de pression peuvent ne pas être guérissables. Les lésions de pression peuvent entraîner une infection et des séjours plus longs à l'hôpital, et peuvent contribuer à la mortalité prématurée (35).

Les lésions de pression ont une incidence négative sur la santé psychologique (36-38). Des études ont révélé que les personnes ayant des lésions de pression ont une autonomie réduite, un sentiment d'insécurité accru et un bien-être mental diminué (37). Des scores élevés de dépression ont été observés, associés à une diminution du confort et du plaisir à manger et à faire des activités, tandis que la douleur entraînait une diminution de la capacité fonctionnelle (38). Les personnes ayant des lésions de pression dépendaient beaucoup des membres de leur famille ou des services sociaux pour leurs activités (38). Les aidants subissaient également un fardeau psychologique. Ils présentaient des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de stress (36).

Les lésions de pression sont l'un des événements indésirables les plus coûteux dans les soins de santé (39). Le coût net rajusté total de l'hospitalisation d'une lésion de pression nosocomiale en Ontario se situait entre 44 000 \$ et 90 000 \$ de 2002 à 2006, comparativement à 11 000 \$ à 18 500 \$ pour une lésion de pression antérieure à l'admission (40). Un rapport de recherche de 2019 a estimé que les coûts des lésions de pression nosocomiales aux États-Unis pourraient dépasser 26,8 milliards de dollars par an (41). Environ 59 % de ces coûts étaient attribuables à des plaies de pleine épaisseur de stade 3 et 4 (13,3 % des patients), qui mobilisent beaucoup de temps des cliniciens et de ressources hospitalières (41). Toute lésion de pression de stade 3 ou 4 acquise après l'admission à l'hôpital a été désignée comme un « événement qui ne devrait jamais arriver » par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (maintenant Excellence en santé Canada) (42). Les lésions de pression de stade 3 et 4 peuvent entraîner des complications graves telles que des infections des os ou du sang (c.-à-d. la sepsie) (42).

Lésions de pression évitables et inévitables

La grande majorité des lésions de pression sont évitables. Compte tenu de l'incidence des lésions de pression et de la difficulté à traiter les plaies plus complexes et de stade plus avancé, la prévention des lésions de pression est essentielle. Le développement de la plupart des lésions de pression peut être évité grâce à des pratiques fondées sur des données probantes.

Les lésions de pression inévitables sont celles qui se développent même lorsque les programmes de prévention, d'évaluation et de traitement des lésions de pression sont suivis correctement (26). Les lésions de pression inévitables peuvent survenir dans des circonstances de soins actifs qui rendent la prestation de la prévention des lésions de pression dangereuse, comme lorsque les organisations fonctionnent en situation de crise, comme pendant la pandémie de COVID-19 (43). D'autres facteurs de risque pour les lésions de pression inévitables peuvent inclure l'instabilité hémodynamique, l'incapacité de fournir ou de maintenir une hydratation ou une nutrition appropriée et les stades de fin de vie (44).

Équité, diversité et inclusion

Il existe des disparités raciales en ce qui concerne le développement et la guérison des lésions de pression (45,46). Dans un examen des lésions de pression chez les patients à la peau foncée, l'étude a conclu que les personnes à la peau plus foncée sont plus susceptibles de développer des lésions de pression de stade plus avancé dans tous les milieux de santé (47). Les considérations relatives à la couleur de la peau sont importantes pour la prévention, l'évaluation et le traitement des lésions de pression (14). On ne peut pas se fier uniquement à l'inspection visuelle de la peau pour évaluer les lésions de pression et le risque qu'elles se développent (48). Récemment, la définition de lésion de pression de stade 1 a été élargie pour inclure la description des peaux foncées. Les lésions de pression de stade 1 sont définies comme une peau intacte avec une zone localisée d'érythème non blanchissable, qui peut apparaître différemment sur la peau à la pigmentation foncée (49). La présence d'érythème blanchissable ou des changements de sensibilité, de température ou de fermeté peuvent précéder les changements visuels (49). Une dépendance excessive à la présence de rougeurs ou d'érythèmes peut entraîner l'apparition de lésions de pression de stade plus avancé chez les personnes à la peau plus foncée (48). Compte tenu des difficultés liées à la détection précoce sur les peaux plus foncées, des pratiques de prévention sont nécessaires ainsi que l'amélioration de l'évaluation et de l'éducation des prestataires de santé (48). La façon dont les lésions de pression guérissent peut également être différente chez les personnes à la peau plus foncée (48).

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne (50). Les DSS peuvent entraîner des disparités et des inégalités en matière de santé entre les groupes raciaux et sociaux. Au Canada, les Autochtones, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, sont touchés de manière disproportionnée par les DSS, comme le racisme, la marginalisation, la pauvreté, la dislocation et l'exclusion sociale (51). Ces facteurs, y compris l'accès limité aux soins dans certains milieux, peuvent entraîner des disparités dans les soins des lésions de pression chez les Autochtones. Une étude récente menée aux États-Unis a examiné l'évolution des lésions de pression chez les personnes présentant divers facteurs de risque (46). L'étude a révélé que les lésions de pression duraient plus longtemps chez les hommes, les patients noirs et les patients présentant des signes de DSS négatifs que chez leurs homologues. Dans l'examen de l'incidence des DSS sur l'évolution des lésions de pression, cette étude a révélé que les effets néfastes des DSS liés à la pénurie alimentaire (tels qu'identifiés par les codes de la CIM 10) et la race noire étaient tous deux des prédicteurs indépendants importants de lésions de pression de plus longue durée (46). Les antécédents de DSS présentaient la plus forte corrélation avec l'évolution des lésions de pression, ce qui indique que les facteurs sociaux, en amont et centrés sur la personne, doivent être pris en compte pour traiter et prévenir adéquatement les lésions de pression (46).

Conclusion

L'objectif de cette ligne directrice est de fournir au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle et aux autres collaborateurs (c.-à-d. les administrateurs et les décideurs politiques) des recommandations fondées sur des données probantes pour la prise en charge des lésions de pression, y compris l'évaluation des risques, la prévention et le traitement. Cette ligne directrice reconnaît que les personnes qui ont des lésions de pression ou qui risquent d'en développer et leurs aidants essentiels sont des experts en matière de santé et de prise de décisions. Par conséquent, la collaboration entre l'équipe interprofessionnelle, les personnes ayant une expérience vécue et les aidants essentiels est essentielle pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

Principes directeurs

Les **principes directeurs**^G sont des concepts généraux qui dénotent une philosophie, une croyance, une valeur ou une norme de comportement que le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les organisations de services de santé devraient appliquer à leur pratique. Il est important de suivre les principes directeurs pour améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les populations. Les principes directeurs suivants ont été choisis par le groupe d'experts et sont considérés comme fondamentaux pour la totalité des recommandations et des énoncés de bonne pratique de cette LDPE.

Soins axés sur les besoins de la personne

Les **soins axés sur les besoins de la personne**^G sont des soins où la personne est considérée comme un tout. Le processus qui permet de connaître la personne entière est encouragé par la formation d'une relation thérapeutique entre la personne, ses proches et les prestataires de services sociaux et de soins de santé. Cette approche de soins comporte la défense des intérêts, l'habilitation, le respect mutuel et le fait de comprendre que la personne a le droit à l'autonomie et à l'autodétermination ainsi qu'à la participation active dans les décisions concernant sa santé (maladie et bien-être) (52). Divers termes existent pour décrire ce concept (soins axés sur la personne, soins axés sur le patient, soins axés sur la personne et la famille), mais tous considèrent la personne qui reçoit les soins et les services comme un participant central du processus.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit les services de santé intégrés centrés sur la personne comme plaçant les besoins globaux des personnes et des communautés, et pas seulement les maladies, au centre des systèmes de santé, et engageant et habilitant les gens à jouer un rôle plus actif dans leur propre santé (53). Dans le contexte des lésions de pression, les soins axés sur les besoins de la personne consistent à traiter la personne entière – pas seulement la plaie. Les personnes à risque ou vivant avec des lésions de pression, ainsi que leurs aidants essentiels, ont un rôle clé à jouer dans la prévention, l'évaluation et le traitement de leurs lésions de pression. Le paradigme de la préparation du lit de la plaie est un exemple d'approche holistique axée sur les besoins de la personne pour le traitement des lésions de pression qui met l'accent sur le confort du patient (54). Le traitement des plaies curables se concentre sur l'équilibre hydrique, le débridement actif et le contrôle de l'infection ou de l'inflammation (54). Le traitement des plaies incurables ou de maintien met l'accent sur le confort du patient, le soulagement de la douleur, le contrôle des odeurs, la prévention des infections, le débridement conservateur et la gestion de l'humidité (54).

Prise de décisions partagée.

La **prise de décisions partagée**^G (PDP) est une façon d'opérationnaliser les soins axés sur les besoins de la personne. La PDP est un processus interpersonnel et interdépendant dans lequel les prestataires de santé, les personnes et leurs aidants collaborent à la prise de décisions concernant la santé d'une personne (55). En bref, la PDP repose sur la connaissance et la compréhension des meilleures données disponibles concernant les risques et les avantages de toutes les options envisageables, tout en veillant à ce que les valeurs et les préférences de la personne soient prises en compte (55).

Il existe des données probantes solides démontrant l'efficacité de l'utilisation de la PDSP sur les résultats de santé (55). Des preuves émergent qu'elle peut être prometteuse dans la prévention et le traitement des lésions de pression. Dans un examen systématique récent, la plupart des études ont trouvé des résultats cliniquement significatifs en matière de diminution de l'incidence des lésions de pression avec l'utilisation de la PDP (56).

Recommandations et énoncés de bonne pratique

DE BASE

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 1.0 :

C'est une bonne pratique que les organisations mettent en œuvre une approche interprofessionnelle pour l'évaluation, la prévention et le traitement des lésions de pression. Cette approche comprend la prise de décisions partagée avec les personnes à risque ou vivant avec des lésions de pression et leurs aidants essentiels.

Justification de l'énoncé de bonne pratique par le groupe d'experts

Une approche interprofessionnelle qui comprend une prise de décisions partagée pour la prévention et le traitement des lésions de pression fait partie des bonnes pratiques. Une approche interprofessionnelle consiste en la prestation de soins par plusieurs prestataires de santé qui travaillent en collaboration afin d'offrir des services de santé complets et de qualité aux personnes au sein d'organisations et de disciplines de soins de santé, ainsi qu'entre celles-ci (10).

De nombreux prestataires de santé collaborent activement à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge des lésions de pression. Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les personnes ayant des lésions de pression ou qui risquent d'en développer peuvent être les infirmières et infirmiers (y compris ceux qui sont spécialisés dans le soin des plaies), les préposés aux services de soutien à la personne, les médecins, les diététistes, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Voir Conseils de mise en œuvre pour obtenir plus de détails sur les rôles de l'équipe interprofessionnelle. Il est important de souligner que les personnes et leurs aidants essentiels sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs. L'approche interprofessionnelle favorise la complémentarité des rôles, l'effort coopératif et le partage des responsabilités au sein de l'équipe de soins. La conscience collective des connaissances, des compétences et des capacités de chacun mène à des soins de meilleure qualité. Une approche interprofessionnelle comprend également la prise de décisions partagée (PDP), qui est une approche collaborative de la prise de décisions concernant la santé d'une personne, en tenant compte de ses valeurs et de ses préférences (55).

Le groupe d'experts a déterminé que cet énoncé devait être communiqué au personnel infirmier et aux prestataires de santé, mais qu'un examen systématique des données probantes n'était pas nécessaire. Cet énoncé de bonne pratique est aligné sur les nombreuses organisations qui appuient une approche interprofessionnelle des soins, notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (10,57,58).

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- S'assurer que chaque prestataire de santé est présenté à la personne à risque ou vivant avec une lésion de pression et qu'il lui explique son rôle.
- Faire participer les personnes et/ou les aidants essentiels à la planification des soins, y compris l'évaluation, la prévention et le traitement des lésions de pression.
- Faire participer les personnes ou les aidants essentiels à l'enseignement en santé sur la prévention des lésions de pression, par exemple en leur fournissant des ressources et des guides de référence rapide (voir l'[annexe F](#) pour un exemple).
- Expliquer aux personnes et à leurs aidants essentiels à quel moment il faut consulter les services de santé ou des services de soins spécialisés.

Afin d'offrir des soins cliniques complets, coordonnés et de qualité aux personnes ayant des lésions de pression, il peut être nécessaire de consulter et de collaborer avec les prestataires de santé suivants (59) :

- un podologue (pour les soins spécialisés des lésions de pression sur les membres inférieurs);
- les professionnels de la santé et les cliniques qui ont obtenu une formation avancée en soins des plaies;
- un spécialiste de la prévention des infections ou un microbiologiste (pour les infections qui ne réagissent pas, sont récalcitrantes ou récurrentes);
- une infirmière praticienne ou un infirmier praticien (pour l'évaluation et la gestion des lésions de pression, selon les connaissances, la formation, les compétences et le rôle de chaque praticien au sein de l'équipe interprofessionnelle);
- une infirmière ou un infirmier spécialisé en plaies, en stomies et en incontinence (pour les soins spécialisés relatifs aux problèmes de santé liés aux plaies, aux stomies et à l'incontinence);
- un ergothérapeute (pour la redistribution de la pression, la mobilité, l'évaluation des activités de la vie quotidienne, l'expertise en matière de prescription de sièges en fauteuil roulant, la prévention et la prise en charge du cisaillement) et les assistants en ergothérapie;
- les préposés aux services de soutien à la personne;
- un pharmacien (pour identifier les médicaments qui peuvent affecter les niveaux d'activité et fournir des conseils à ce sujet);
- les physiatres (pour les soins aux personnes atteintes de lésions de la moelle épinière et le travail avec le personnel de réadaptation);
- un physiothérapeute (pour la redistribution de la pression, la mobilité, les thérapies d'appoint, l'expertise en matière de prescription de sièges en fauteuil roulant et la prévention et la prise en charge du cisaillement) et les assistants en physiothérapie;
- un médecin (p. ex., médecin de famille ou médecin spécialiste, pour l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression, selon les connaissances, la formation, les compétences et le rôle de chaque praticien au sein de l'équipe interprofessionnelle);
- un prothésiste (concernant le réajustement d'une prothèse pour les personnes ayant des lésions de pression);
- un diététiste (pour l'évaluation et la gestion de l'état nutritionnel);
- une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé, une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (pour l'évaluation et la prise en charge des lésions de pression, selon les connaissances, la formation, les compétences et le rôle de chaque praticien au sein de l'équipe interprofessionnelle);
- un travailleur social (pour l'évaluation psychosociale, le soutien social et la planification des dispositions);
- un orthophoniste (pour la déglutition et la communication);
- un chirurgien (pour l'intervention chirurgicale, le débridement chirurgical, la fermeture des lambeaux et l'évaluation vasculaire).

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Araujo SM, Sousa P, Dutra I. Clinical decision support systems for pressure ulcer management: Systematic review. JMIR Med Inform. 16 octobre 2020;8(10):e21621. Disponible à l'adresse : https://medinform.jmir.org/2020/10/e21621</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen systématique des systèmes d'aide à la décision clinique utilisés par les infirmières et infirmiers pour faciliter la prise de décisions cliniques en matière de prise en charge des lésions de pression.
<p>Norton L, Parslow N, Johnson D, et coll. Recommandations en matière de pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression. [Internet] Plaies Canada; 2018. Disponible à l'adresse : https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1296-les-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-lesions-de-pression/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit le cycle de prévention et de gestion des plaies, qui comprend la constitution d'une équipe interprofessionnelle.
<p>Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 1. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6. Consulté le 29 avril 2024. Disponible à l'adresse : https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub6/full</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen systématique Cochrane des outils d'aide à la décision.

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 2.0 :

C'est une bonne pratique que les organisations et les prestataires de santé communiquent et collaborent de manière culturellement sécuritaire et inclusive avec les personnes et leurs aidants essentiels à l'évaluation, à la prévention et au traitement des lésions de pression.

Justification de l'énoncé de bonne pratique par le groupe d'experts

La prestation de soins d'une manière culturellement sécuritaire et inclusive fait partie des bonnes pratiques. La sécurité culturelle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît et vise à corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé. Elle reconnaît que les personnes et leurs familles sont des membres actifs de leurs soins (60). La sécurité culturelle est possible dans un environnement exempt de racisme et de discrimination. La création d'un environnement de soins de santé plus sûr améliore l'accès au système de santé, ainsi que les résultats en matière de santé (60). Bien que le terme « sécurité culturelle » ait été utilisé à l'origine en ce qui concerne les populations autochtones, ce concept peut être appliqué à toutes les populations dont les cultures ne sont pas considérées comme la culture « dominante » dans le pays où elles vivent.

Dans tous les soins, le racisme et la discrimination peuvent contribuer à de mauvais résultats de santé. Dans les soins des lésions de pression en particulier, il existe des disparités dans les résultats liés aux lésions de pression chez les personnes noires et les autres personnes de couleur par rapport aux personnes blanches. Des défis sont associés à la détection précoce des lésions de pression chez les personnes à la peau foncée, ce qui entraîne une incidence de lésions de pression de stade plus avancé (48). Une étude transversale nationale menée aux États-Unis a observé des séjours à l'hôpital plus longs chez les Noirs et les autres personnes de couleur ayant des lésions de pression que chez les Blancs dans la même situation (45). Au Canada, la sécurité et l'inclusion culturelles sont particulièrement importantes en ce qui concerne les communautés autochtones dont les membres sont victimes de discrimination, de pauvreté et d'exclusion, ce qui entraîne des disparités dans les résultats de santé. La prestation d'une prise en charge culturellement sécuritaire des lésions de pression nécessite une définition et une compréhension plus approfondies des lésions de pression de stade 1, qui ne doivent plus être limitées à la rougeur et à l'utilisation d'autres stratégies pour l'évaluation et la détection précoce des plaies de pression (48).

Le groupe d'experts a déterminé que les soins culturellement sécuritaires étaient essentiels à la prévention, à l'évaluation et au traitement des lésions de pression. Le groupe d'experts a déterminé que cet énoncé devait être communiqué au personnel infirmier et aux prestataires de santé, mais qu'un examen systématique des données probantes n'était pas nécessaire. Cet énoncé de bonne pratique est aligné sur le code de conduite de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Un principe stipule que « les infirmières, infirmiers offrent des soins inclusifs et sécuritaires sur le plan culturel en faisant preuve d'humilité culturelle » (61).

Conseils de mise en œuvre**Du groupe d'experts**

- Une approche des soins tenant compte des traumatismes et de la violence peut aider à favoriser la sécurité culturelle.
- Veillez à utiliser un langage inclusif. Utilisez du matériel pédagogique qui contient des images et un langage inclusifs.
- Les prestataires de santé doivent travailler avec les personnes et leurs aidants essentiels pour recenser les pratiques traditionnelles ou culturelles qui appuieraient leur évaluation, leur prévention ou leur traitement des lésions de pression.
- Les organisations de services de santé doivent offrir une formation à tous les prestataires de santé sur les soins culturellement sécuritaires, y compris de l'éducation sur les différents types de peau, la présentation et des stratégies de rechange pour l'inspection de la peau.
- Les comités organisationnels d'équité, de diversité et d'inclusion ou d'autres comités similaires peuvent jouer un rôle en veillant à ce que les soins des lésions de pression soient culturellement sécuritaires.
- Mettez en œuvre d'autres stratégies que l'inspection visuelle de la peau pour détecter les lésions cutanées probablement causées par la pression. Voir la **Recommandation 1.0** et la **Recommandation 1.1**.

Pour en savoir plus sur les lésions de pression chez les personnes à la peau foncée, consultez les ressources justificatives et l'**annexe I**.

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Black J, Cox J, Capasso V, et coll. Current Perspectives on Pressure Injuries in Persons with Dark Skin Tones from the National Pressure Injury Advisory Panel. <i>Adv Skin Wound Care</i>. 1^{er} septembre 2023;36(9):470–80. Disponible à l'adresse : https://journals.lww.com/aswcjournal/abstract/2023/09000/current_perspectives_on_pressure_injuries_in.5.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit le point de vue actuel du National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) sur la littérature entourant les lésions de pression chez les personnes à la peau foncée. ■ Comprend des considérations pour l'évaluation, la prévention et le traitement. ■ Remarque : Il s'agit d'une ressource payante.
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Code de conduite [Internet]. [Cité le 31 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/59040_code-of-conduct-fr.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Code de conduite de l'Ordre des infirmières et infirmiers, qui comprend la sécurité culturelle.
<p>Wounds International. Wound Care and Skin Tone Made Easy [Internet]. Wounds International; 2023 [cité le 31 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://woundsinternational.com/made-easy/wound-care-and-skin-tone/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide de cinq pages sur les lésions de pression et la couleur de la peau. ■ Éducation : comprend de l'information sur le langage inclusif et des images pour aider à guider les prestataires de santé.

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 3.0 :

C'est une bonne pratique que les prestataires de santé, en collaboration avec les personnes et leurs aidants essentiels, utilisent une approche systématique dans la prise en charge des lésions de pression, ce qui comprend l'évaluation, la prévention et le traitement.

Justification de l'énoncé de bonne pratique par le groupe d'experts

Une approche systématique de la prise en charge des lésions de pression fait partie des bonnes pratiques, car elle assure la cohérence, la rigueur et l'efficacité des soins. Une approche systématique est une façon méthodologique et organisée de traiter, d'évaluer et de prévenir les lésions de pression. Une approche systématique suit un flux logique par étapes et, souvent, un cadre établi fondé sur des données probantes.

Parmi les exemples de cadres de soins des plaies, mentionnons le paradigme de la préparation du lit de la plaie, le cycle de prévention et de gestion des plaies et TIMERS (54,62,63). Chaque cadre suit un flux de travail clinique systématique, par étapes ou de manière cyclique. Les premières étapes de la planification du traitement de la plaie dans tous les cadres sont fondées sur les facteurs causaux de la plaie, ainsi que sur la prise en compte des objectifs de la personne et de la détermination si la plaie est curable ou non (54,62,63). Tous les cadres sont axés sur les besoins de la personne (54,62,63). La participation des personnes et de leurs aidants essentiels à l'établissement des objectifs de soins et à la planification des soins peut améliorer l'observance.

La préparation du lit de la plaie est un paradigme permettant d'optimiser le traitement des plaies chroniques grâce à une approche holistique et axée sur les besoins de la personne. Le traitement des plaies curables se concentre sur l'équilibre hydrique, le débridement actif et le contrôle de l'infection ou de l'inflammation (54). Le traitement des plaies de maintien met l'accent sur la prévention de la détérioration, la prévention des infections, le débridement conservateur et la gestion de l'humidité (54). Le traitement des plaies incurables met l'accent sur le confort du patient, le soulagement de la douleur, la prévention des infections et la gestion de l'humidité (54). Le cycle de prévention et de gestion des plaies suit un processus cyclique en cinq étapes qui comprend l'évaluation et la réévaluation, l'établissement d'objectifs, la constitution de l'équipe, l'établissement et la mise en œuvre d'un plan de soins et l'évaluation des résultats (62). Le cycle comprend la sélection des membres de l'équipe interprofessionnelle en fonction des besoins de la personne. Le cadre TIMERS fournit des conseils structurés sur les approches de prise en charge des plaies et sur les cas où des traitements d'appoint devraient être envisagés en plus des soins normaux (63). Le cadre comprend : la viabilité tissulaire (T), l'infection/inflammation (I), l'équilibre hydrique (M – *moisture balance*), le bord de la plaie (E – *wound edge*), la réparation/régénération (R) et les facteurs sociaux et liés au patient (S). Pour plus de détails sur ces cadres, voir l'[annexe E](#).

Le groupe d'experts a déterminé que cet énoncé de bonne pratique devait être communiqué au personnel infirmier et aux prestataires de santé, mais qu'un examen systématique des données probantes n'était pas nécessaire. L'utilisation d'une approche systématique pour fournir des soins est une fonction essentielle du processus de soins infirmiers (évaluation, diagnostic, planification et mise en œuvre).

Conseils de mise en œuvre**Du groupe d'experts**

Suivez les principes directeurs des soins axés sur les besoins de la personne et de la prise de décisions partagée lorsque vous utilisez une approche systématique dans la prise en charge des lésions de pression. Demandez et évaluez le type de soins reçus à domicile, le cas échéant.

- Tous les prestataires de santé qui ont un rôle à jouer dans la prévention, l'évaluation ou le traitement des lésions de pression doivent suivre une approche systématique.
- Une approche systématique de la prise en charge des lésions de pression doit inclure la prise en charge de la douleur. Voir les ressources justificatives et l'[annexe K](#) pour plus de détails.

- L'évaluation des lésions de pression dans le cadre d'une approche systématique doit être guidée par l'utilisation d'un outil validé. Voir les ressources justificatives, l'**annexe M** et l'**annexe N** pour plus de détails.
- L'évaluation des lésions de pression doit être clairement documentée. Incluez les éléments suivants :
 - douleur (y compris l'emplacement, les facteurs causaux, l'intensité, la durée, etc.)
 - le refus de soins ou le non-respect des plans de traitement par toute personne
 - les interventions utilisées pour favoriser la guérison, comme les suppléments alimentaires, les vitamines, les tests de laboratoire, le repositionnement, la décharge, la gestion de l'incontinence et les soins
 - les conditions qui nuisent à la guérison, comme les troubles de la mobilité et l'état nutritionnel
 - le résultat prévu de la plaie

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, et coll. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. <i>J Wound Care</i> . 1 ^{er} mars 2019;23(Sup3a):S1–50. Disponible à l'adresse : https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1?rfr_dat=crpub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit le cadre TIMERS pour les plaies difficiles à guérir.
Holloway S, Ahmajärvi K, Frescos N, et coll. Holistic management of wound-related pain: An overview of the evidence and recommendations for clinical practice. <i>Journal of Wound Management [Internet]</i> . 1 ^{er} avril 2024 [cité le 31 mai 2024]; 25(1). Disponible à l'adresse : https://journals.cambridgemedia.com.au/jwm/10.35279/jowm2024.25.01/holistic-management-wound-related-pain-overview-evidence-and-recommendations-clinical-practice	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conseils sur la prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies.
Norton L, Parslow N, Johnson D, et coll. Recommandations en matière de pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression. [Internet] Plaies Canada; 2018. Disponible à l'adresse : https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1296-les-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-lesions-de-pression/file	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit le cycle de prévention et de gestion des plaies.

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, et coll. Wound Bed Preparation 2021. Adv Skin Wound Care. 1^{er} avril 2021;34(4):183–95. Disponible à l'adresse : https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2021/04000/wound_bed_preparation_2021.4.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit le cadre actualisé de préparation du lit de la plaie (2021).
<p>Smet S, Probst S, Holloway S, et coll. The measurement properties of assessment tools for chronic wounds: A systematic review. Int J Nurs Stud. Septembre 2021;121:103998. Disponible à l'adresse : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748921001450?via%3Dihub</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Donne un aperçu des outils d'évaluation des plaies disponibles. ■ Recense et résume systématiquement les outils d'évaluation et étudie leurs propriétés de mesure. ■ Remarque : Il s'agit d'une ressource payante.
<p>Wound source. Documentation in wound care. 2022. Disponible à l'adresse : https://www.woundsource.com/blog/documentation-in-wound-care</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des détails sur ce qu'il faut inclure dans la documentation des plaies.

ÉVALUATION

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 4.0 :

C'est une bonne pratique que le personnel infirmier et les prestataires de santé, en collaboration avec les personnes et leurs aidants essentiels, utilisent une approche multicomposante pour évaluer et réévaluer le risque de développer des lésions de pression.

Justification de l'énoncé de bonne pratique par le groupe d'experts

Une approche multicomposante pour évaluer le risque de développer des lésions de pression comprend la réalisation d'une évaluation complète qui tient compte du contexte et des circonstances uniques de la personne. Cette évaluation des risques va au-delà du simple fait de suivre une liste de vérification ou d'utiliser un outil, et fait appel au raisonnement clinique pour tirer des conclusions sur le risque de lésions de pression. L'utilisation par les prestataires de santé d'une approche multicomposante pour évaluer/réévaluer le risque continu qu'une personne développe des lésions de pression, en collaboration avec ses aidants essentiels, permet de prendre en compte plusieurs facteurs, d'adopter une approche plus sûre pour prodiguer des soins à la personne et d'adapter les interventions préventives de manière appropriée (14).

Certaines publications ont montré que l'exactitude diagnostique ne diffère pas considérablement entre les échelles couramment utilisées pour le risque de lésions de pression, comme l'échelle de Braden, l'échelle de Norton ou l'échelle de Waterlow (64). Les facteurs de risque qui prédisposent une personne à développer une lésion de pression peuvent également varier d'un patient à l'autre dans différents contextes cliniques, et il peut être impossible de concevoir un outil d'évaluation du risque qui répondra aux besoins de tous les patients dans tous les milieux cliniques (65). Bien que les échelles puissent être des outils utiles pour organiser le processus de pensée clinique, elles ne doivent pas la remplacer. Elles devraient plutôt être un complément intrinsèque ou extrinsèque à une évaluation approfondie de la peau de la tête aux pieds qui se concentre sur les zones à haut risque. De plus, les échelles doivent être utilisées en plus d'une compréhension approfondie des facteurs causaux et de risque contribuant aux lésions de pression. Les facteurs de risque de lésions de pression qui devraient être pris en compte lors d'une évaluation multicomposante des risques sont les suivants : âge avancé; patients ayant une peau plus foncée; poids corporel plus bas; déficience cognitive; déficiences physiques; et d'autres affections comorbides qui affectent l'intégrité de la peau (p. ex., incontinence urinaire ou fécale, diabète, œdème, troubles de la microcirculation, hypoalbuminémie et malnutrition) (14).

Essentiellement, une approche multicomposante préconise une évaluation holistique qui tient compte de l'ensemble du tableau clinique, en intégrant des échelles standardisées à une évaluation pratique complète de la peau et à l'évaluation des facteurs de risque supplémentaires. Pour terminer, l'interprétation des résultats de l'évaluation exige un jugement clinique nuancé. Cette approche permet de mieux comprendre les besoins individuels de chaque patient et favorise des stratégies de prévention et de prise en charge plus efficaces (14).

Le groupe d'experts a déterminé que cet énoncé de bonne pratique devait être communiqué au personnel infirmier et aux prestataires de santé, mais qu'un examen systématique des données probantes n'était pas nécessaire. L'énoncé de bonne pratique est aligné sur l'évaluation des soins infirmiers de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Selon l'OIIO, une évaluation doit être holistique et tenir compte de multiples composantes, y compris les « valeurs et croyances biologiques, sociales, psychologiques, culturelles et spirituelles » de la personne (66).

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- L'évaluation et la réévaluation des risques exigent une approche structurée qui est holistique et qui applique le jugement et le raisonnement cliniques.
- Les personnes et aidants essentiels doivent participer à l'évaluation du risque de lésions de pression.
- Différents outils d'évaluation des risques peuvent être appropriés dans différents contextes, mais ne doivent pas être considérés comme des outils autonomes pour effectuer l'évaluation des risques. Tout outil d'évaluation des risques peut devoir être complété par l'évaluation d'autres facteurs de risque et la prise en compte de la personne entière.
- L'évaluation multicomposante des risques doit être documentée.
- L'évaluation des risques peut être appuyée par un outil validé. Voir l'**annexe G** pour les outils d'évaluation des risques.



Tableau 5 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

COMPOSANTE DE L'APPROCHE MULTICOMPOSANTE	DÉTAILS DE LA COMPOSANTE
Évaluation complète de la peau	<p>L'évaluation complète de la peau est un processus par lequel toute la peau de chaque personne est examinée afin de détecter toute anomalie. Il faut regarder et toucher la peau de la tête aux pieds, en mettant particulièrement l'accent sur les proéminences osseuses.</p> <p>Les technologies de santé pour l'évaluation et la détection précoce des lésions de pression peuvent être utilisées en complément de l'évaluation complète de la peau, en particulier pour les personnes ayant une peau foncée (voir la Recommandation 1.0 et la Recommandation 1.1).</p>
Évaluation d'autres facteurs de risque	<p>Les facteurs de risque comprennent, sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'âge ▪ le diabète ▪ les déficits de perfusion et de circulation ▪ les comorbidités et la gravité de la maladie ▪ les antécédents de lésions de pression ▪ la durée du séjour à l'hôpital ▪ l'état nutritionnel et la malnutrition ▪ l'état d'hydratation et la déshydratation ▪ certains médicaments ▪ la mobilité réduite ▪ l'humidité ▪ la perception sensorielle altérée ▪ l'évaluation du domicile de la personne, y compris le besoin d'appareils fonctionnels
Interprétation de l'évaluation	Le jugement clinique doit être utilisé pour interpréter les résultats de l'évaluation ou de la réévaluation des risques.
Collaboration avec la personne et l'aidant	L'équipe de santé doit collaborer avec la personne et son aidant pour évaluer ou réévaluer le risque de lésion de pression.

COMPOSANTE DE L'APPROCHE MULTICOMPOSANTE	DÉTAILS DE LA COMPOSANTE
Moment de la réévaluation	<p>La réévaluation doit avoir lieu aux moments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ lors d'un changement de l'état de santé ■ pendant les transitions de soins (p. ex., congé ou transfert d'une unité à l'autre) ■ lorsque les stratégies de prévention des lésions de pression ont été modifiées (p. ex., changement de fréquence de repositionnement, type de surface d'appui) <p>S'il n'y a aucun signe de progrès vers la guérison dans les deux semaines, une réévaluation de la plaie, du plan de soins et de la personne est nécessaire.</p>

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
Black J, Cox J, Capasso V, et coll. Current perspectives on pressure injuries in persons with dark skin tones from the National Pressure Injury Advisory Panel. <i>Adv Skin Wound Care</i> . 1 ^{er} septembre 2023;36(9):470–80. Disponible à l'adresse : https://journals.lww.com/aswcjournal/abstract/2023/09000/current_perspectives_on_pressure_injuries_in.5.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Publication du National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) décrivant les considérations relatives à l'évaluation, à la prévention et au traitement des lésions de pression chez les personnes à la peau plus foncée ■ Décrit la technologie pour la détection précoce. ■ Remarque : Il s'agit d'une ressource payante.
Wound source. Documentation in wound care. 2022. Disponible à l'adresse : https://www.woundsource.com/blog/documentation-in-wound-care	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des détails sur ce qu'il faut inclure dans la documentation des plaies.

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 5.0 :

C'est une bonne pratique que les prestataires de santé classent une lésion de pression à l'aide d'un système de classification validé. Ce système de classification ne devrait pas être utilisé pour surveiller la guérison des lésions de pression.

Justification de l'énoncé de bonne pratique par le groupe d'experts

Au fur et à mesure que l'étiologie des lésions de pression est mieux comprise, plusieurs systèmes de classification ou de stadification ont été développés et utilisés. Il existe maintenant deux systèmes de classification de référence (voir ci-dessous). Pour évaluer les lésions de pression, il est important d'utiliser systématiquement le même système de classification des lésions de pression (14).

La classification permet de définir de manière appropriée la profondeur anatomique des lésions tissulaires causées par la lésion de pression (68). Un système de classification validé permet également de comparer les données entre les hôpitaux ou d'autres systèmes d'information sur la santé, et le système de classification améliore la qualité méthodologique de la recherche sur les lésions de pression (14). La profondeur des détails dans cette description de chaque composante permet également une meilleure compréhension de chaque stade. Voir l'[annexe H](#) pour obtenir un exemple de système de classification.

Les systèmes de classification ne devraient pas être utilisés pour surveiller la guérison des lésions de pression ou pour une « stadification inverse » (68). Par exemple, une lésion de pression de stade 4 ne doit pas repasser par les stades 3, 2 et 1 lorsqu'elle se ferme. La stadification inverse des lésions de pression peut mal représenter le degré de lésions tissulaires en cause, car la fermeture des lésions de pression de stade 3 et 4 est différente d'un point de vue biophysique. Les plaies de pleine épaisseur se ferment à travers le tissu de granulation, et non les mêmes composants tissulaires (comme les muscles ou les tissus sous-cutanés).

Le groupe d'experts a déterminé que cet énoncé devait être communiqué au personnel infirmier et aux prestataires de santé, mais qu'un examen systématique des données probantes n'était pas nécessaire. Cet énoncé de bonne pratique s'aligne sur les énoncés de bonne pratique sur la classification des lignes directrices internationales (European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) et Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)) (14). Elle s'aligne également sur l'évaluation des soins infirmiers de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). L'OIIO affirme qu'un « outil fondé sur des données probantes devrait être utilisé pour décrire la situation des patients » (66).

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Deux systèmes de classification sont considérés comme l'étalon or : le NPIAP/EPUAP et la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Ces systèmes ne sont pas des outils pour surveiller la guérison. Les systèmes de classification ne sont utilisés que pour établir le stade ou la classification de la plaie initiale.
- Voir l'[Énoncé de bonne pratique 3.0](#) et l'[annexe M](#) pour plus de détails sur l'évaluation des plaies.

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [Cité le 14 décembre 2023]. Disponible à l'adresse : https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#1644926300</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 11^e édition de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé. ■ Comprend la stadification des lésions de pression.
<p>National Pressure Injury Advisory Panel. NPIAP Pressure Injury Stages [Internet]. National Pressure Injury Advisory Panel; 2016 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online_store/npiap_pressure_injury_stages.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stades et classifications des lésions de pression du NPIAP 2016.

RECOMMANDATION 1.0 :

Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé utilisent la thermographie infrarouge en complément de l'évaluation de la peau pour une détection précoce des lésions de pression.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Contexte

Les considérations relatives à la couleur de la peau sont essentielles lors de l'évaluation du risque de lésions de pression. L'on ne peut pas se fier uniquement à l'inspection visuelle de la peau pour évaluer les lésions de pression et le risque qu'elles se développent (48). La présence d'érythème blanchissable ou des changements de sensibilité, de température ou de fermeté peuvent précéder les changements visuels (49). Une dépendance excessive à la présence de rougeurs ou d'érythèmes peut entraîner l'apparition de lésions de pression de stade plus avancé chez les personnes à la peau foncée (48). Compte tenu des difficultés liées à la détection précoce sur les peaux plus foncées, le groupe d'experts a donné la priorité à une question de recommandation sur la technologie de détection et d'évaluation précoces qui a donné lieu à la **Recommandation 1.0** et la **Recommandation 1.1**.

Discussion des données probantes :

Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt est la thermographie infrarouge par rapport aux soins normaux (pas de technologie pour la détection et l'évaluation précoces des lésions de pression). Aux fins de la présente LDPE, la technologie infrarouge s'entend de la technologie utilisée pour détecter la température de la peau en captant le rayonnement infrarouge émis par la surface de la peau. La température de la peau des zones cutanées à risque de développer des lésions de pression peut être plus élevée ou moins élevée par rapport à la peau normale adjacente.

Un examen systématique de quatre études non randomisées (ENR) a été effectué. Les types d'interventions comprenaient la thermographie infrarouge (imagerie thermique). Les populations comprenaient des adultes de plus de 18 ans qui risquent de développer des lésions de pression. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Trois études incluses dans l'examen systématique ont fait état de l'exactitude de la prédiction de l'apparition de lésions de pression et ont constaté que l'exactitude pourrait être accrue; toutefois, les données probantes sont très incertaines. Dans trois études où la thermographie a été comparée à l'inspection visuelle (c.-à-d. à l'aide de l'échelle de Braden ou de l'échelle de Norton), la thermographie permettait de prédire l'apparition de lésions de pression (stade I ou lésion des tissus profonds) avec plus d'exactitude (69). Comme l'indique l'examen systématique, une ENR a présenté le taux d'incidence des lésions de pression et a constaté que la thermographie infrarouge pouvait réduire l'incidence des lésions de pression; toutefois, les données sont très incertaines (69). Une autre ENR a signalé un taux historique de lésions de pression acquises à l'hôpital de 2,58 par mois, comparativement à zéro au cours de la période d'étude (69).

Le groupe d'experts a noté que les signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, la conformité des prestataires de santé à la technologie et la satisfaction de la personne ou de l'aidant étaient des résultats essentiels sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études.

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats était très faible en raison d'un risque très important de biais des études individuelles ainsi que d'une imprécision très grave liée au petit nombre d'événements pour tous les résultats.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence de la thermographie infrarouge sur les résultats prioritaires (exactitude des prédictions de l'apparition des lésions de pression et taux d'incidence des lésions de pression), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » du site Web. Voir aussi l'**annexe L** pour les nouvelles données probantes sur les technologies de la santé pour l'évaluation et la détection précoce des lésions de pression.

Valeurs et préférences

Aucune valeur ou préférence liée à l'intervention n'a été signalée dans les données probantes ou notée par le groupe d'experts.

Équité en matière de santé

Du groupe d'experts :

Le groupe d'experts a noté que la thermographie infrarouge pourrait avoir une utilité accrue dans la détection précoce pour les personnes à la peau plus foncée. La technologie pourrait aider à combler les lacunes dans l'identification des lésions de pression de stade 1 chez les personnes à la peau plus foncée et à guider les programmes de prévention.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que la thermographie infrarouge en complément de l'évaluation cutanée pour la détection précoce des lésions de pression pourrait être avantageuse. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible. De plus, le groupe d'experts a noté que la disponibilité et la faisabilité de la technologie varieraient selon le fournisseur et le milieu. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Les organisations de services de santé qui adoptent les technologies infrarouges doivent établir des protocoles d'utilisation clairs et fournir l'éducation nécessaire aux prestataires de santé.
- Les organisations pourraient envisager de former un petit groupe de fournisseurs (champions ou personnel ressource) sur l'utilisation de la thermographie infrarouge. Ces personnes peuvent être aiguillées par d'autres fournisseurs et peuvent utiliser la technologie dans l'ensemble de l'organisation.
- Connaissez le contrôle des infections et suivez les directives du fabricant ou la politique de l'hôpital concernant le nettoyage approprié des appareils.
- Les considérations de faisabilité concernant l'utilisation de la technologie infrarouge comprennent :
 - La disponibilité de la technologie sur le marché local
 - Les ressources disponibles
 - Les répercussions financières
 - L'incidence sur le temps des prestataires de santé

Tableau 6 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

INTERVENTION CLÉ	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
Type de thermographie infrarouge (69)	<ul style="list-style-type: none"> ■ sonde externe avec caméra thermique infrarouge fixée à un téléphone cellulaire ■ caméra thermographique portative (deux études individuelles) ■ caméra infrarouge portative avec interface vers le logiciel, le serveur et la base de données

RECOMMANDATION 1.1 :

Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé utilisent la détection de l'humidité sous-épidermique en complément de l'évaluation de la peau pour la détection précoce des lésions de pression.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion sur les données probantes

Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt est la détection de l'humidité sous-épidermique (HSE) par rapport aux soins normaux (aucune technologie pour la détection précoce et l'évaluation des lésions de pression). Aux fins de la présente LDPE, la détection de l'HSE désigne les technologies, appelées scanners ou compteurs, utilisées pour mesurer l'accumulation de liquide sous l'épiderme qui se produit aux premiers stades de l'apparition d'une lésion de pression due à l'inflammation déclenchée par les tissus et à l'augmentation du flux sanguin qui en résulte vers la région blessée (70). L'appareil détecte les altérations des lésions cutanées, entraînant une perte accrue d'humidité des tissus et un excès d'humidité détecté sur la peau.

Il y avait un examen systématique portant sur cinq END (70). Les types d'interventions comprenaient des humidimètres et des scanners (70). Les populations comprenaient des adultes qui risquaient de développer des lésions de pression. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Comme l'indique l'examen systématique (70), quatre études ont fait état de l'exactitude des prédictions de l'apparition de lésions de pression, mais il n'y avait pas de groupes de contrôle et les données probantes étaient très incertaines. La sensibilité moyenne était de $72,07 \pm 23,05$ % (variait de 48,3 à 100 %) et la spécificité moyenne était de $51,96 \pm 20,20$ % (variait de 24,4 % à 83 %).

Une étude de l'examen systématique a fait état du taux d'incidence des lésions de pression et a constaté qu'il pourrait avoir connu une diminution modérée, mais les données probantes sont très incertaines (70). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui reçoivent une détection de l'HSE, 12 personnes de moins auront une lésion de pression (varie de 13 de moins à neuf de moins).

Une autre étude incluse dans l'examen systématique a fait état des signes et symptômes précurseurs des lésions de pression et a constaté qu'ils pourraient avoir légèrement diminué, mais les données probantes sont très incertaines (70). Ce résultat a été mesuré comme une lésion de pression de stade 1. Le risque relatif était de 0,11 (IC à 95 % 0,01-1,01). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui reçoivent une détection de l'HSE, quatre personnes de moins auront une lésion de pression de stade 1 (varie de quatre de moins à aucune de plus ou de moins).

Le groupe d'experts a noté que la conformité des prestataires de santé à la technologie et la satisfaction des personnes ou des aidants étaient des résultats essentiels sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études, mais la faible spécificité de la détection de l'humidité sous-épidermique pourrait entraîner un surdiagnostic et de nombreux faux positifs.

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats était très faible en raison d'un risque important de biais dans les études individuelles pour tous les résultats, d'une imprécision très grave liée au faible nombre d'événements pour certains résultats et d'une grave incohérence notée pour un résultat.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence de la détection de l'humidité sous-épidermique sur les résultats prioritaires (exactitude des prédictions de l'apparition des lésions de pression, taux d'incidence des lésions de pression et signes et symptômes précurseurs des lésions de pression), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE. Voir aussi l'[annexe L](#) pour les nouvelles données probantes sur les technologies de la santé pour l'évaluation et la détection précoce des lésions de pression.

Valeurs et préférences

Aucune valeur ou préférence liée à l'intervention n'a été signalée dans les données probantes ou notée par le groupe d'experts.

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Un examen systématique a mentionné que les technologies utilisées pour effectuer des mesures de l'HSE pouvaient améliorer l'identification des signes et symptômes précurseurs des lésions de pression chez les personnes à la peau plus foncée (70). Un moyen essentiel de promouvoir l'équité en matière de santé est de reconnaître le problème et d'adopter une technologie capable de détecter les lésions cutanées à un stade précoce chez les personnes à la peau foncée (70). Cependant, de telles personnes n'ont pas été incluses dans les échantillons et la nécessité de recherches supplémentaires a été notée (70).

Du groupe d'experts

La détection de l'HSE est prometteuse pour améliorer la détection précoce, en particulier chez les personnes à la peau plus foncée. Cette technologie répond à un défi important dans le domaine des soins de santé : la difficulté d'identifier les signes précoces de changements cutanés et d'altérations sur les peaux plus foncées.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que la détection de l'humidité sous-épidermique en complément de l'évaluation de la peau pourrait apporter des avantages. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible. De plus, le groupe d'experts a noté que la disponibilité et la faisabilité de la technologie varieraient selon le fournisseur et le milieu. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Les organisations doivent établir des protocoles clairs pour l'utilisation de la détection de l'HSE et fournir l'éducation nécessaire aux prestataires de santé.
- Les organisations pourraient envisager de former un petit groupe de fournisseurs (champions ou personnel ressource) sur l'utilisation de la détection de l'HSE. Ces personnes peuvent être aiguillées par d'autres fournisseurs et peuvent utiliser la technologie dans l'ensemble de l'organisation.
- Les prestataires de santé doivent savoir que la rougeur de la peau n'est pas le meilleur indicateur du risque de lésions de pression dans les différentes populations et pour les différentes couleurs de peau.
- Connaissez le contrôle des infections et suivez les directives du fabricant ou la politique de l'hôpital concernant le nettoyage approprié des appareils.

Tableau 7 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA DÉTECTION DE L'HSE	DÉTAILS
Considérations de faisabilité	<ul style="list-style-type: none"> la disponibilité de la technologie sur le marché local les ressources disponibles les répercussions financières l'incidence sur le temps des prestataires de santé
Facteurs pouvant affecter l'incidence sur l'exactitude de la lecture	<p>Le groupe d'experts a noté que des facteurs individuels peuvent influencer sur l'exactitude, en particulier les facteurs qui ont une incidence sur l'inflammation, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'âge de la personne les comorbidités (p. ex., celles qui affectent l'œdème systémique)
Critères d'utilisation appropriée	<ul style="list-style-type: none"> ne pas utiliser sur la peau éraflée ne doit être utilisé que par des prestataires de santé ayant les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires et ayant été formés à l'utilisation de l'appareil
Interprétation des valeurs	<p>Les appareils produisent une valeur delta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Une valeur delta inférieure à 0,6 indique que le site présente un risque plus faible de lésions de pression. Une valeur delta supérieure à 0,6 indique que le site présente un risque accru de lésions de pression. <p>Les valeurs doivent être interprétées par des prestataires de santé formés en utilisant leur jugement clinique.</p>

Tableau 8 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

INTERVENTION CLÉ	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
Type de dispositif de détection de l'humidité sous-épidermique	<ul style="list-style-type: none"> Mesureur de phase dermique Delfin MoistureMeter D (Delfin Technologies, LTD, Greenwich, Connecticut) Scanner d'humidité sous-épidermique (HSE) (Bruin Biometrics (BBI), LLC) Scanner de HSE (Bruin Biometrics Europe, Ltd, Royaume-Uni)

PRÉVENTION ET TRAITEMENT

RECOMMANDATION 2.0 :

Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé repositionnent les personnes qui risquent de développer des lésions de pression toutes les 2 à 4 heures.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Faible

Discussion sur les données probantes

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt est la fréquence de repositionnement. Aux fins de la présente LDPE, le repositionnement fait référence au fait de tourner les gens pour leur faire changer de position dans le but de soulager ou de redistribuer la pression. Le repositionnement réduit la durée de la pression sur les tissus, ce qui diminue l'hypoxie tissulaire (14). Le repositionnement est depuis longtemps une composante fondamentale de la prévention des lésions de pression afin de redistribuer la pression entre le corps et la surface d'appui (71). Le repositionnement réduit la durée de la pression sur les tissus et, par conséquent, le risque théorique de lésion de pression (71).

Il y avait un examen systématique avec cinq essais contrôlés randomisés (ECR), un ECR supplémentaire et une ENR (71 à 73). Les types d'interventions et les comparateurs comprenaient : le repositionnement toutes les deux heures par rapport toutes les quatre heures et toutes les trois heures; un repositionnement toutes les trois heures par rapport à toutes les quatre heures; un repositionnement toutes les quatre heures par rapport à toutes les six heures; un repositionnement toutes les trois ou quatre heures par rapport à toutes les deux heures; et un repositionnement toutes les cinq heures par rapport à toutes les trois heures. Toutes ces comparaisons ont porté sur deux résultats : l'incidence des lésions de pression et les signes et symptômes précurseurs (stade I) (71-73). Les populations comprenaient des adultes qui risquaient de développer une lésion de pression. Aucune étude n'a porté sur les personnes ayant des lésions de pression. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Repositionnement toutes les deux heures par rapport à toutes les quatre heures

Trois ECR ont révélé que les données probantes sont très incertaines quant à savoir si le repositionnement toutes les deux heures par rapport à toutes les quatre heures diminue l'incidence des lésions de pression. Le risque relatif (RR) était de 1,06 (intervalle de confiance (IC) à 95 % 0,80-1,41). En termes d'effets absolus, il n'y a pas plus ou moins de lésions de pression pour 100 personnes qui reçoivent un repositionnement toutes les deux heures par rapport à un repositionnement toutes les quatre heures (de trois de moins à trois de plus) (71).

Repositionnement toutes les deux heures par rapport à toutes les trois heures

Deux ECR ont comparé le repositionnement toutes les deux heures au repositionnement toutes les trois heures. Les données probantes suggèrent que ces fréquences de repositionnement ne créent que peu de différence, voire aucune, dans l'incidence des lésions de pression (RR 4,06, IC à 95 % 0,87 à 18,98 et RR 0,90, IC à 95 % 0,69 à 1,16) (71).

Repositionnement toutes les trois heures par rapport toutes les quatre heures

Un ECR a révélé qu'il pourrait y avoir une réduction de l'incidence des lésions de pression avec un repositionnement toutes les trois heures par rapport à toutes les quatre heures (RR 0,20, IC à 95 % 0,04 à 0,92) (71).

Repositionnement toutes les quatre heures par rapport à toutes les six heures

Un ECR a comparé le repositionnement toutes les quatre heures au repositionnement toutes les six heures; il est possible que le repositionnement toutes les quatre heures améliore l'incidence des lésions de pression, mais les données probantes sont très incertaines (RR 0,73, IC à 95 % 0,53 à 1,02) (71).

Comparaison entre les repositionnements toutes les deux, trois ou quatre heures

Un ECR a examiné un système d'alerte basé sur un repositionnement toutes les deux, trois ou quatre heures. Aucune lésion de pression n'est apparue pendant la période d'étude. Toutefois, avant le début de l'intervention, l'incidence des lésions de pression était de 5,24 % (72).

Repositionnement toutes les trois heures par rapport à toutes les cinq heures

Une étude non randomisée a examiné le repositionnement toutes les trois heures par rapport à toutes les cinq heures, et a constaté que le repositionnement toutes les trois heures pourrait réduire l'incidence des lésions de pression, mais les données probantes sont très incertaines (RC 0,51; IC à 95 %, 0,27 à 0,97) (73). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui reçoivent un repositionnement toutes les trois heures par rapport à un repositionnement toutes les cinq heures, une personne de moins aura une lésion de pression (varie de deux de moins à aucune de plus ou de moins).

Les signes et symptômes précurseurs ont été mesurés dans une étude non randomisée. Pour le repositionnement toutes les trois heures par rapport à toutes les cinq heures, le repositionnement toutes les trois heures pourrait réduire les signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, mais les données probantes sont très incertaines (RR 0,40; IC à 95 %; 0,17 à 0,90) (73). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui reçoivent un repositionnement toutes les trois heures par rapport à un repositionnement toutes les cinq heures, une personne de moins présentera des signes précurseurs de lésions de pression (allant de deux de moins à aucune de plus ou de moins).

Le groupe d'experts a noté que le taux de guérison des lésions de pression, le taux d'aggravation des lésions de pression et la satisfaction de la personne ou des aidants sont des résultats essentiels sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer; toutefois, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études.

Si l'on considère l'ampleur globale des avantages dans toutes les études, il pourrait y avoir peu ou pas de différence entre le repositionnement toutes les deux, trois ou quatre heures, mais il pourrait y avoir des réductions importantes par rapport au repositionnement toutes les cinq ou six heures. Cependant, le degré de certitude des données probantes est faible en raison d'un risque de biais grave ou très grave et de l'imprécision des études.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence du repositionnement sur les résultats prioritaires (taux d'incidence des lésions de pression et des signes et symptômes précurseurs des lésions de pression), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » du [site Web](#).

Valeurs et préférences

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Une étude non randomisée a présenté les points de vue des résidents des foyers de soins de longue durée sur le repositionnement (74). L'étude a conclu qu'il est nécessaire d'adapter le repositionnement des personnes et qu'il est très utile d'utiliser les commentaires des résidents sur le repositionnement (74).

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a également souligné l'importance de faire participer les gens à la planification de leurs soins des lésions de pression, y compris le repositionnement, et d'encourager la collaboration entre les personnes et les aidants essentiels en ce qui concerne la fréquence de repositionnement.

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Une étude incluse dans l'examen systématique a estimé que le coût du repositionnement s'élevait à 11,05 \$, soit 16,74 \$ de moins par résident par jour pour les régimes toutes les trois heures ou les quatre heures, respectivement, par rapport au régime toutes les deux heures. Les estimations des avantages économiques étaient principalement déterminées par la valeur du temps libéré pour le personnel infirmier. L'analyse a supposé que le repositionnement toutes les deux, trois ou quatre heures était associé à une incidence similaire de lésions de pression, car aucune différence d'incidence n'a été observée entre ces stratégies (71).

Aucune autre information sur l'équité en matière de santé liée à l'intervention n'a été signalée dans les données probantes.

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que, même si les effectifs des prestataires de santé pouvaient constituer un obstacle à la fréquence des repositionnements, le manque de prestataires n'éliminait pas la nécessité d'effectuer ces repositionnements. Le manque de disponibilité des dispositifs de positionnement peut constituer un obstacle. Le groupe d'experts n'a signalé aucune autre considération relative à l'équité en matière de santé liée à cette recommandation.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il pourrait être bénéfique de repositionner les personnes toutes les deux, trois ou quatre heures afin de prévenir l'apparition de lésions de pression et de signes et symptômes précurseurs, plutôt que toutes les cinq ou six heures. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est faible. Il y a aussi des facteurs individuels à prendre en compte lors de la planification et de l'adaptation du repositionnement. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Les équipes de soins de santé doivent collaborer avec les personnes ou les aidants essentiels lors de la planification d'un horaire ou d'une fréquence de repositionnement individualisé dans un intervalle de deux à quatre heures.
- Fournir aux personnes ou aux aidants essentiels un enseignement en santé concernant le repositionnement (avantages et techniques).
- Tout en étant conscients du fardeau pour les aidants et de la faisabilité, les aidants doivent être soutenus pour les aider à effectuer le repositionnement à domicile et dans la communauté.
- Les personnes qui présentent un risque de développer des lésions de pression peuvent faciliter leur propre repositionnement, par exemple en ayant à leur disposition des appareils fonctionnels tels que des barres de trapèze au-dessus de la tête.
- Pour les personnes souffrant d'instabilité hémodynamique, un repositionnement progressif peut être envisagé si la rotation complète n'est pas tolérée.
- Les prestataires de santé doivent suivre une approche individualisée de repositionnement basée sur une évaluation des risques. Voir l'Énoncé de bonne pratique 4.0. L'évaluation des risques et le choix de la fréquence de repositionnement doivent être documentés.
- Lorsqu'ils planifient le repositionnement des personnes à risque ou vivant avec des lésions de pression, les prestataires de santé doivent tenir compte de facteurs clés tels que la mobilité et l'état de santé général de la personne, le type de surface d'appui, l'emplacement des lésions de pression (le cas échéant), la douleur, le confort et les préférences de la personne et des aidants essentiels. Voir plus de détails ci-dessous.

Tableau 9 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE DANS LA PLANIFICATION DU REPOSITIONNEMENT	DÉTAILS
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baser la détermination de la fréquence de repositionnement appropriée dans le délai de deux à quatre heures sur l'évaluation de la peau et l'observation clinique. ■ Chez les personnes à la peau foncée, il peut être difficile de détecter les premiers changements cutanés et les anomalies comme l'érythème (rougeur) ou la cyanose (décoloration bleutée). L'utilisation de technologies peut être envisagée ici pour appuyer l'évaluation. Voir la Recommandation 1.0 et la Recommandation 1.1.
Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'immobilité et le degré de mobilité de la personne doivent être pris en compte. ■ L'immobilité est considérée comme un facteur causal de l'apparition de lésions de pression chez les personnes hospitalisées. Il faudra de l'aide si la personne est incapable de se repositionner, ou si elle a des sensations altérées et ne ressent pas l'inconfort associé au fait de ne pas se repositionner (71) .
Comorbidités	<p>Les personnes présentant les comorbidités suivantes peuvent présenter un risque plus élevé de développer des lésions de pression et peuvent devoir être repositionnées plus souvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ malnutrition ■ déshydratation ■ mauvaise circulation <ul style="list-style-type: none"> □ Les affections qui peuvent affecter la circulation comprennent les maladies vasculaires périphériques, la maladie coronarienne, la diminution du débit cardiaque et le diabète ■ cachexie (atrophie musculaire et perte de poids) ■ incontinence ■ antécédents de lésions de pression ■ toute affection entraînant une faible résilience de la peau, comme le cancer ou la fragilité chez les aînés (75)

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE DANS LA PLANIFICATION DU REPOSITIONNEMENT	DÉTAILS
<p>Surface d'appui</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer si la surface d'appui offre une redistribution adéquate de la pression et une diminution du cisaillement et de la friction pour déterminer la fréquence de repositionnement appropriée dans le délai de deux à quatre heures (71). ■ Noter que les personnes sur des surfaces de redistribution avancée de la pression, comme celles à faible perte d'air, doivent toujours être repositionnées toutes les deux à quatre heures.
<p>Point de vue de la personne ou de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La personne ou l'aidant devrait être inclus dans la prise de décisions concernant le nombre de fois que la personne doit être repositionnée (pour s'aligner sur le principe directeur des soins axés sur les besoins de la personne). ■ Le repositionnement doit s'aligner sur les objectifs des soins (par exemple, soins palliatifs ou non curatifs). ■ La douleur et le confort exprimés par la personne, ou communiqués par l'aidant, peuvent déterminer si une lésion de pression évolue, ce qui peut nécessiter une évaluation plus approfondie par le prestataire de santé (76). ■ Il peut y avoir d'autres considérations en ce qui concerne l'enseignement en santé et le soutien lorsque le repositionnement se fait à domicile, soit par la personne elle-même, soit avec l'aide d'un aidant.
<p>Lésions de pression existantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'emplacement de la lésion de pression (le cas échéant) devrait également être pris en compte lors de la planification du repositionnement.

Tableau 10 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

ASPECT DU REPOSITIONNEMENT	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
Détails des positions (71)	<ul style="list-style-type: none"> ■ a utilisé une tête de lit à 30 degrés, positions d'inclinaison (alternance gauche/droite/couché) ■ a utilisé une position semi-Fowler ou latérale en combinaison avec un matelas institutionnel ou un matelas en mousse viscoélastique
Détails des interventions conjointes (71)	<ul style="list-style-type: none"> ■ alternance de matelas pneumatiques dans les deux groupes de participants aux soins intensifs (USI) ■ des interventions conjointes telles que l'utilisation de suppléments nutritionnels, les soins de la peau et l'attribution de coussins de soulagement de la pression avec la position assise sur une chaise ont également été utilisées ■ stratégies telles que l'utilisation de matelas en mousse à haute densité, d'aides au positionnement, de protection de la peau, d'évaluation et de soins de la peau, la documentation s'étant poursuivie pendant l'étude ■ des matelas en mousse haute densité ont été utilisés comme norme de soins pour tous les participants à l'essai

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
Western NSW Local Health District. Pressure Injury Prevention - Repositioning [Internet]. 2021 [cité le 31 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.youtube.com/watch?v=mF1cVJIS4Q	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vidéo de quatre minutes décrivant les techniques de repositionnement et les considérations individuelles pour ceux qui ont besoin d'une aide totale, minimale ou nulle.

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 6.0 :

C'est une bonne pratique que le personnel infirmier et les prestataires de santé choisissent une surface d'appui appropriée, en collaboration avec la personne et ses aidants essentiels, en tenant compte des éléments suivants :

- les facteurs de risque individuels
- les facteurs contextuels
- les préférences de la personne
- le confort

Justification de l'énoncé de bonne pratique par le groupe d'experts

Les **surfaces d'appui**^G sont des dispositifs médicaux spécialisés conçus pour soulager ou redistribuer la pression sur le corps afin de prévenir et de traiter les lésions de pression (77). Ils sont un outil essentiel pour la prévention et le traitement des lésions de pression. Les surfaces d'appui peuvent offrir des fonctions thérapeutiques telles que la redistribution de la pression, la gestion de la charge tissulaire et le microclimat (78).

Les surfaces d'appui peuvent inclure des matelas, des coussins et des revêtements. Les surfaces d'appui motorisées fonctionnent à l'aide d'un courant électrique et peuvent être actives ou réactives. Les surfaces d'appui actives sont des surfaces d'appui motorisées, qui peuvent modifier leurs propriétés de répartition de la charge, avec ou sans charge appliquée (77). Les surfaces d'appui actives permettent une redistribution de la pression en changeant fréquemment les points de contact entre la surface et le corps, réduisant ainsi la durée de la pression appliquée à des sites anatomiques précis. Les surfaces d'appui réactives sont des surfaces d'appui motorisées ou non motorisées qui modifient leurs propriétés de répartition de la charge uniquement en réponse à la charge appliquée (77). Les surfaces d'appui réactives répartissent la pression sur une plus grande surface, réduisant ainsi l'ampleur de la pression à des endroits précis. De plus, les surfaces d'appui peuvent être avec ou sans faible perte d'air. Une faible perte d'air est une caractéristique où l'air circule sous un revêtement perméable à la vapeur d'eau pour contrôler l'humidité (microclimat) à l'interface entre la personne et la surface d'appui (78).

Il existe des données probantes incertaines qui justifient le choix d'un type de surface d'appui plutôt qu'un autre (79,80). Le choix de la surface d'appui doit plutôt tenir compte des facteurs de risque, de la facilité d'utilisation, de la gestion de la douleur, des habitudes de sommeil et du besoin de ressources pour se retourner et se repositionner (79,80). Lors du choix d'une surface d'appui, il est essentiel d'inclure les personnes et leurs aidants afin de s'assurer qu'elle correspond à leurs préférences et à leur confort.

Santé Canada fournit des directives sur les surfaces d'appui et le piégeage (67). Les lignes directrices indiquent que « si un matelas d'air électrique remplace un matelas sur un système de lit qui satisfait aux recommandations de la présente ligne directrice avec le matelas original, le système de lit avec le nouveau matelas à air peut dès lors présenter un risque de piégeage. Lorsque ces produits sont utilisés, Santé Canada recommande que des mesures soient prises afin d'assurer que le bienfait thérapeutique l'emporte sur le risque de piégeage » (67). De plus, Santé Canada affirme que l'industrie et les fournisseurs de surfaces d'appui pneumatiques motorisées devraient avertir les organismes de soins de santé et les aider à évaluer les risques, le piégeage ou les chutes (67).



Les dispositifs à basse pression constante ne sont pas conformes aux lignes directrices de Santé Canada et ne doivent être utilisés que lorsque les avantages liés à leur utilisation l'emportent sur les risques de piégeage et que des options moins risquées ont été envisagées. Tenez compte du risque de piégeage avec toutes les surfaces d'appui, en particulier les revêtements et les surfaces à pression constante (surfaces avec de grandes chambres à air).

Les surfaces d'appui à faible perte d'air (motorisées) peuvent être associées à un risque de déshydratation. Consultez un diététiste professionnel pour connaître le risque de perte insensible de fluides (perte de fluides qui n'est pas facilement mesurable).

Le groupe d'experts a déterminé que cet énoncé devait être communiqué au personnel infirmier et aux prestataires de santé, mais qu'un examen systématique des données probantes n'était pas nécessaire. Cet énoncé de bonne pratique est conforme à l'énoncé de bonne pratique du The International Guideline on Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries (European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), du National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) et de la Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)) concernant la sélection individualisée de surfaces d'appui (14).

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Une collaboration interprofessionnelle – comme la consultation avec un ergothérapeute, un physiothérapeute ou une infirmière ou un infirmier spécialisé en soins des plaies – est nécessaire pour choisir une surface d'appui appropriée.
- Le choix approprié de la surface d'appui est particulièrement important pour les personnes ayant une mobilité réduite ou incapables de se repositionner.

Tableau 11 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR DÉTERMINER LE CHOIX DE LA SURFACE D'APPUI	DÉTAILS
Facteurs individuels	<p>Les facteurs causaux individuels suivants devraient être pris en considération :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le risque de lésions de pression ■ la mobilité, y compris la façon dont la personne est transférée ou repositionnée de façon indépendante ou aide (certaines techniques de transfert peuvent être affectées par la surface d'appui) ■ les comorbidités ■ le besoin de tenir compte de plusieurs surfaces d'appui si une personne se déplace d'un milieu à l'autre ■ le poids (suivre les directives du fabricant pour le poids minimum/maximum)
Facteurs contextuels	<p>Les facteurs contextuels suivants devraient être pris en considération :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le milieu clinique (comme les soins intensifs) ■ le besoin de transport de la personne (p. ex., tests diagnostiques fréquents) ■ la disponibilité des surfaces d'appui, y compris les coûts et les ressources ■ l'accès à une source d'alimentation fiable (sinon, une surface non motorisée pourrait être préférable) ■ le type de lit (tous les lits ne sont pas compatibles avec toutes les surfaces d'appui)
Préférence et confort de la personne	<ul style="list-style-type: none"> ■ la capacité des personnes à se reposer et à dormir confortablement ■ le désir de conserver son indépendance <p>Par exemple, si la personne partageait régulièrement un lit, un revêtement pourrait être un meilleur choix.</p>
Potentiel de préjudice	<p>Lorsque vous examinez le type de surface d'appui, tenez également compte du potentiel de préjudice :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ risque de piégeage : en particulier pour les surfaces d'appui motorisées et les revêtements, car l'espace entre les surfaces d'appui et les barrières de lit sur le cadre de lit peut augmenter (81) ■ risque de déshydratation (avec des surfaces motorisées à faible perte d'air) (78)

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Santé Canada. Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques. 2008. Disponible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/information-demandes/lignes-directrices/guidance-document-adult-hospital-beds-patient-hazards-side-rail-other-hazards.html</p> <p>Gouvernement du Canada : Côtés de lit dans les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers et dans le cadre des soins à domicile. Disponible à https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/activites/feuillet-information/cotes-hopitaux-foyers-soins-infirmiers-domicile-feuillet-information.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Directives et fiches d'information du gouvernement du Canada concernant l'utilisation des lits d'hôpital et des barrières de lit.
<p>National Pressure Injury Advisory Panel. Support Surface Standards Initiative (S3I): Terms and Definitions Related to Support Surfaces. 2019. Disponible à l'adresse : https://learn.npiap.com/S3IDocuments</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document présentant la terminologie normalisée utilisée pour décrire les surfaces d'appui.
<p>Plaies Canada. Integrated Therapeutic Support Surface Selection for Pressure Injury Prevention and Management. 2023. Disponible à l'adresse : https://www.woundscanada.ca/docman/public/3093-wc-product-picker-surfaces/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document pour guider le choix approprié d'une surface d'appui en fonction des données probantes et du consensus des experts.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 6 :

L'utilisation de surfaces d'appui motorisées (actives ou réactives) pour la prévention et la prise en charge des lésions de pression devrait-elle être recommandée ou non?

AUCUNE RECOMMANDATION N'A ÉTÉ FORMULÉE.

Le groupe d'experts a déterminé que les données probantes actuelles étaient insuffisantes pour évaluer les avantages et les inconvénients des surfaces d'appui motorisées par rapport aux surfaces d'appui non motorisées. Le choix de la surface d'appui devrait être individualisé conformément à l'Énoncé de bonne pratique 6.0.

Discussion sur les données probantes**Avantages et inconvénients**

Pour cette recommandation, les surfaces d'appui motorisées par rapport aux surfaces d'appui non motorisées constituent l'intervention d'intérêt. Aux fins de cette LDPE, les surfaces d'appui motorisées désignent toute surface d'appui qui a besoin d'une source d'énergie externe (c.-à-d. le courant électrique) pour fonctionner (77).

Il y avait deux méta-analyses de réseau (MAR) portant sur des ECR et un ECR supplémentaire qui examinaient les effets des surfaces d'appui motorisées pour le traitement et la gestion des lésions de pression (79,80,82). Une MAR a signalé de la douleur (80). Ce résultat a été mesuré indirectement par le confort du patient. Les types d'interventions comprenaient des surfaces d'appui actives ou réactives motorisées par rapport à toutes les surfaces d'appui non motorisées. Les populations comprenaient des adultes à risque ou vivant avec des lésions de pression. Pour obtenir plus de détails sur les interventions mentionnées dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Surface d'appui motorisée active par rapport à surface d'appui non motorisée

Comparativement aux surfaces d'appui non motorisées, les surfaces d'appui motorisées actives peuvent réduire légèrement l'incidence des lésions de pression. Le risque relatif était de 0,63 (IC à 95 % 0,42 à 0,93) (79). En termes de différence absolue, pour chaque 100 personnes ayant une surface d'appui motorisée active, il y aurait quatre lésions de pression de moins (une de moins à six de moins). Comme l'a signalé un ECR (82), les surfaces d'appui non motorisées (surface d'air) peuvent réduire l'incidence des lésions de pression par rapport à une surface motorisée active, mais les données probantes sont très incertaines. Le risque relatif était de 0,44 (IC à 95 % 0,20-0,99) (82). En termes de différence absolue, pour chaque 100 personnes qui reçoivent une surface d'appui non motorisée, sept personnes de moins auront des lésions de pression (allant de 10 de moins à aucune de plus ou de moins).

Les surfaces d'appui motorisées actives peuvent entraîner une différence minime, voire nulle, dans le taux de guérison, mais les données probantes sont très incertaines par rapport aux surfaces non motorisées. Le risque relatif était de 0,97 (IC à 95 % 0,26 à 3,58) (79). En termes de différences absolues, pour chaque 100 personnes ayant une surface d'appui motorisée active, il y aurait une lésion de pression en moins complètement guérie (entre 30 de moins et 59 de plus).

Les surfaces d'appui motorisées actives peuvent nuire au confort du patient par rapport aux surfaces d'appui non motorisées. Le risque relatif était de 0,80 (IC à 95 % 0,69 à 0,94) (80). En termes de différences absolues, pour 100 personnes ayant un matelas motorisé actif, 17 patients de moins diraient qu'ils étaient bien (de cinq de moins à 27 de moins).

Surface d'appui motorisée réactive par rapport à surface d'appui non motorisée

Comparativement aux surfaces d'appui non motorisées, les surfaces d'appui motorisées réactives peuvent réduire légèrement l'incidence des lésions de pression. Le risque relatif était de 0,46 (IC à 95 % : 0,29 à 0,75) (79). En termes de risque absolu, pour 100 personnes ayant une surface d'appui motorisée réactive, il y aurait six lésions de pression de moins (de trois de moins à huit de moins) par rapport à une surface d'appui non motorisée.

Les surfaces réactives peuvent augmenter le taux de guérison par rapport aux surfaces non motorisées. Le risque relatif était de 1,32 (IC à 95 % 0,96 à 1,80) (79). En termes de risque absolu, pour chaque 100 personnes ayant une surface motorisée réactive, 13 lésions de pression de plus seraient complètement guéries (allant de deux de moins à 37 de plus).

Les surfaces d'appui motorisées réactives peuvent nuire au confort du patient par rapport aux surfaces d'appui non motorisées. Le risque relatif était de 0,27 (IC à 95 % 0,11 à 0,67) (80). En termes de différences de risque absolu, pour 100 personnes ayant une surface d'appui motorisée réactive, 63 patients de moins diraient qu'ils étaient bien (allant de 29 à 77 de moins).

Le groupe d'experts a noté que même si l'aggravation des lésions de pression et des signes et symptômes précurseurs étaient des résultats essentiels sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature. Le groupe d'experts souhaitait également explorer toutes les surfaces d'appui (y compris les chaises et les coussins). Cependant, aucune étude n'a examiné les résultats d'intérêt pour ces autres types de surfaces d'appui. Toutes les études ont exploré les matelas comme surface d'appui.

Il n'est pas certain qu'il existe une différence entre les taux d'événements indésirables liés aux surfaces d'appui motorisées et ceux liés aux surfaces d'appui non motorisées (79).

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats a été jugé faible en raison du risque de biais important ou très important des études individuelles pour deux résultats, du caractère indirect pour un résultat et de l'imprécision grave pour deux résultats.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'effet des surfaces d'appui motorisées sur les résultats prioritaires (incidence des lésions de pression, taux de guérison des lésions de pression existantes et douleur), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Une étude qualitative a exploré les expériences des résidents de maisons de soins infirmiers avec des surfaces pneumatiques statiques (non motorisées) par rapport à des surfaces pneumatiques motorisées (83). La surface d'appui et le choix de la surface d'appui avaient une incidence sur la vie quotidienne des résidents des maisons de soins infirmiers. Certains résidents ont décrit une préférence pour la surface d'appui à l'étude (c.-à-d. air statique, non motorisé), tandis que d'autres n'avaient aucune préférence pour une surface d'appui plutôt qu'une autre (83).

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Un ECR a conclu que les surfaces d'appui utilisées par le groupe d'intervention (non motorisées) coûtaient moins cher que celles utilisées par le groupe de contrôle (actives, motorisées) compte tenu du coût total et de la durée de vie de chaque surface d'appui (82).

Aucune autre considération d'équité en matière de santé n'a été signalée en lien avec l'intervention.

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que les surfaces d'appui motorisées ont des limites dans les régions rurales ou éloignées en raison du risque de panne de courant.

Justification du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que les surfaces d'appui motorisées par rapport aux surfaces d'appui non motorisées pouvaient présenter de légers avantages sur l'incidence des lésions de pression, mais il n'y a que peu ou pas de différence dans le taux de guérison et le confort des patients peut être réduit. De plus, il n'est pas certain qu'il existe une différence entre les taux d'événements indésirables liés aux surfaces de soutien motorisées et ceux liés aux surfaces de soutien non motorisées. Le degré de certitude des données probantes est faible et le groupe d'experts estime qu'une recommandation est trop spéculative.

Le groupe d'experts a noté que d'autres préjudices à prendre en considération, qui n'ont pas été pris en compte dans l'ensemble de la preuve, comprennent le risque de déshydratation associé à une faible perte d'air dans les surfaces d'appui motorisées et le piégeage associé à certains types de surfaces d'appui motorisées (78,81). Les surfaces non motorisées coûtent également moins cher. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que les données actuelles étaient insuffisantes pour évaluer les avantages et les inconvénients des surfaces d'appui motorisées par rapport aux surfaces d'appui non motorisées et n'a pas été en mesure de formuler une recommandation en faveur ou contre les surfaces d'appui motorisées par rapport aux surfaces d'appui non motorisées. Le choix de la surface d'appui devrait être basé sur les facteurs de risque individuels, les facteurs contextuels, les préférences et le confort de la personne, conformément à l'**Énoncé de bonne pratique 6.0**.

Ressources justificatives

Voir les ressources justificatives à l'**Énoncé de bonne pratique 6.0**.

RECOMMANDATION 3.0 :

Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé mettent en œuvre des ensembles de soins préventifs pour les personnes qui risquent de développer des lésions de pression.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion sur les données probantes

Pour cette recommandation, les ensembles de soins préventifs par rapport à une seule intervention ou aux soins normaux constituent l'intervention d'intérêt. Aux fins de cette LDPE, les ensembles de soins préventifs désignent un groupe d'interventions fondées sur des données probantes qui peuvent assurer la prestation d'une méthode normalisée de soins. Lorsque ces interventions sont effectuées ensemble, elles peuvent donner de meilleurs résultats que si elles sont effectuées individuellement (84). Les ensembles ont été inclus s'il s'agissait d'un ensemble intégré de deux interventions ou plus mises en œuvre ensemble plutôt que d'un ensemble d'options de soins préventifs, d'une ligne directrice ou des options axées uniquement sur l'éducation.

Il y a avait un examen systématique et une méta-analyse de 24 ECR et de cinq ENR (85-90). Les types d'interventions inclus dans les ensembles comprenaient l'évaluation du risque de lésions de pression, l'évaluation de la peau, les soins de la peau, la gestion de la nutrition, la gestion des activités, la participation à l'éducation sur les lésions de pression et d'autres. Les populations étaient des personnes qui risquaient de développer des lésions de pression. La majorité des études portaient sur des adultes (86 à 90 ans), tandis qu'une étude portait sur des enfants de plus d'un mois (85). Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Dans l'examen systématique portant sur les 24 ECR, les résultats ont montré que l'incidence des lésions de pression était plus faible dans le groupe d'intervention du groupe de soins par rapport au groupe de contrôle (3,28 % contre 14,84 %, rapport de cotes (RC) 0,19, IC à 95 % : 0,14-0,26) (86). En termes de différence de risque absolu, pour chaque 100 personnes qui reçoivent l'ensemble de soins, 12 personnes de moins auront une lésion de pression (de 12 de moins à 11 de moins).

Trois ENR ont présenté la conformité des prestataires de santé (88,89,90). Il est possible que les ensembles de soins augmentent l'observance des fournisseurs, mais les données probantes sont très incertaines. Une étude a fait état d'un niveau élevé d'observance de l'ensemble (78 %) (87). Une autre étude a révélé que l'observance était cinq pour cent plus élevée dans le groupe recevant l'ensemble de soins que dans le groupe de contrôle (88). Une troisième étude a révélé que l'observance était de 85 % dans le groupe d'intervention comparativement à 50 % dans le groupe de contrôle (90).

Comme l'indiquait un examen systématique, 13 ECR ont présenté le résultat en matière de satisfaction des personnes (86). Il est probable que les ensembles de soins augmentent la satisfaction des personnes. La satisfaction des personnes était de 97 % dans le groupe recevant l'ensemble de soins, comparativement à 84 % dans le groupe de contrôle (86). Le rapport de cotes était de 5,45 (IC à 95 % : 3,76 à 7,90).

Les signes et symptômes précurseurs des lésions de pression ont été mesurés avec un résultat indirect (incidence des lésions de pression de stade I). Il est possible que les ensembles de soins réduisent les signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, mais les données probantes sont très incertaines. Trois études non randomisées ont présenté ce résultat (85,88,89). Les lésions de pression de stade 1 ont diminué après la mise en œuvre d'un ensemble de soins préventifs par rapport à avant la mise en œuvre.

Le groupe d'experts a noté que les événements indésirables étaient des résultats importants sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Les études n'ont signalé aucun préjudice.

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats était très faible en raison d'un risque de biais important à très important et d'imprécision dans certaines études pour tous les résultats.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence des ensembles de soins préventifs sur les résultats prioritaires (taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, conformité des prestataires de santé, satisfaction de la personne ou des aidants), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE. Voir l'**annexe F** pour obtenir un exemple d'ensemble de soins préventifs pour les lésions de pression.

Valeurs et préférences

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a mis l'accent sur une approche axée sur les besoins de la personne et sur l'adaptation à la personne des stratégies incluses dans l'ensemble de soins préventifs.

Équité en matière de santé

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a souligné l'importance particulière des ensembles de soins préventifs pour les personnes à la peau plus foncée ou dans les régions où la population de personnes à la peau plus foncée est plus importante, étant donné le risque accru de manquer des signes de lésion de pression précoce chez ces personnes.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que les ensembles de soins préventifs pourraient être avantageux pour prévenir l'incidence des lésions de pression, prévenir les signes et symptômes précurseurs, améliorer l'observance des prestataires de santé et améliorer la satisfaction des personnes et des aidants. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Envisager la faisabilité de la mise en œuvre d'un ensemble de soins préventifs dans le contexte local, en tenant compte de l'utilisation des technologies et de la disponibilité des ressources.
- Les ensembles de soins préventifs doivent être personnalisés et mis en contexte en fonction de la personne et du milieu de pratique tout en suivant les principes directeurs sur les soins axés sur les besoins de la personne et la prise de décisions partagée.
- Lors de la mise en œuvre d'un ensemble de soins, renseigner les personnes et les aidants sur l'objectif et les composantes de l'ensemble.
- Mettre en œuvre systématiquement des ensembles de soins, en assurant une prestation uniforme et une évaluation approfondie.
- Les ensembles d'ordonnances peuvent aider à mettre en œuvre des ensembles de soins préventifs.
- Intégrer la rétroaction sur l'efficacité du regroupement dans les révisions et la planification future, favorisant ainsi l'amélioration continue de la prestation des soins.
- Les ensembles de soins préventifs peuvent être adaptés aux lésions de pression liées aux dispositifs médicaux et comprennent l'utilisation de fixateurs de tubes.

Tableau 12 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

COMPOSANTES POSSIBLES DE L'ENSEMBLE DE SOINS	DÉTAILS DE L'ENSEMBLE DE SOINS
Soins et évaluation de la peau	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inspecter la peau régulièrement. ■ Noter qu'un examen plus approfondi peut être nécessaire pour la peau à pigmentation foncée. ■ Veiller à ce que la peau soit propre. ■ Veiller au bon équilibre hydrique de la peau. La peau ne devrait pas être humide, mais la peau sèche devrait être hydratée.
Mobilité, rotation et repositionnement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager la mobilité quotidienne. ■ Repositionner régulièrement les personnes moins mobiles. Voir aussi la Recommandation 1.0 sur le repositionnement. ■ Les dispositifs de positionnement et de décharge peuvent faciliter le positionnement préventif.
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Veiller à une bonne alimentation, y compris une hydratation adéquate. ■ Faire un dépistage de la malnutrition, au besoin. Voir l'annexe J pour obtenir un exemple d'outil de dépistage de la malnutrition.
Surface d'appui	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer la surface d'appui appropriée pour réduire la pression. Voir aussi l'Énoncé de bonne pratique 4.0 sur la détermination des surfaces d'appui.

Tableau 13 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

ASPECT DE L'INTERVENTION UTILISANT L'ENSEMBLE DE SOINS	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
<p>Composantes particulières de l'ensemble de soins</p>	<p>Zhang et coll. (2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Identification des risques : Utiliser l'échelle de Braden (évaluer dans les 24 heures suivant l'admission). ■ Évaluation de la peau : Utiliser des outils de stadification des lésions de pression pour évaluer l'état de la peau dans les quatre heures suivant l'admission (l'évaluation doit comprendre les anomalies cutanées, l'emplacement, la profondeur, la taille et la couleur). ■ Repositionnement des patients : Évaluer au moins toutes les deux heures et repositionner le patient. ■ Soins de la peau : Utiliser un liquide nettoyant au pH acide faible ou neutre pour nettoyer la peau tous les jours. Protéger la peau exposée ou endommagée avec un pansement. Utiliser un produit de protection de la peau pour prévenir les lésions cutanées liées à l'humidité si le patient souffre d'incontinence. ■ Dispositif de réduction de la pression : Utiliser de l'équipement de décompression ou de redistribution de la pression pour les patients à risque. ■ Nutrition : Évaluer l'état nutritionnel dans les 24 heures suivant l'admission et fournir des conseils personnalisés. <p>Yilmazer et coll. (2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ participation à l'éducation sur les lésions de pression ■ évaluation des risques de lésions de pression ■ évaluation de la peau ■ soins de la peau ■ gestion de la nutrition ■ gestion des activités ■ gestion de l'humidité ■ gestion des surfaces d'appui <p>Aprea et coll. (2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ programme de formation pour les médecins, le personnel infirmier et les physiothérapeutes ■ soins de la peau ■ soulagement de la pression ■ évaluation du risque de lésions de pression

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Frank, G., Walsh, K. E., Wooton, et coll. (2017). Impact of a Pressure Injury Prevention Bundle in the Solutions for Patient Safety Network. <i>Pediatric quality & safety</i>, 2(2), e013. https://doi.org/10.1097/pq9.000000000000013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exemple d'ensemble de prévention des lésions de pression pédiatriques.
<p>SSKIN and updated aSSKINg preventative bundles</p> <p>Whitlock, J. (2013). SSKIN bundle: preventing pressure damage across the health-care community. <i>British journal of community nursing, Suppl</i>, S32–S39. https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.sup9.s32</p> <p>Young C. (2021). Using the 'aSSKINg' model in pressure ulcer prevention and care planning. <i>Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)</i>, 36(2), 61–66. https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11674</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exemple d'ensemble de soins préventifs pour les lésions de pression qui a été largement mis en œuvre. ■ Remarque : Il s'agit d'une ressource payante.

RECOMMANDATION 4.0 :

Le groupe d'experts suggère qu'en plus d'autres stratégies de soins préventifs, le personnel infirmier et les prestataires de santé appliquent des pansements multicouches en mousse de silicone comme mesure prophylactique pour les personnes qui risquent de développer des lésions de pression. Ces pansements devraient être appliqués à des endroits à risque précis du corps, en tenant compte du risque de cisaillement, de frottement et de pression.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion sur les données probantes

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt est l'application prophylactique de pansements pour les personnes qui présentent un risque de développer des lésions de pression, à appliquer sur des endroits à risque précis du corps, par rapport à l'absence de pansement. Aux fins de cette LDPE, un pansement prophylactique aide à prévenir le cisaillement et la pression potentiels et constitue une intervention complémentaire au repositionnement et aux surfaces d'appui. Les pansements multicouches en mousse de silicone ont un adhésif en silicone souple, sont auto-adhésifs et contiennent de la mousse multicouche. Les pansements avec une interface en silicone peuvent également protéger les tissus friables ou nouvellement cicatrisés (91).

Il y avait un examen systématique portant sur ECR et trois ECR supplémentaires (dont un contenait des données non publiées) (92 à 95). La population comprenait des adultes qui risquaient de développer des lésions de pression. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous. Cette recommandation et l'analyse des données probantes sont axées sur les pansements multicouches en mousse de silicone. Les données probantes pour les autres types de pansements étaient très limitées en ce qui concerne la certitude (très faible) et de nombreux résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature. Pour plus de détails sur les autres types de pansements trouvés dans la littérature (pansement en mousse de polyuréthane, pansement Kang' hui, pansement en mousse adhésive et pansement préventif contre les lésions de pression), voir les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

En ce qui concerne le résultat de l'incidence des lésions de pression, un examen systématique portant sur six ECR a signalé ce résultat (92). Il est possible que les pansements en silicone réduisent l'incidence des lésions de pression par rapport à l'absence de pansements en silicone (RR 0,25 [IC à 95 % 0,16 à 0,41]). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui reçoivent l'intervention, neuf personnes de moins auront une lésion de pression (de 10 de moins à sept de moins).

Un examen systématique portant sur trois ECR a fait état de l'issue des signes et symptômes précurseurs (mesurés comme des lésions de pression de stade 1) chez les personnes portant des pansements en silicone par rapport à l'absence de pansements (92). Il est possible que les pansements en silicone réduisent les signes et symptômes précurseurs, mais les données probantes sont très incertaines (RR 0,27 [IC à 95 % 0,08 à 0,90]). En termes d'effets absolus, pour 100 personnes qui reçoivent l'intervention, sept personnes de moins auront une lésion de pression (varie de 8,3 de moins à une de moins).

Un ECR (données non publiées) a fait état de la qualité de vie des personnes portant des pansements en silicone par rapport à l'absence de pansement (96). Les pansements en silicone n'ont probablement que peu ou pas d'effet sur la qualité de vie. Le score moyen de la qualité de vie (ET) au jour 14 était de 0,40 (0,28) dans le groupe d'intervention et de 0,42 (0,27) dans le groupe de contrôle.

Deux ECR ont fait état de la douleur chez les personnes portant des pansements en silicone par rapport à celles qui n'avaient pas de pansement (94,95). Il peut y avoir peu ou pas de différence entre les groupes en termes de douleur. Dans deux ECR, deux patients des groupes d'intervention ont signalé une douleur au niveau du sacrum; aucun patient du groupe de contrôle n'a signalé une telle douleur (93,94).

Un ECR a fait état de la satisfaction des personnes portant des pansements en silicone par rapport à l'absence de pansement (93). Il est possible que les pansements en silicone entraînent des scores de satisfaction plus élevés par rapport au groupe de contrôle.

Un ECR a signalé qu'il y a eu 33 événements indésirables chez 28 patients (95). La plupart des effets indésirables étaient des lésions cutanées mécaniques (c.-à-d. déchirures cutanées ou arrachage de la peau, n = 11), formation de lésions de pression (n = 3) et formation d'ampoules le long des bords du pansement ou sous celui-ci (n = 3) (95). Les pansements au talon ont causé deux chutes, sans préjudice important, lorsque le pansement était en contact direct avec le sol (95). Une étude incluse dans un examen systématique a révélé qu'aucun effet indésirable lié aux pansements ne s'est produit pendant l'essai (92). Aucun des autres essais de cet examen systématique n'a fourni de données sur les événements indésirables (92).

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats était très faible en raison d'un risque de biais important à très important et d'imprécision dans les études pour tous les résultats.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence des pansements prophylactiques sur les résultats prioritaires (taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, qualité de vie, douleur et satisfaction de la personne ou de l'aidant), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.



Des précautions particulières sont requises lors de l'utilisation de pansements chez les personnes souffrant d'incontinence urinaire ou fécale (c'est-à-dire de selles liquides), en particulier pour les pansements sacrés en raison du risque de macération.

Valeurs et préférences

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que les préférences et le confort d'une personne devraient être pris en compte lorsqu'on leur fournit des pansements à des fins prophylactiques, car certaines personnes peuvent les trouver inconfortables.

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Une étude incluse dans un examen systématique a fourni des estimations de coûts fondées sur l'hypothèse que les participants resteraient hospitalisés pendant 20 jours et que les coûts du traitement des lésions de pression ne changeraient pas pendant cette période (92). Le coût moyen estimatif pour le groupe avec pansement était de 70,82 \$ AUD, comparativement à 144,56 \$ AUD pour le groupe sans pansement (92). Une autre étude incluse dans un examen systématique a indiqué que le coût moyen du pansement en silicone était de 16,8 \$ US par séjour du patient (92). Dans cet ECR pragmatique, une moyenne de trois pansements multicouches en mousse de silicone sur le sacrum ont été utilisés par patient. À un prix moyen d'environ 10 € chacun, cela représente environ 30 € par patient (92).

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que les pansements sont coûteux, mais que le pansement autoadhésif en silicone (la bordure de silicone sur le pansement multicouche) permet de vérifier la plaie et de le réappliquer (et non de le remplacer), ce qui peut réduire les coûts.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que les pansements multicouches en mousse de silicone peuvent être avantageux pour les personnes qui présentent un risque de développer des lésions de pression. Les événements indésirables étaient minimes, mais ils n'ont pas été signalés dans toutes les études. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible. Le pansement prophylactique en mousse multicouche est une intervention d'appoint à d'autres stratégies de prévention telles que le repositionnement et les surfaces d'appui. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle. Les données probantes pour les autres types de pansements signalées dans la littérature étaient très limitées en ce qui concerne le degré de certitude et les résultats, par conséquent, une recommandation concernant ces pansements était trop spéculative.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Les prestataires de santé doivent suivre les directives du fabricant sur l'utilisation du pansement, y compris la façon de le couper ou de le tailler.
- Lors du choix des pansements à usage préventif, il est essentiel de tenir compte du confort et des préférences de la personne, car certains pansements peuvent être inconfortables.
- Les pansements prophylactiques en mousse multicouche sont une intervention d'appoint aux stratégies de soins préventifs telles que le repositionnement et les surfaces d'appui. Voir la **Recommandation 3.0** pour plus de détails sur les ensembles de soins préventifs.
- Les pansements prophylactiques ne remplacent pas l'évaluation quotidienne de la peau.
- Tenir compte de la faisabilité, comme la disponibilité du pansement sur le marché local et les répercussions sur les ressources.
- Une formation pratique (pertinente, opportune et répétée) pour les prestataires de santé doit accompagner l'intervention, y compris l'évaluation et la réévaluation de la peau et la façon d'appliquer et de réappliquer le pansement pour prévenir les blessures. Inclure les personnes et les aidants dans l'éducation dans la mesure du possible.
- Documenter les évaluations de la peau lors de l'application, de la réapplication et du retrait du pansement. Le pansement devrait être daté.
- Être conscient du risque de déchirure de la peau lors du retrait du pansement.
- Le personnel infirmier et les professionnels de la santé doivent inspecter la peau sous le pansement au moins une fois par jour en soulevant le pansement et en le réappliquant (et non en le remplaçant).
- Les pansements peuvent rester en place jusqu'à sept jours, ou selon les directives du fabricant, et changés lorsqu'ils sont souillés ou saturés.
- Un pansement idéal :
 - est conçu pour réduire la friction entre l'endos du pansement et la surface d'appui ou les vêtements
 - comporte cinq couches
 - est assez grand pour couvrir le point de pression ou les endroits à risque du corps
- Toute levure doit être traitée et résolue avant d'appliquer un pansement à usage prophylactique.
- S'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications à l'utilisation du pansement, comme la sensibilité ou l'allergie aux composants du pansement.

Tableau 14 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

ASPECT DU PANSEMENT	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
Pansements – Interventions conjointes	<p>Moore et coll. (2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dans l'ensemble des études, les groupes avec pansement et les groupes de contrôle ont continué de recevoir des soins préventifs, notamment : <ul style="list-style-type: none"> □ un matelas de redistribution de la pression (pression statique ou alternée) si le score Braden était supérieur à 18 □ inspection quotidienne de la peau aux différents points de pression □ repositionnement ou rotation toutes les deux à quatre heures □ gestion de l'incontinence possible, contrôle de l'humidité et prévention des lésions cutanées et des frottements pendant les changements posturaux selon la procédure hospitalière □ Ensemble SSKIN (Skin, Surface, Keep turning, Incontinence and Nutrition – peau, surface, continuer à retourner, incontinence et nutrition) ou d'autres ensembles de prévention des lésions de pression □ soins de la peau ■ Le pansement a été changé tous les trois jours, ou au besoin. <p>Beeckman et coll. (2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des protocoles hospitaliers normalisés pour la prévention des lésions de pression ont été utilisés dans les groupes recevant les soins normaux et le traitement, l'ajout des pansements en mousse de silicone étant la seule variable dans le groupe de traitement. ■ L'infirmière ou l'infirmier de l'étude a inspecté la peau sous le pansement tous les jours, en soulevant le pansement et en le réappliquant (et non en le remplaçant). <p>Liao et coll., 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des mesures de soins infirmiers de routine ont été prises, y compris l'observation de l'état, la nutrition, le repositionnement et l'éducation en matière de santé.

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
Ressources et documents téléchargeables. International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP). 2023. Disponible à l'adresse : https://www.skintears.org/resources	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'ISTAP offre des ressources sur la façon d'enlever et de réappliquer les pansements et de fournir d'autres soins.

RECOMMANDATION 5.0 :

Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé, en collaboration avec la personne et ses aidants essentiels, envisagent d'utiliser la thérapie des plaies par pression négative pour traiter les lésions de pression si la plaie et la personne satisfont aux indications et qu'il n'y a pas de contre-indications.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion sur les données probantes

Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt est la thérapie des plaies par pression négative (TPPN) par rapport aux soins normaux ou à l'absence de technologie pour le traitement des lésions de pression. Aux fins de cette LDPE, TPPN est un terme général utilisé pour décrire un système unique et polyvalent qui aide à optimiser la cicatrisation des plaies par l'application d'une pression sub-atmosphérique pour aider à réduire l'exsudat inflammatoire et favoriser le tissu de granulation (97), allant des plaies d'aponévrotomie ouvertes et des plaies du pied causées par le diabète aux incisions chirurgicales fermées. La TPPN a connu une évolution importante depuis la première application moderne de ce concept au 19^e siècle. La plus récente itération de la TPPN est une gracieuse de Argenta et Morykwas, qui ont démontré son efficacité dans leur article publié en 1997. Ce type de système de TPPN comprend un pansement en mousse poreuse sur lequel une aspiration continue ou intermittente est appliquée au moyen d'un dispositif d'aspiration à commande électronique pour atteindre une pression sub-atmosphérique de 125 mmHg sous la pression ambiante. Le système a été largement adopté et est maintenant mis en œuvre régulièrement pour les plaies ouvertes, telles que les fractures ouvertes, les aponévrotomies, les ulcères et les plaies infectées. Appelé cicatrisation par pression négative (souvent abrégée en « système VAC »).

Il y avait deux examens systématiques portant sur neuf ECR (98,99). Les types d'interventions comprenaient la TPPN. Les populations comprenaient des adultes ayant des lésions de pression de stade 3 et 4 (99) et des adultes ayant des lésions de pression de stade 2 ou plus (98).

Comme indiqué dans un examen systématique (99), huit ECR ont fait état du taux de guérison des lésions de pression et ont constaté que la TPPN pouvait augmenter le nombre de lésions de pression guéries (RR 1,32 [IC à 95 % 1,03-1,70]). En termes de risque absolu, pour 100 personnes qui reçoivent une TPPN, 12 personnes de plus auront une cicatrisation complète (allant d'une de plus à 26 de plus). Un autre ECR pilote a signalé que la proportion de lésions de pression complètement guéries ne différait pas entre les groupes d'intervention et témoin (98).

Comme l'indique l'examen systématique (99), trois ECR ont fait état de la douleur et ont constaté que la TPPN pouvait diminuer la douleur, mais les données probantes sont très incertaines. La différence moyenne pondérée dans le score de douleur était de -2,39 (IC à 95 % : -3,47 à -1,30).

Le groupe d'experts a noté que l'aggravation des lésions de pression, la conformité des prestataires de santé à la technologie et la satisfaction des personnes et des aidants étaient des résultats essentiels sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études.

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats était faible à très faible en raison d'un risque important de biais des études individuelles et d'une grave imprécision pour tous les résultats, ainsi que d'une incohérence pour le résultat de la douleur.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence de la TPPN sur les résultats prioritaires (taux de guérison des lésions de pression et de la douleur), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

Du groupe d'experts

Le groupe d'experts a souligné la nécessité de mettre l'accent sur la préférence de la personne, le confort et la faisabilité de l'utilisation d'un dispositif lors de la planification du traitement des lésions de pression, y compris l'utilisation de la TPPN. L'organisation, les milieux de santé, la personne et le mode de vie peuvent affecter la faisabilité.

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

Trois études ont indiqué que les coûts d'hospitalisation liés à l'utilisation de la TPPN étaient beaucoup moins élevés que ceux du groupe recevant les soins normaux des plaies (différence des moyennes standardisées (DMS) = -2,55, IC à 95 % [-4,07; -1,03]) (99). Aucune autre considération sur l'équité en matière de santé liée à l'intervention n'a été signalée à partir des données probantes.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que la TPPN pourrait avoir des avantages. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible. De plus, le groupe d'experts a noté que les indications et les contre-indications d'utilisation varient d'une personne à l'autre. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle. Le terme « envisager » a été choisi par le groupe d'experts pour souligner que la décision d'inclure la TPPN dans un plan de soins devrait être prise en collaboration avec les personnes ayant des lésions de pression et leurs aidants essentiels, et seulement lorsque les indications sont respectées et que les contre-indications sont prises en compte.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- L'admissibilité à l'utilisation de la TPPN devrait être déterminée par des prestataires de santé formés.
- Les prestataires de santé doivent avoir les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour administrer la TPPN.
- Les organismes doivent offrir de l'éducation et de la formation sur l'utilisation de la TPPN.
- Les personnes et les aidants essentiels doivent être renseignés sur la TPPN, y compris ses risques et ses avantages, et on doit leur dire qu'il est possible que la TPPN ne guérisse pas la plaie.
- La prudence est de mise lorsque la plaie est au-dessus d'une proéminence osseuse. Le connecteur doit être relié à une zone non portante pour éviter que d'autres lésions de pression ne se développent en raison de la TPPN (qui seraient considérées comme des lésions de pression liées au dispositif).
- L'alitement ne devrait pas être automatiquement ordonné pour mettre en œuvre la TPPN et il devrait être envisagé sur une base individuelle.
- Les autres traitements de soutien pour optimiser la cicatrisation des plaies, comme le repositionnement et la nutrition, doivent se poursuivre pendant la TPPN.

Tableau 15 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

COMPOSANTE DE LA TPPN	DÉTAILS
Indications	<p>La TPPN devrait être utilisée comme traitement supplémentaire une fois que les autres options de traitement ont été épuisées.</p> <p>Lésions de pression pour lesquelles l'utilisation de la TPPN pourrait être indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ guérissables ou curables ■ profondes ■ sans tissu nécrotique <p>La TPPN pourrait également être envisagée pour assurer le confort de la personne ou pour aider un pansement à rester en place.</p>
Contre-indications	<p>La TPPN ne devrait pas être utilisée lorsque la cause sous-jacente de la lésion de pression n'a pas été traitée.</p> <p>Autres contre-indications possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une tumeur maligne dans la plaie, car la TPPN peut entraîner une prolifération cellulaire; ■ infection de la plaie non traitée, ostéomyélite non traitée ou source de sepsie à proximité de la plaie, jusqu'à ce qu'elle soit traitée; ■ présence d'une coagulopathie non traitée (p. ex., plaies avec des saignements actifs ou une hémostase difficile, jusqu'à ce qu'elles soient stabilisées); ■ sinus/tunnels inexplorés de plus de 15 cm si le point final n'a pas été déterminé; ■ ulcères inflammatoires (p. ex., pyodermite, vascularite); ■ zones avec du tissu nécrotique et des escarres, jusqu'à ce que le débridement soit amorcé (plus de 60 % de la zone débridée); ■ présence d'agents hémostatiques sans sutures (p. ex., scellant de plaie en vaporisateur); ■ allergie ou sensibilité aux pansements utilisés pour la TPPN; ■ incapacité d'obtenir ou de maintenir un scellage hermétique en raison de l'emplacement de la plaie, de l'incision ou de la greffe de peau; ■ insuffisance de peau autour de la plaie pour maintenir un scellage pour la TPPN; ■ manque d'intérêt de la personne pour les soins.

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
British Columbia Provincial Nursing Skin & Wound Committee. Negative Pressure Wound Therapy: Guideline, 2023. Disponible à l'adresse : https://www.clwk.ca/get-resource/negative-pressure-wound-therapy-reusable-disposable-guideline/	<ul style="list-style-type: none">■ Directives détaillées sur l'utilisation de la TPPN.■ Comprend des détails sur la prestation de la TPPN ainsi que des considérations pour la mise en œuvre de l'intervention en milieu communautaire.



RECOMMANDATION 5.1 :

Le groupe d'experts suggère que le personnel infirmier et les prestataires de santé, en collaboration avec la personne et ses aidants essentiels, envisagent d'utiliser la stimulation électrique pour traiter les lésions de pression si la plaie et la personne satisfont aux indications et qu'il n'y a pas de contre-indications.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Faible

Discussion sur les données probantes

Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt est la stimulation électrique par rapport aux soins normaux (aucune technologie utilisée pour le traitement des lésions de pression). Aux fins de cette LDPE, la stimulation électrique est une méthode de traitement des plaies qui délivre un courant électrique à la peau à l'aide d'au moins deux électrodes (100).

Deux examens systématiques ont été réalisés, l'une comprenant six essais contrôlés randomisés (ECR) et l'autre en comprenant onze. Les types d'interventions comprenaient le courant pulsé monophasique à haute tension dans un examen systématique et une variété de stimulations électriques dans l'autre. Les populations comprenaient des adultes ayant des lésions de pression. Dans un examen systématique, tous les participants avaient des lésions de pression de stade 2 à 4 et dans l'autre, la plupart des participants avaient des lésions de pression de stade 2 ou 3 (cependant, la gravité n'a pas été signalée dans certaines études de cet examen systématique). Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Onze ECR incluses dans un examen systématique ont présenté le nombre de lésions de pression existantes guéries et ont constaté qu'une augmentation modérée de ce nombre était possible (RR 1,99 [IC à 95 % 1,39 à 2,85]) (100). En termes de risque absolu, pour chaque 100 lésions de pression ayant reçu une stimulation électrique, 15 lésions de pression de plus seraient complètement guéries (allant de six de plus à 28 de plus) (100).

Six ECR d'un autre examen systématique ont fait état du nombre de lésions de pression qui s'étaient aggravées. Il est possible que la stimulation électrique réduise le nombre de lésions de pression qui s'aggravent, mais les données sont incertaines (RR 0,07 [IC à 95 % 0,01-0,50]) (101). En termes de risque absolu, pour chaque 100 lésions de pression qui reçoivent une stimulation électrique pour le traitement, 12 lésions en moins auront augmenté de taille (entre 13 et 7 lésions en moins) (101).

Le groupe d'experts a noté que la conformité des prestataires de santé à la technologie, la satisfaction de la personne ou de l'aidant et la douleur étaient des résultats essentiels sur lesquels les examens systématiques devraient se concentrer; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Dans un examen systématique, cinq études ont indiqué que la stimulation électrique n'avait pas d'effets indésirables et que les patients ne se plaignaient d'aucun inconfort (101). Une étude a indiqué des effets indésirables mineurs et rares au traitement causés par une dermatite de contact, et un patient a présenté une zone rouge persistante ou brûlure sous l'électrode active (101).

Le degré global de certitude des données probantes pour ces résultats était faible en raison d'un risque très important de biais des études individuelles pour un résultat et d'une imprécision grave ou très grave pour tous les résultats.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence de la stimulation électrique sur le taux de guérison des lésions de pression existantes et l'aggravation des lésions de pression, veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

Aucune valeur ou préférence liée à l'intervention n'a été signalée dans les données probantes ou notée par le groupe d'experts.

Équité en matière de santé

Du groupe d'experts

On pourrait devoir accorder une attention particulière aux populations (personnes atteintes de lésions de la moelle épinière, de dysfonctionnement nerveux ou de troubles cognitifs) qui ne peuvent pas ressentir ou signaler la douleur de la même manière que les autres personnes. Voir aussi Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté que la stimulation électrique pourrait avoir des avantages liés à l'augmentation de la guérison des lésions de pression et à la prévention de l'aggravation des lésions de pression. Des préjudices minimes ont été signalés dans la littérature, bien qu'une étude ait signalé une brûlure liée à l'électrode active. Le degré de certitude des données probantes est faible. Le groupe d'experts a également noté que la stimulation électrique devrait être utilisée en complément d'autres traitements et être prise en compte avec les facteurs individuels et contextuels. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle. Le terme « envisager » a été choisi par le groupe d'experts pour souligner que la décision d'inclure la stimulation électrique dans un plan de soins devrait être prise en collaboration avec les personnes ayant des lésions de pression et leurs aidants essentiels, et seulement lorsque les indications sont respectées et que les contre-indications sont prises en compte.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- L'habileté, la compétence et le champ d'exercice du prestataire doivent être pris en considération. La stimulation électrique ne devrait être appliquée que par des prestataires qui ont été formés et qui possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour effectuer la stimulation électrique.
- Faire participer les personnes et les aidants essentiels à la planification des soins et aux discussions sur les risques et les avantages.
- S'il y a lieu, un enseignement en santé pour les personnes et leurs aidants essentiels peut être mis en œuvre en lien avec la stimulation électrique. Cette stratégie peut favoriser l'engagement et l'autogestion des personnes.
- Évaluer la capacité de la personne à ressentir ou à signaler la douleur pour déterminer son admissibilité au traitement par stimulation électrique.
- Les organisations doivent former les prestataires de santé à surveiller tout effet nocif ou indésirable potentiel (p. ex., des brûlures).

Tableau 16 : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

COMPOSANTE DE LA STIMULATION ÉLECTRIQUE	DÉTAILS
Indications	<p>Lésions de pression pour lesquelles l'utilisation de la stimulation électrique pourrait être indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ guérissables ou curables ▪ lorsque la guérison a cessé
Contre-indications	<p>Les contre-indications suivantes doivent être prises en considération pour déterminer les candidats au traitement par stimulation électrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lorsque la stimulation de la prolifération cellulaire est contre-indiquée (c.-à-d. certains types de cancer); ▪ lorsqu'il y a des ions métalliques ou des résidus de préparation topique (p. ex., povidone-iode, zinc, argent, calcium, chlorure de sodium); ▪ lorsque la mise en place d'électrodes pourrait nuire à un centre de réflexe (c.-à-d. sinus carotidien, cœur, nerfs parasympathiques, ganglion, muscles laryngés, nerf phrénique); ▪ lorsque le courant électrique pourrait affecter la fonction d'un implant électronique (c.-à-d. au-dessus d'un stimulateur cardiaque); ▪ ostéomyélite non traitée ou os immature; ▪ au-dessus de l'utérus d'une femme enceinte; ▪ ulcères inflammatoires; ▪ au-dessus d'une thrombose veineuse profonde ou d'une thrombophlébite active; ▪ en présence d'une insuffisance artérielle grave.

Tableau 17 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

INTERVENTION CLÉ	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
Type de stimulation électrique	<p>Arora et coll. (2020) ont signalé les types de stimulation électrique suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ traitement par courant continu actif en décubitus ▪ neurostimulation transcutanée ▪ stimulation biphasique asymétrique, stimulation biphasique symétrique et stimulation par microcourant plus traitement standard (trois groupes expérimentaux) ▪ stimulation électrique pulsée monophasique ▪ stimulation monophasique à haute tension (SVMS) et agents pharmacologiques ▪ courant pulsé monophasique à haute tension (HVMPC) et courant pulsé à haute tension (HVPC) ▪ stimulation électrique cathodique ▪ stimulation électrique cathodique et anodique ▪ courant continu pulsé de faible intensité

Ressources justificatives

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Nova Scotia Health. Electrical stimulation in wound healing. 2024. Disponible à l'adresse : https://www.nshealth.ca/patient-education-resources/2384</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressource d'enseignement en santé et document sur la stimulation électrique.

Lacunes de la recherche et implications futures

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts ont déterminé les domaines prioritaires pour les recherches futures (décrits dans le **tableau 18**). La colonne de gauche du tableau présente les questions de recommandation et les résultats, et la colonne de droite décrit les domaines prioritaires de recherche cernés par le groupe d'experts en fonction des examens systématiques effectués pour chaque question. De futures études menées dans ces domaines fourniraient d'autres données probantes à l'appui d'un soutien équitable et de haute qualité pour les personnes à risque et vivant avec des lésions de pression. La liste n'est pas exhaustive; d'autres domaines de recherche pourraient s'avérer nécessaires.

Tableau 18 : Domaines prioritaires de recherche par question de recommandation

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 : L'utilisation des technologies de la santé devrait-elle être recommandée ou non pour la détection précoce et l'évaluation des lésions de pression?</p> <p>Résultats : Taux d'incidence des lésions de pression, précision de la prédiction du développement des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, conformité des prestataires de santé à l'utilisation des technologies de la santé, satisfaction de la personne ou de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'incidence de la thermographie infrarouge sur les signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, la conformité des prestataires de santé à la technologie et la satisfaction de la personne ou de l'aidant ■ l'incidence de la détection de l'humidité sous-épidermique sur la conformité des prestataires de santé à la technologie et la satisfaction de la personne ou de l'aidant ■ l'incidence sur les résultats d'autres technologies de la santé pour la détection et l'évaluation précoces ■ l'incidence des technologies de la santé sur la détection précoce et l'évaluation des lésions de pression chez les personnes à la peau foncée
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 : Une fréquence de repositionnement particulière devrait-elle être recommandée plutôt qu'une autre pour les personnes atteintes de lésions de pression ou à risque d'en développer?</p> <p>Résultats : Taux de prévalence et d'incidence des lésions de pression, guérison des lésions de pression, aggravation des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, satisfaction de la personne ou de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'incidence de la fréquence du repositionnement sur le taux d'aggravation des lésions de pression, le taux de guérison des lésions de pression et la satisfaction de la personne ou de l'aidant ■ l'incidence des différentes techniques de repositionnement sur les résultats pour les personnes et l'observance et le temps des prestataires de santé

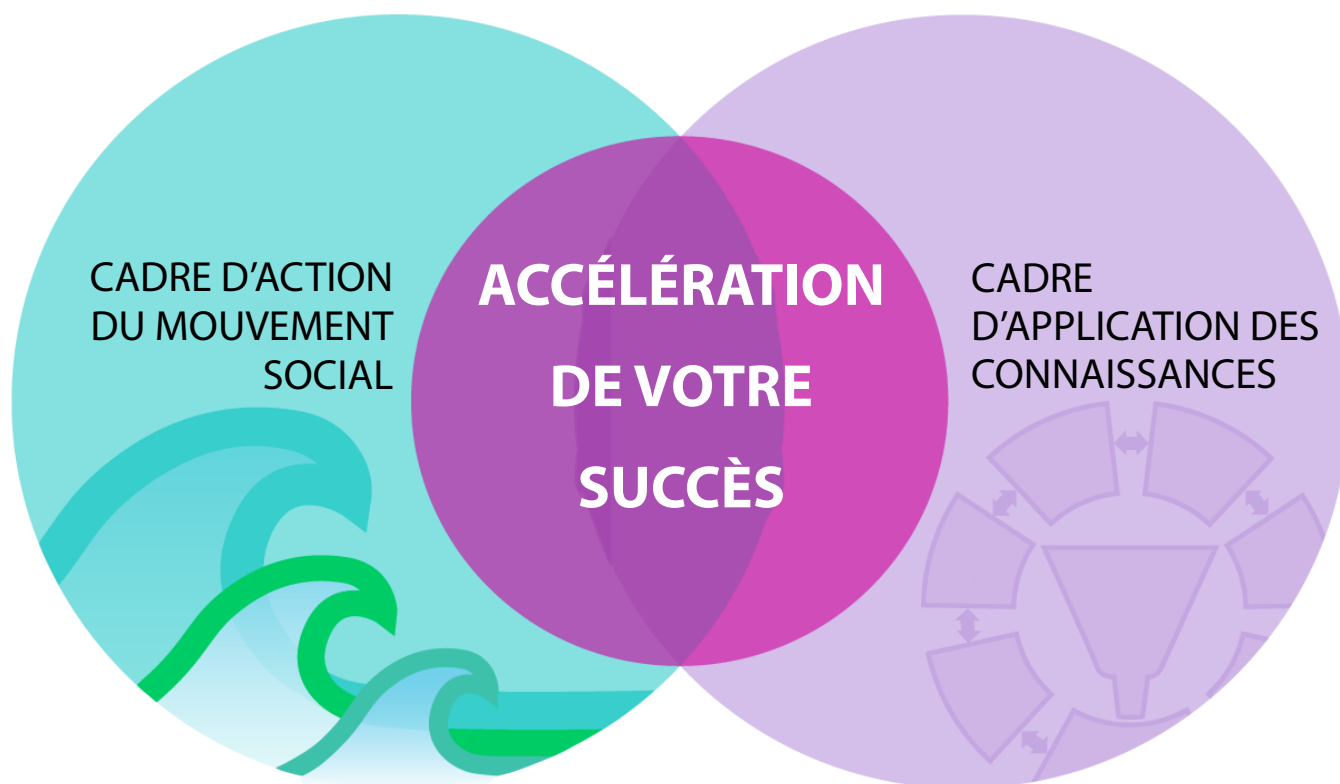
QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :</p> <p>Les ensembles de soins préventifs devraient-ils être recommandés ou non pour prévenir les lésions de pression?</p> <p>Résultats : Prévalence et taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, conformité des prestataires de santé, événements indésirables, satisfaction de la personne ou de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'incidence des ensembles de soins préventifs sur les événements indésirables
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 4 :</p> <p>L'utilisation de pansements prophylactiques devrait-elle être recommandée ou non pour prévenir les lésions de pression?</p> <p>Résultats : Taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, douleur, qualité de vie, satisfaction de la personne ou de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'incidence des pansements prophylactiques dans les milieux de santé non actifs (communautaire, soins primaires, consultation externe) ■ études qualitatives examinant les préférences, les éléments facilitateurs ou les obstacles associés aux pansements prophylactiques sur les personnes et les familles
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 5 :</p> <p>L'utilisation des technologies de la santé devrait-elle être recommandée ou non pour le traitement des lésions de pression?</p> <p>Résultats : Taux d'incidence des lésions de pression, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, douleur, qualité de vie, satisfaction de la personne ou de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'incidence de la thérapie des plaies par pression négative sur l'aggravation des lésions de pression, la conformité des prestataires de santé à la technologie et la satisfaction de la personne ou de l'aidant ■ l'incidence de la stimulation électrique sur la conformité des prestataires de santé à la technologie, la douleur et la satisfaction de la personne ou de l'aidant
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 6 :</p> <p>L'utilisation de surfaces d'appui motorisées (actives ou réactives) pour la prévention et la prise en charge des lésions de pression devrait-elle être recommandée ou non?</p> <p>Résultats : Prévalence/taux d'incidence des lésions de pression, guérison des lésions de pression existantes, aggravation des lésions de pression existantes, signes et symptômes précurseurs des lésions de pression, douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'incidence des surfaces d'appui motorisées sur l'aggravation des lésions de pression et les signes et symptômes précurseurs des lésions de pression ■ l'incidence de la surface d'appui sur l'adhésion des aidants à l'horaire de rotation et de repositionnement ■ l'incidence des surfaces d'appui sur la satisfaction et l'acceptation de la personne et des aidants et sur les activités de la vie quotidienne

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et l'accès aux LDPE pour faire changer les pratiques : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (102). La Boîte à outils pour la conduite du changement (élaborée par l'AIIAO, en partenariat avec Excellence en santé Canada) fournit des processus fondés sur des données probantes à cet effet (voir l'**annexe R**) (3).

La Boîte à outils pour la conduite du changement utilise deux cadres complémentaires pour guider l'assimilation et la durabilité des données probantes (voir la **figure 1**). Elles peuvent être utilisées ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

Figure 1 : La Boîte à outils pour la conduite du changement : Deux cadres complémentaires pour accélérer votre réussite



Source : Reproduit avec la permission de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024. Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)

Le cadre d'action du mouvement social (103,104) est descriptif et présente les éléments déterminants d'un mouvement social pour l'assimilation et la durabilité des connaissances. Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune) dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, en caractéristiques clés et en résultats, sont dynamiques et interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le cadre d'application des connaissances utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour guider systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (p. ex., une LDPE) au contexte local et à la mise en œuvre. Ce cadre suggère de cerner et d'utiliser des outils ou produits de connaissances (comme les lignes directrices) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances aux contextes locaux.

La Boîte à outils pour la conduite du changement repose sur des données émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales selon lesquelles les chances d'adoption réussie et de la durabilité des pratiques exemplaires en soins de santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif mené par des agents de changement et des équipes de changement.
- Les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou d'une urgence d'action.
- Les autres personnes affectées par le changement sont déterminées et impliquées tout au long de la mise en œuvre pour s'engager dans une action individuelle et collective.
- La réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée.
- Les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les obstacles.
- L'utilisation de la LDPE est surveillée et maintenue.
- L'évaluation des répercussions de la LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints.
- Il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de l'adoption et de la durabilité de la LDPE.
- La LDPE est étendue, élargie ou approfondie, dans la mesure du possible, afin d'élargir son influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

L'AIIAO s'engage à la diffusion, à la mise en œuvre et à la durabilité à grande échelle de nos LDPE. Nous utilisons une approche systématique en déployant diverses stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires^{MD} de l'AIIAO, qui alimente la capacité des agents du changement à encourager la sensibilisation, l'engagement et l'adoption des LDPE. Les champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO sont des personnes et des organisations qui se passionnent pour la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes et qui mobilisent d'autres personnes afin qu'ensemble, elles améliorent les soins et la santé. Les champions sont du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé de tous les rôles et de tous les secteurs de la santé, des étudiants, des défenseurs, des personnes ayant une expérience vécue ainsi que des aidants.
2. Les cheminements cliniques de l'AIIAO^{MC} sont des recommandations numérisées et des énoncés de bonne pratique intégrés aux dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. À l'heure actuelle, ces cheminements cliniques sont offerts à tous les foyers de soins de longue durée canadiens.
2. La désignation d'OVPE^{MD} appuie la mise en œuvre à l'échelle de l'organisation et du système. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur la mise en œuvre du changement de la pratique.

Vous trouverez des renseignements concernant nos stratégies de mise en œuvre aux endroits suivants :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- Cheminements cliniques de l'AIIAO^{MC} : [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)
- OVPE de l'AIIAO^{MD} : [RNAO.ca/bpg/bpso](https://rnao.ca/bpg/bpso)
- Les instituts de renforcement des capacités de la RNAO et les autres occasions de perfectionnement professionnel : [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)

Annexe A : Glossaire

Aidant/aidant essentiel : Un aidant ou un aidant essentiel apporte un soutien physique, psychologique et émotionnel, selon les besoins de la personne. Ces soins peuvent inclure le soutien à la prise de décisions, la coordination des soins et la continuité des soins. Les aidants peuvent inclure des membres de la famille, des amis proches ou d'autres personnes de soutien et sont identifiés par la personne ou son mandataire spécial (8).

Autochtone : Introduit et utilisé dans un contexte mondial à la suite des efforts internationaux déployés par les peuples autochtones pour obtenir une plus grande présence au sein des Nations unies (ONU). Les Nations unies définissent globalement les populations autochtones comme des peuples établis de longue date et liés à des territoires spécifiques, qui pratiquent des traditions uniques et conservent des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques distinctes de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils résident (112). Selon la définition des Nations unies, le terme Autochtone recouvre généralement les éléments suivants : auto-identification au niveau individuel et acceptation par une collectivité autochtone en tant que membre; continuité historique avec les sociétés précoloniales ou antérieures à l'arrivée des colons; liens étroits avec les territoires et les ressources naturelles environnantes; systèmes sociaux, économiques ou politiques distincts; langue, culture et croyances distinctes. Les peuples autochtones forment des groupes non dominants au sein de la société et décident de maintenir et de reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et collectivités distincts (112).

La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il s'agit de trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques (113).

Axé sur les besoins de la personne : Une approche des soins où la personne est considérée comme un tout. Le processus qui permet de connaître la personne entière est encouragé par la formation d'une relation thérapeutique entre la personne, ses proches et les prestataires de services sociaux et de soins de santé. Cette approche de soins comporte la défense des intérêts, l'habilitation, le respect mutuel et le fait de comprendre que la personne a le droit à l'autonomie et à l'autodétermination ainsi qu'à la participation active dans les décisions concernant sa santé (maladie et bien-être) (13).

Cadres de prise de décisions fondées sur les preuves (cadres EtD) : Un tableau qui facilite la prise de décisions par les groupes d'experts sur l'élaboration de lignes directrices lorsqu'ils passent des données probantes aux recommandations. L'objectif du cadre de prise de décisions fondées sur les preuves (cadre EtD) est de résumer les résultats de la recherche, de décrire les facteurs importants qui peuvent déterminer la recommandation, d'informer les membres du groupe d'experts des avantages et des inconvénients de chaque intervention envisagée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (20).

Cheminements cliniques de l'AIIAO^{MC} : Les cheminements cliniques de l'AIIAO sont une version numérisée des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO qui peuvent être intégrées à un système de dossiers de santé électroniques pour favoriser des soins fondés sur des données probantes et axés sur les besoins de la personne et de la famille.

D'appoint, complémentaire : Ajouté à autre chose en tant que supplément plutôt qu'en tant que partie essentielle (105).

Dermatite associée à l'incontinence (DAI) : Type de dermatite de contact irritante (inflammation de la peau) que l'on retrouve chez les personnes souffrant d'incontinence fécale ou urinaire. La dermatite associée à l'incontinence est connue sous d'autres noms, comme dermatite périnéale et érythème fessier. Elle fait partie d'un groupe plus large d'affections cutanées appelées dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH) (33).

Dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH) : Dommages cutanés causés par une exposition prolongée à diverses sources d'humidité, y compris l'urine ou les selles, la transpiration, l'exsudat de la plaie, le mucus et la salive. Les DCAH se caractérisent par une inflammation de la peau, survenant avec ou sans érosion ou infection cutanée secondaire.

« Dommages cutanés associés à l'humidité » est un terme générique, car ils peuvent être causés par de multiples affections. Quatre des formes les plus courantes sont la dermatite associée à l'incontinence, la dermatite intertrigineuse, la dermatite associée à l'humidité périlésionnelle et la dermatite associée à l'humidité péristomiale (32).

Données probantes indirectes : Selon les méthodes GRADE, le caractère direct est jugé en fonction de la population cible, de l'intervention et des résultats d'intérêt (20). Les données probantes peuvent être indirectes si les populations diffèrent de celles d'intérêt, si l'intervention testée diffère de l'intervention d'intérêt ou si les résultats diffèrent de ceux d'intérêt primaire (20).

Voir Résultat intermédiaire.

Énoncé de bonne pratique : Les énoncés de bonne pratique s'adressent principalement au personnel infirmier et aux équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes et à leur famille tout au long du continuum de soins, y compris (mais sans s'y limiter) : soins primaires; soins à domicile et de proximité; soins de courte durée et SLD.

Les énoncés de bonne pratique sont des énoncés exploitables qui devraient être mis en pratique (15). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du groupe d'experts (15). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (15,16). Étant donné le degré élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de bonne pratique l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur un examen systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (17). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien que les énoncés soient souvent étayés par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (15). En tant que tels, les énoncés de bonne pratique doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car ils reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (15).

Énoncés relatifs à la formation : Approches organisationnelles de la prestation de l'éducation dans les organisations de services de santé et les établissements universitaires pour soutenir la pratique fondée sur les données probantes. Les énoncés relatifs à la formation sont fondés sur une analyse des recommandations relatives à la formation de plusieurs LDPE portant sur divers sujets cliniques et diverses populations. Les énoncés relatifs à la formation peuvent s'appliquer à toutes les LDPE cliniques et ils peuvent être adaptés au contexte au sein des organisations de services de santé et des établissements universitaires pour appuyer la mise en œuvre des recommandations cliniques.

Ensembles de soins préventifs : Groupe d'interventions fondées sur des données probantes qui peuvent assurer la prestation d'une méthode normalisée de soins. Lorsque ces interventions sont effectuées ensemble, elles peuvent donner de meilleurs résultats que si elles sont effectuées individuellement (74).

Équipe interprofessionnelle : Une équipe composée de plusieurs prestataires de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins sociaux et de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (10). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les personnes atteintes ou à risque de lésions de pression peuvent comprendre, sans s'y limiter : le personnel infirmier, les préposés aux services de soutien à la personne, les omnipraticiens, les médecins, les diététistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux. Il est important de souligner que les personnes et leurs aidants sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

Essai contrôlé randomisé : Expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe de contrôle (aucune intervention ou administration de placebo) (116).

Étude non randomisée (ENR) : Une étude quantitative estimant l'efficacité d'une intervention, où les personnes sont réparties dans différentes interventions en utilisant des méthodes qui ne sont pas aléatoires (116).

Examen systématique : Un examen approfondi de la documentation qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Un examen systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (116).

Voir Méta-analyse

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) : [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation]. Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (20).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. Le degré de cohérence d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre.
3. Le degré d'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue le degré d'applicabilité des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. Le degré de biais de publication, que l'on détermine en évaluant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (20).

Infirmière/Infirmier/Personnel infirmier : Désigne les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières et infirmiers en pratique avancée, comme les infirmières et infirmiers praticiens et les infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés (11).

Lésion de pression impossible à classifier : Perte de peau et de tissus sur toute l'épaisseur qui est obscurcie par la desquamation ou une escarre (c.-à-d. des tissus morts), de sorte que la gravité de la blessure ne peut être confirmée (9).

Lésion de pression sur la membrane muqueuse : Une lésion de pression trouvée sur les membranes muqueuses lorsqu'un dispositif médical a été utilisé à l'emplacement de la lésion. En raison de l'anatomie du tissu, ces plaies ne peuvent pas être classées à l'aide d'un système de stadification (117).

Lésion de pression : Dommages localisés à la peau ou aux tissus sous-jacents, à la suite de pression, ou de pression en combinaison avec le cisaillement. Les lésions de pression surviennent généralement sur une proéminence osseuse, mais peuvent également être liées à un instrument médical ou à un autre objet (14).

Stade 1 : peau intacte avec un aspect local d'érythème non blanchissable (c.-à-d. rougeur cutanée).

Stade 2 : perte partielle d'épaisseur de la peau avec derme exposé

Stade 3 : perte de peau sur toute l'épaisseur

Stade 4 : perte de peau et de tissus sur toute l'épaisseur avec fascia (c.-à-d. le tissu conjonctif qui maintient les structures en place), muscle, tendon, ligament, cartilage ou os visible (9).

Lésion des tissus profonds : Zone localisée de décoloration rouge foncé, marron, violette ou séparation épidermique persistante non blanchissable, révélant un lit de plaie foncé ou une ampoule remplie de sang (9).

Lésions de pression liées aux dispositifs médicaux : Lésions de pression résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux, d'équipement, de meubles et d'objets de la vie quotidienne qui ont été en contact direct avec la peau. L'augmentation de la pression exercée par ces objets a causé des dommages aux tissus mous. La dépression qui en résulte reflète généralement le motif ou la forme du dispositif. Les dispositifs courants qui peuvent causer des lésions de pression comprennent les appareils respiratoires, les tubes et les drains, ainsi que les bandages compressifs, les attelles ou les orthèses (115).

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) : « Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui comprennent des recommandations à l'intention du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des dirigeants et des décideurs politiques, des personnes et de leurs familles sur des sujets cliniques et des milieux de travail sains. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les communautés et le système de santé soient les meilleurs possible » (106).

Méta-analyse : Un examen systématique qui recourt à des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (116).

Voir Examen systématique

Mouvement social pour l'assimilation et la durabilité des connaissances : Les personnes, les groupes et/ou les organisations qui, en tant qu'agents de changement bénévoles et intrinsèquement motivés, se mobilisent pour transformer les résultats de santé (121).

Organisations de services de santé : Organisations qui fournissent des services de soins de santé à des communautés ou à des populations définies. Il s'agit notamment d'équipes de santé familiale, d'organisations de soins à domicile ainsi que d'hôpitaux.

Organisme vedette en pratiques exemplaires (OVPE)^{MD} : Un service de santé ou un organisme universitaire qui s'est associé officiellement à l'AIIAO sur une période de trois ans dans le but de créer des cultures de pratique fondées sur des données probantes grâce à la mise en œuvre systématique et à l'évaluation des résultats de multiples lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) (107). Une fois les trois premières années terminées avec succès, les établissements reçoivent la désignation. Après la période précédant la désignation, les OVPE sont tenus d'atteindre les objectifs fixés et la désignation est réévaluée tous les deux ans. La désignation d'OVPE a été lancée en 2003 en tant que stratégie d'application des connaissances. Des OVPE ont été établis dans tous les secteurs ayant des établissements en Ontario et dans le monde entier.

Personne ayant une expérience vécue : Les membres de la communauté qui ont une expérience et une connaissance directes du sujet en tant que personne, soignant non rémunéré ou défenseur. Les personnes ayant une expérience vécue constituent un groupe diversifié qui possède un éventail d'antécédents et d'expériences (118).

Personne : Personne avec qui un prestataire de services sociaux ou de soins de santé a établi une relation thérapeutique dans le but de s'associer pour assurer la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident » utilisés dans l'ensemble des organisations de santé et de services sociaux (13).

Plaie curable : Une plaie qui est bien irriguée par le sang et qui peut guérir si la cause sous-jacente est traitée (110).

Plaie de maintien : Une plaie susceptible de guérir, mais qui peut ne pas être curable, ou dont la guérison peut être lente ou irrégulière, car la cause ou les facteurs contributifs ne peuvent être facilement atténués, la personne choisit d'autres priorités dans sa vie plutôt que de suivre un traitement optimal ou elle ne dispose pas des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le plan idéal de gestion de la pression. Les options chirurgicales peuvent ne pas être envisageables en raison de comorbidités ou de contraintes liées au mode de vie qui sont connues pour entraîner de mauvais résultats chirurgicaux (114).

Plaie incurable : Plaie qui est physiquement incapable de guérir en raison de problèmes de santé concomitants, tels qu'une maladie systémique (p. ex., ostéomyélite qui ne peut être éliminée), une mauvaise circulation ou un cancer (114).

Pratique fondée sur les données probantes : L'intégration des données probantes issues de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle unifie les données probantes issues de la recherche grâce à l'expertise clinique et encourage l'inclusion des préférences des patients (109).

Prestataire de santé : S'entend à la fois des travailleurs réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététistes et les travailleurs sociaux) et des travailleurs non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Prestataire de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professionnels de la santé réglementés* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (11).

Prestataire de santé non réglementé : Les prestataires de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de santé non réglementés jouent les rôles et exécutent les tâches qui sont déterminées par leur employeur. Les prestataires de santé non réglementés n'ont le pouvoir d'accomplir un acte autorisé tel qu'il est énoncé dans la LPSR que si la procédure est visée par l'une des exemptions énoncées dans la Loi (12).

Principes directeurs : Concepts généraux qui dénotent une philosophie, une croyance, une valeur ou une norme de comportement que le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les organisations de services de santé devraient appliquer à leur pratique lorsqu'ils mettent en œuvre des recommandations et des énoncés de bonne pratique.

Prise de décisions partagée (PDP) : Processus interpersonnel et interdépendant dans lequel les prestataires de santé, les personnes et leurs aidants collaborent à la prise de décisions concernant la santé d'une personne (55).

Profil de données probantes : Permet de présenter des renseignements clés sur tous les résultats pertinents pour une question de soins de santé donnée (20). Il présente des renseignements sur l'ensemble des données probantes (p. ex., le nombre d'études), les jugements sur la qualité sous-jacente des données probantes, les résultats statistiques clés et la cote de la qualité des données probantes pour chaque résultat (20).

Question de recherche sur la PICR (population, intervention, comparaisons, résultats) : Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

- Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude.
- L'intervention à examiner.
- L'intervention alternative ou de comparaison.
- Le résultat d'intérêt (20).

Question de recommandation : Domaine prioritaire de pratique, de politique ou d'éducation, déterminé par les membres du groupe d'experts, dont la réponse exige des données probantes. La question de recommandation peut également viser à répondre à un sujet autour duquel il existe de l'ambiguïté ou une controverse. La question de recommandation éclaire la question de recherche, ce qui guide l'examen systématique.

Recherche qualitative : Une approche de la recherche qui cherche à communiquer la manière dont le comportement et les expériences humaines peuvent être expliqués dans le contexte des structures sociales, en utilisant une approche interactive et subjective pour étudier et décrire les phénomènes (119).

Recherche quantitative : Une approche de la recherche qui étudie les phénomènes en utilisant des outils qui produisent des mesures statistiques ou des données numériques (120).

Recommandation : Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de « questions de recherche sur la PICR »). Une recommandation, qui est basée sur un examen systématique de la documentation, est faite en tenant compte des points suivants : (a) les avantages et les inconvénients; (b) les valeurs et les préférences; et (c) l'équité en matière de santé. Le groupe d'experts décide par consensus si une recommandation est *forte* ou *conditionnelle*.

Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (20).

Résultats : Une variable dépendante, ou bien l'état clinique ou fonctionnel d'une personne ou d'une population, utilisée pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : (a) déterminants pour la prise de décisions; (b) importants sans être déterminants; (c) sans importance. L'utilisation de ces résultats permet de cibler davantage les recherches documentaires et les examens systématiques (20).

Réviseur externe : Personne ou groupe qui s'engage à examiner et à fournir des rétroactions sur l'ébauche de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO avant sa publication. Les réviseurs externes comprennent souvent des personnes ou des groupes qui sont directement touchés par le sujet et les recommandations de la ligne directrice (p. ex., les personnes qui accèdent aux services de santé, qui travaillent dans des organisations de services de santé ou qui ont une expertise en la matière).

Science de la mise en œuvre : Définie comme « ... l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins de santé » (111).

Surfaces d'appui : Dispositifs médicaux spécialisés conçus pour soulager ou redistribuer la pression sur le corps afin de prévenir et de traiter les lésions de pression (77). Les surfaces d'appui peuvent inclure des matelas, des coussins et des revêtements. Les surfaces d'appui motorisées fonctionnent à l'aide d'un courant électrique et peuvent être actives ou réactives.

Annexe B : Liste des acronymes

Tableau 19 : Liste des acronymes utilisés dans la LDPE

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS DANS LA LDPE	
Cadre EtD	Cadre de prise de décisions fondées sur les preuves
CIM	Classification internationale des maladies
DAI	Dermatite associée à l'incontinence
DCAH	Domages cutanés associés à l'humidité
DMS	Différence des moyennes standardisées
ECR	Essai comparatif randomisé
ENR	Étude non randomisée
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ES	Examen systématique
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation)
HSE	Humidité sous-épidermique
IC	Intervalle de confiance
ISTAP	International Skin Tear Advisory Panel
LDPE	Lignes directrices sur les pratiques exemplaires
MAR	Méta-analyse de réseau
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDP	Prise de décisions partagée.

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS DANS LA LDPE

PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
RC	Rapport de cotes
RR	Risque relatif
SLD	Soins de longue durée
SSKIN	Skin, Surface, Keep turning, Incontinence and Nutrition (peau, surface, continuer à retourner, incontinence et nutrition)
TPPN	Thérapie des plaies par pression négative

Annexe C : Lignes directrices de l’AIIAO et autres ressources qui s’harmonisent avec la présente ligne directrice

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l’AIIAO ainsi que des ressources d’autres organisations qui se rapportent à la présente LDPE.

Tableau 20 : Lignes directrices de l’AIIAO et autres ressources

SUJET	RESSOURCE(S)
Santé de la vessie et des intestins	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes. 4^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2020. Disponible à l’adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/proactive-approach-bladder-and-bowel-management-adults Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Soutenir les adultes qui vivent avec une stomie ou qui attendent une chirurgie pour stomie. 2^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2019. Disponible à l’adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/ostomy
Plaies du pied causées par le diabète	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge. 3^e éd. Toronto (ON) : AIIAO, 2024. Disponible à l’adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/diabetic-foot-ulcer
Transitions dans les soins et les services	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Transitions dans les soins et les services. 2^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2023. Disponible à l’adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care
Science de la mise en oeuvre, cadres de mise en oeuvre et ressources	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024. Disponible à l’adresse : RNAO.ca/leading-change-toolkit
Dermatite associée à l’incontinence	<ul style="list-style-type: none"> Beekman D et coll. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Disponible à https://multimedia.3m.com/mws/media/10488340/incontinence-associated-dermatitis-best-practice-principles.pdf
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Évaluation et prise en charge de la douleur. 3^e éd. Toronto (ON) : AIIAO, 2013. Disponible à l’adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain <p>Remarque : cette LDPE est en cours de révision.</p>

SUJET	RESSOURCE(S)
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Approche de soins palliatifs durant les douze derniers mois de la vie Toronto (Ontario) : AIIAO, 2020. Disponible à l'adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). End-of-life care during the last days and hours. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2011. Disponible à l'adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours
Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille	<ul style="list-style-type: none"> ■ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2015. Disponible à l'adresse : RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care <p>Remarque : cette LDPE est en cours de révision.</p>
Lésions de pression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fourie A, Ahtiala M, Black J, et coll. Development of prone positioning and skin damage prevention digital education: the PRONeTect project. J Wound Care. 2 septembre 2023;32(9):570-578. doi: 10.12968/jowc.2023.32.9.570. PMID: 37682782 Review. <ul style="list-style-type: none"> □ Ressource de PRONeTect : https://pronetpection.com/ ■ Haesler E, éditeur. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline: the international guideline. 3^e édition. Prague : Epuap, European Pressure Ulcer Advisory Panel; 2019. Disponible à l'adresse : https://internationalguideline.com/2019 ■ Norton L, Parslow N, Johnson D, et coll. Recommandations en matière de pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression. Dans : Fondements des pratiques exemplaires pour la gestion des soins de la peau et des plaies. Un supplément de Soins des plaies Canada [Internet]. Soins des plaies Canada; 2017. Disponible à l'adresse : https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1296-les-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-lesions-de-pression/file

Annexe D : Énoncés relatifs à la formation :

Énoncés relatifs à la formation pour cette LDPE

Depuis 1999, l'AIIAO occupe un rôle de premier plan dans l'élaboration de LDPE, les premières LDPE ayant paru en 2001. Dès le début, l'AIIAO a reconnu l'importance des approches individuelles et organisationnelles de la prestation de formations sur le contenu des LDPE cliniques pour appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. À ce titre, les LDPE cliniques de l'AIIAO comprenaient des recommandations en matière de formation pour les responsables des programmes d'enseignement et de formation en cours d'emploi des étudiants en sciences infirmières, du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Ces recommandations décrivaient le contenu de base et les stratégies de formation requises pour les programmes de santé de niveau débutant, l'éducation permanente et le perfectionnement professionnel.

Une analyse approfondie des recommandations de l'AIIAO en matière de formation a été réalisée en 2018. Elle portait sur les LDPE cliniques publiées au cours des cinq années précédentes, puisque les LDPE cliniques publiées au cours de cette période sont toutes issues d'examen systématiques de la documentation. L'analyse a examiné 26 recommandations en matière de formation provenant de neuf LDPE différentes qui portaient sur divers sujets cliniques et différentes populations.

Une analyse thématique rigoureuse a fait ressortir des similitudes entre les LDPE. Ainsi, on a jugé approprié de formuler des énoncés normalisés relatifs à la formation applicables à toutes les LDPE cliniques afin d'appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. Les deux énoncés relatifs à la formation qui en ont résulté et les discussions connexes sur la documentation sont présentées ci-dessous. Ces énoncés peuvent être adaptés au contexte des organisations de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations cliniques portant sur différents domaines thématiques des lignes directrices.

ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION 1 : LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT INTÈGRENT DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES AUX PROGRAMMES D'ÉTUDES DESTINÉS AUX MEMBRES DU PERSONNEL INFIRMIER ET AUX AUTRES PRESTATAIRES DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS, AVANT ET APRÈS L'OBTENTION DU PERMIS D'EXERCICE.

Discussions sur la documentation

L'analyse thématique des énoncés de recommandations relatives à la formation figurant dans un certain nombre de LDPE a révélé qu'un deuxième thème s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les organisations de services de santé utilisent des stratégies pour intégrer des lignes directrices fondées sur des données probantes dans l'éducation et la formation du personnel infirmier et des autres prestataires de santé.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013)
- *Transitions des soins* (2014)
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* (2015)
- *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014)
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014)
- *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition* (2016)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014)

Les établissements d'enseignement devraient envisager d'intégrer le contenu de la LDPE aux cours théoriques et pratiques destinés au personnel infirmier et aux autres prestataires de santé réglementés, comme les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes et les pharmaciens, dans les programmes offerts avant l'obtention du permis d'exercice (p. ex., les étudiants diplômés et de premier cycle) et après celui-ci (p. ex., les étudiants de deuxième cycle). Les programmes de formation offerts avant l'obtention du permis d'exercice permettent d'acquérir des connaissances de base, qui peuvent être renforcées et enrichies, si nécessaire, dans la pratique au sein des organisations de services de santé. Les programmes d'études supérieures offerts après l'obtention du permis d'exercice préparent le personnel infirmier et les autres prestataires de santé réglementés à assumer des rôles et des fonctions de pratique avancée dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques (122). Ainsi, le contenu des lignes directrices intégré aux programmes d'études et son degré de complexité varieront en fonction des objectifs pédagogiques globaux de chaque programme. Dans les deux cas, l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études favorise la conformité de l'apprentissage aux pratiques fondées sur des données probantes et a pour objectif ultime d'améliorer les résultats de santé pour les personnes et leurs familles.

Pour soutenir l'intégration aux programmes d'études de LDPE fondées sur des données probantes, on peut utiliser les approches suivantes : (1) l'élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices; et (2) l'élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux LDPE. Les deux approches sont décrites ci-dessous.

1. **Élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices** : Les objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices (avant et après l'obtention d'un permis d'exercice) facilitent l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études.
 - Au niveau du programme, cette intégration permet aux apprenants d'élargir leurs connaissances, de renforcer leur jugement et de développer leurs compétences. À titre d'exemple, un objectif de programme d'enseignement supérieur pourrait consister à sensibiliser les apprenants à certains éléments de la science de la mise en œuvre afin qu'ils puissent adopter les lignes directrices et les utiliser de façon durable dans les différents contextes cliniques (123).
 - Pour ce qui est des cours, l'intégration du contenu des lignes directrices permet aux apprenants de suivre un apprentissage conforme aux pratiques fondées sur des données probantes dans les contextes d'enseignement et de pratique. À titre d'exemple, les objectifs des cours de premier cycle pourraient consister à permettre aux apprenants d'acquérir une meilleure connaissance des lignes directrices, de sélectionner des lignes directrices pertinentes pour leur pratique (et de justifier leur choix) et d'intégrer les recommandations relatives aux lignes directrices dans les plans de soins destinés aux personnes et à leurs familles (123).
2. **Élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices** : Les stratégies d'enseignement doivent être adaptées aux objectifs pédagogiques des programmes et aux besoins des apprenants et les préparer à améliorer la pratique et à obtenir des résultats positifs (124). Les différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices sont décrites ci-dessous.
 - **Cours magistraux** : Les enseignants peuvent utiliser les cours magistraux pour fournir des connaissances générales sur les lignes directrices, plus particulièrement sur le processus rigoureux d'élaboration des lignes directrices et de leurs différentes recommandations. Les cours magistraux peuvent donner aux apprenants une bonne idée du champ d'application et de la force des données probantes sur lesquelles s'appuient les recommandations (123).
 - **Activités interactives en classe** : Les activités d'apprentissage interactives en classe peuvent fournir de l'information additionnelle aux apprenants, leur permettre de participer à des exercices de résolution de problèmes et de structurer les connaissances acquises. Parmi les exemples d'activités d'apprentissage, citons : la réalisation de travaux en groupe pour aider les apprenants à s'orienter dans une ligne directrice et à se familiariser avec ses recommandations; l'examen d'études de cas pour leur donner l'occasion de sélectionner des recommandations de la ligne directrice et de les appliquer dans le cadre de plans de soins; et l'utilisation de vidéos et de jeux de rôle pour développer leur capacité à justifier la sélection de lignes directrices/recommandations particulières dans le cadre de plans de soins (123).
 - **Simulation** : Une simulation numérique de haute qualité dans le cadre d'un laboratoire de compétences peut atténuer l'incertitude des apprenants quant à la pratique clinique, leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences et d'accroître leur confiance en soi et leur niveau de satisfaction. Les enseignants ayant reçu une formation en pédagogie peuvent utiliser la simulation pour enseigner aux apprenants des connaissances liées à la prestation de soins sécuritaires et efficaces axés sur les besoins de la personne et de la famille dans un contexte clinique normalisé. Les enseignants peuvent également aider les apprenants à intégrer le contenu d'une ligne directrice à des séances de pratique simulée lorsqu'ils enseignent une pratique étayée par des données probantes (123).

- **Discussions avant et après une présentation sur une pratique clinique :** Discuter d'une ligne directrice avant et après une présentation sur une pratique clinique peut contribuer à renforcer la pensée critique des apprenants dans l'élaboration de plans de soins, à les préparer à modifier une pratique en fonction des recommandations d'une ligne directrice, à expliquer clairement les raisons motivant une décision clinique et à évaluer les résultats des interventions. Les apprenants ont ainsi l'occasion de déterminer si les politiques et les procédures en vigueur dans le milieu de pratique sont conformes aux données les plus probantes et de cerner les éléments d'une pratique susceptibles d'être modifiés et de réfléchir à la manière d'amorcer le processus de modification (123).
- **Accès aux ressources liées aux LDPE :** Les enseignants peuvent proposer des liens et des ressources liés aux LDPE et en faciliter l'accès (123).
- **Travaux et tests :** Il peut être demandé aux apprenants d'intégrer des lignes directrices à leurs plans d'apprentissage ou de prendre des notes sur une ligne directrice particulièrement pertinente à leur domaine de pratique. Il est également recommandé de préparer des tests ou des questions d'examen qui permettent aux apprenants de faire preuve de pensée critique par rapport aux lignes directrices. Dans l'ensemble, les travaux et les tests relatifs aux lignes directrices peuvent être conçus de manière à inciter les apprenants à réfléchir aux lignes directrices, à bien comprendre leurs modalités d'application et à faire preuve d'esprit critique à leur égard (123).
- **Préceptorat ou mentorat dans le cadre de stages cliniques :** Les précepteurs en contexte clinique jouent un rôle essentiel dans l'enseignement des compétences pratiques qui complètent l'apprentissage théorique des apprenants. Les précepteurs sont chargés d'assurer l'enseignement clinique, la supervision et l'évaluation officielle des apprenants (125). Ils peuvent aider les apprenants à intégrer le contenu des lignes directrices à leurs objectifs d'apprentissage et activités cliniques et ainsi favoriser l'acquisition de connaissances et de pratiques fondées sur des données probantes.

ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION 2 : LES ORGANISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ UTILISENT DES STRATÉGIES VISANT À INTÉGRER DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES À LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES AUTRES PRESTATAIRES DE SANTÉ.

Discussions sur la documentation

L'analyse thématique des énoncés de recommandations relatifs à la formation figurant dans un certain nombre de LDPE a révélé qu'un deuxième thème s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les organisations de services de santé utilisent des stratégies pour intégrer des lignes directrices fondées sur des données probantes dans l'éducation et la formation du personnel infirmier et des autres prestataires de santé.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013)
- *Transitions des soins* (2014)
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* (2015)
- *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014)
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014)
- *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition* (2016)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014)

Le personnel infirmier et les autres prestataires de santé doivent être constamment à l'affût de nouvelles connaissances, rechercher des possibilités de perfectionnement professionnel et parfaire leur formation tout au long de leur carrière. Le fait de participer à la formation permet d'assurer qu'elle est en conformité avec les pratiques fondées sur des données probantes, de renforcer les compétences et d'améliorer les résultats et la qualité des soins (126). L'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes de formation au sein des organisations de services de santé peut contribuer à améliorer les connaissances et les compétences fondées sur des données probantes du personnel infirmier et des autres prestataires de santé après l'obtention du permis d'exercice.

Les programmes de formation devraient s'appuyer sur les principes de l'éducation des adultes, et notamment que les adultes :

- sont conscients de leurs besoins et de leurs objectifs en matière de formation
- sont autonomes et capables d'autodétermination
- accordent de l'importance aux expériences passées et savent en tirer parti
- sont prêts à apprendre
- sont motivés à apprendre
- se voient présenter des connaissances et des compétences dans le contexte de situations concrètes et réelles (127)

De plus, la formation doit être pertinente par rapport au champ d'exercice du prestataire de santé et à son rôle. Les stratégies de formation peuvent comprendre les éléments suivants :

- **Séances de formation en cours d'emploi** : Elles peuvent être planifiées par des experts cliniciens dans le contexte de pratique pour appuyer l'application d'une LDPE particulière ou de recommandations incitant le personnel à adopter une pratique fondée sur des données probantes. La formation, qui peut consister en des séances individuelles ou en groupe, doit répondre aux besoins des apprenants. Il est recommandé que les séances de formation soient suivies de séances de recyclage ou de rappel permettant de fournir de la rétroaction au personnel et d'améliorer leur apprentissage (128,129).
- **Ateliers/séminaires** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de santé peuvent tirer parti d'ateliers et de séminaires hautement interactifs pour maintenir une pratique fondée sur les données les plus probantes, lorsqu'ils intègrent diverses stratégies de formation, comme des documents distribués à l'avance, des discussions en petits groupes sur des études de cas et des ressources multimédias, telles que des diaporamas PowerPoint et des vidéos présentant des LDPE et des recommandations pertinentes. L'atelier des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO et les ateliers de renforcement des capacités sur une LDPE sont des exemples de programmes de formation sur la mise en œuvre des LDPE dans différents milieux de pratique (107).
- **Amélioration de la qualité** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de santé qui participent aux efforts d'amélioration de la qualité des soins dans leur lieu de travail sont mieux à même de reconnaître les événements sentinelles et d'examiner les moyens d'améliorer les soins. S'engager à satisfaire aux normes d'agrément est un facteur important d'amélioration de la qualité, car il contribue à combler les écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques exemplaires et à maintenir continuellement le niveau des compétences. Voici quelques exemples de stratégies que le personnel infirmier et les autres prestataires de santé peuvent appliquer pour satisfaire aux normes d'agrément :
 - participer à un processus de mise en œuvre des lignes directrices dans une unité de soins afin de renforcer la sécurité des patients, de réduire les risques et d'améliorer les résultats des soins;
 - choisir des recommandations tirées d'une ligne directrice en particulier pour faciliter le processus de modification d'une pratique;
 - mettre en commun les connaissances et les enseignements tirés de l'examen des lignes directrices avec le comité d'agrément (130,131).

Parmi les autres moyens d'améliorer la qualité, citons la participation à la déclaration des incidents, les initiatives pour la sécurité des patients et d'autres initiatives de santé dans les différents domaines de pratique.

- **Mentorat après l'obtention d'un permis d'exercice** : Ce mentorat consiste à fournir aux nouveaux diplômés ou aux employés moins expérimentés des conseils pour développer leurs compétences et à les aider dans l'évolution au sein de leur rôle professionnel. Des études montrent que les nouvelles recrues qui travaillent avec des mentors sont moins stressées et plus satisfaites de leur travail durant le processus de transition (132). Les mentors peuvent contribuer à l'intégration du contenu des lignes directrices tout en enseignant des pratiques fondées sur des données probantes.

ÉVALUATION

Toutes les stratégies de formation doivent faire l'objet d'une évaluation visant à : (a) surveiller l'adoption des connaissances; et (b) mesurer leur incidence sur les résultats cliniques.

L'AIIO a conçu la LDPE intitulée *Practice Education in Nursing* (133), qui fournit des recommandations fondées sur des données probantes qui soutiennent l'application des connaissances à différents contextes de pratique par les étudiants en sciences infirmières. La LDPE aide également le personnel infirmier, les enseignants en soins infirmiers, les précepteurs et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle à appliquer avec efficacité les stratégies de formation dans différents contextes cliniques.

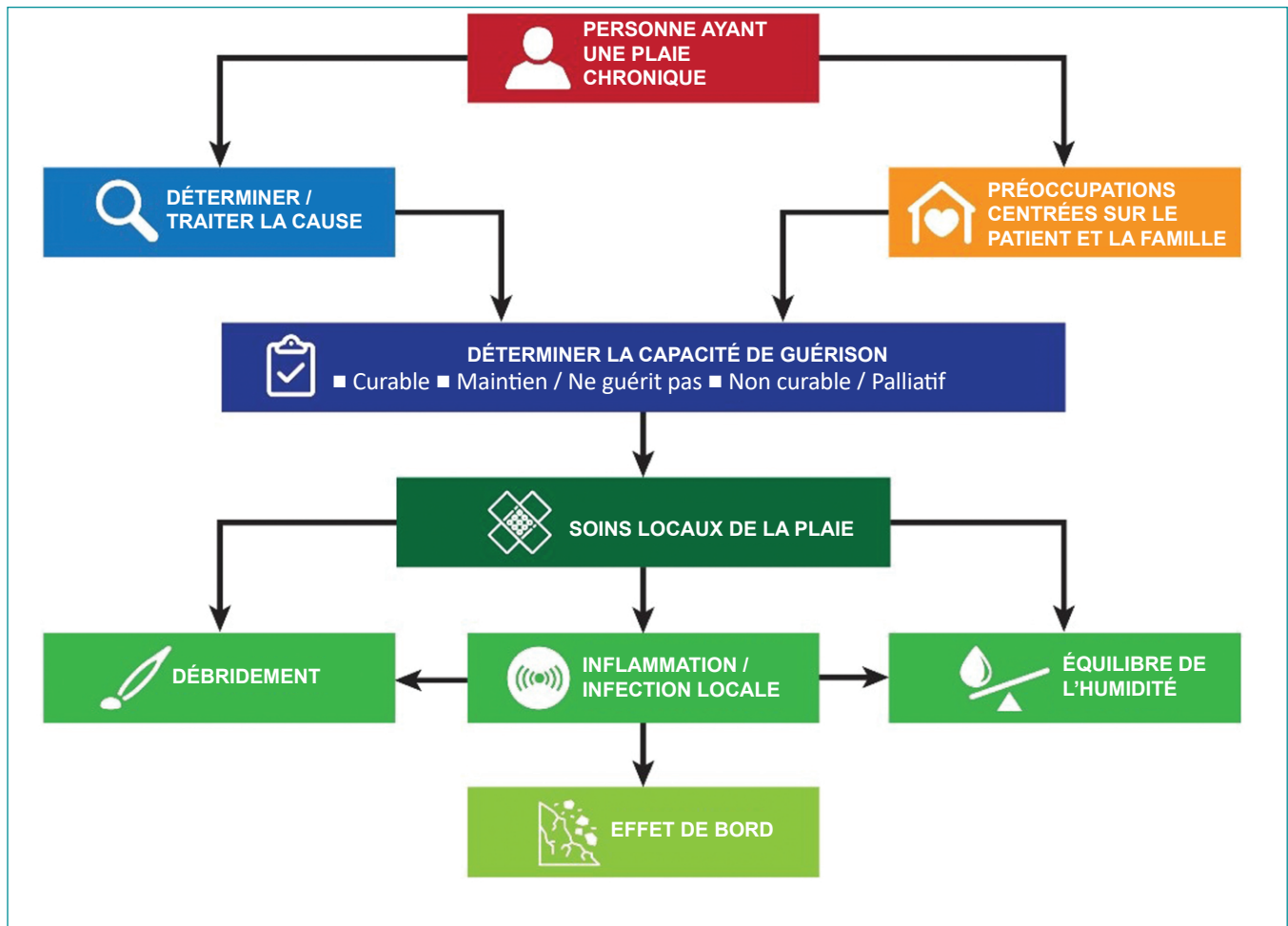
La Boîte à outils pour la conduite du changement (3) définit de nombreuses stratégies pour soutenir l'évaluation des résultats de santé au niveau de la personne, du prestataire de soins, de l'organisation et du système de santé. Voici quelques exemples de stratégies d'évaluation :

- les tests avant et après les séances de formation du personnel
- les groupes de discussion/les entrevues avec le personnel
- l'observation de rencontres patient-prestataire de soins
- la vérification des dossiers afin d'évaluer les effets sur les résultats chez la personne et sa famille
- les questionnaires et les entrevues sur la satisfaction soumis aux personnes et à leurs familles

Annexe E : Exemples de cadres de soins des plaies

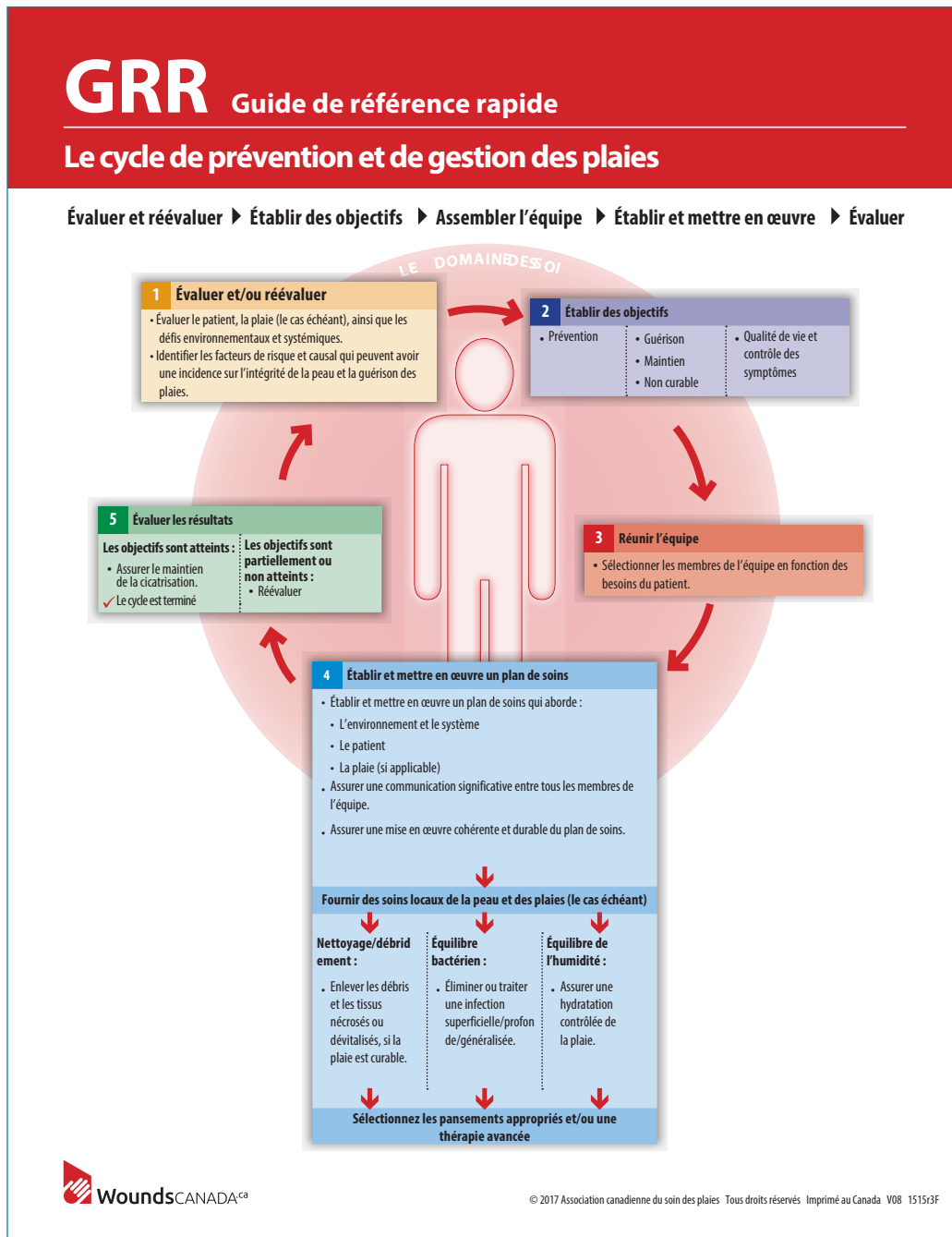
Les graphiques suivants illustrent deux exemples de cadres de soins des plaies : le paradigme de la préparation du lit de la plaie et le cycle de prévention et de gestion des plaies.

Figure 2 : Paradigme de préparation du lit de la plaie



Source : Reproduit avec l'autorisation de Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, et coll. Wound Bed Preparation 2021. Adv Skin Wound Care. 1^{er} avril 2021;34(4):183–95.

Figure 3 : Cycle de prévention et de gestion des plaies



Source : Reproduit avec l'autorisation d'Orsted HL, Keast DH, Forest-Lalande L et coll. Recommandations en matière de pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression. Dans : Fondements des pratiques exemplaires pour la gestion des soins de la peau et des plaies. Soins des plaies Canada; 2017. 74 p. Disponible à : <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1296-les-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-lesions-de-pression/file>

Annexe F : Exemple d'ensemble de soins préventifs

Voici un exemple d'ensemble de soins préventifs qui peut être utilisé pour éduquer les personnes et les aidants.

Figure 4 : Ensemble SSKIN

WoundsCANADA^{ca}
Pressure Injury Prevention[®]

Prévention des lésions de pression : ensemble SSKIN

Une lésion de pression, également connue sous le nom de plaie de pression ou de plaie de lit, est une lésion de la peau et des tissus sous-jacents causée par une pression non soulagée. La plupart des lésions de pression peuvent être évitées.




Vous pourriez être plus à risque de développer des lésions de pression si vous :

- êtes atteint de diabète
- éprouvez une perte de sensibilité ou de sensation
- subissez une intervention chirurgicale ou vous vous rétablissez d'une chirurgie
- êtes âgé de plus de 65 ans
- avez la peau foncée
- avez un dispositif médical, comme une attelle, en place
- avez de la difficulté à bouger, à changer de position ou à marcher
- avez de nombreux problèmes de santé

Suivez les conseils SSKIN pour rester en sécurité.

Skin Inspection
(Inspection de la peau)



Dites à quelqu'un si vous voyez ou ressentez tout changement de votre peau comme des changements de couleur, de texture/consistance, de température, de douleur ou de l'engourdissement.

Surface



L'utilisation d'un matelas, d'un oreiller ou d'un coussin spécial peut aider à protéger votre peau.

Keep Moving
(Continuer à bouger)



Changez régulièrement de position lorsque vous êtes allongé dans votre lit ou assis sur une chaise. Changez de position régulièrement si possible.

Incontinence et hydratation



Demandez de l'aide pour aller aux toilettes et essayez d'éloigner l'humidité de la peau.

Nutrition et hydratation



Buvez beaucoup d'eau si vous pouvez le faire sans danger et mangez bien.

Si vous avez subi une lésion de pression, veuillez en informer notre équipe. Discutez avec votre équipe de soins de la possibilité de participer à la prévention.




Adapté avec permission/ressource : Arrowsmith, M. et coll. 2021. A novel method of prevention pressure injuries: the pressure injury safety card. Wounds UK 17 (2), pp.54-56.

Source : Source : Reproduit avec la permission de : Plaies Canada. Pressure injury prevention: SSKIN bundle [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <https://www.woundscanada.ca/health-care-professional/education-health-care-professional/11-patient-caregiver/741-sskin-bundle>

Annexe G : Outils d'évaluation des risques

Voici des exemples d'outils d'évaluation des risques de lésions de pression, mais cette liste n'est pas exhaustive. Ces outils ont été déterminés par le groupe d'experts et les **réviseurs externes**^G ou dans le cadre du processus d'examen systématique. Les outils d'évaluation des plaies les plus courants, les plus valides et les plus fiables pour les adultes sont les suivants (sans ordre particulier) :

- l'échelle de Braden;
- l'échelle de Norton;
- l'échelle de risque d'ulcères de pression interRAI PURS;
- l'échelle de Waterlow.

Le **tableau 21** ci-dessous donne un aperçu de ces outils validés d'évaluation du risque de lésions de pression et comprend une comparaison des facteurs de risque inclus dans chaque outil, ainsi que des études et des sources de validation.

Tableau 21 : Aperçu des outils validés d'évaluation des risques de lésions de pression

FACTEURS DE RISQUE	ÉCHELLE DE BRADEN	ÉCHELLE DE NORTON	ÉCHELLE DE RISQUE D'ULCÈRES DE PRESSION (PURS)	ÉCHELLE DE WATERLOW
Composantes et comparaison des facteurs de risque inclus dans les outils				
Limitations d'activité et de mobilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mobilité ▪ activité ▪ cisaillement par frottement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mobilité ▪ activité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mobilité au lit ▪ déambulation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mobilité
État de la peau	non inclus	non inclus	antécédents de plaies de pression	type de peau (dans les zones visibles, mesure partielle de l'état de la peau)
Perfusion et oxygénation	non inclus	non inclus	dyspnée	risque spécial (mesure partielle de la perfusion)
Mauvais état nutritionnel	nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ consommation d'aliments ▪ consommation de liquides (échelle modifiée) 	perte de poids de 5 % ou plus au cours des 30 derniers jours ou de 10 % ou plus au cours des 180 derniers jours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ appétit ▪ corpulence (poids en fonction de la taille)
Augmentation de l'hydratation de la peau	hydratation	incontinence	continence intestinale	continence
Vieillesse	non inclus	non inclus	non inclus	sexe/âge
Perception sensorielle	perception sensorielle	non inclus	la fréquence à laquelle la personne se plaint ou montre des signes de douleur	déficit neurologique

FACTEURS DE RISQUE	ÉCHELLE DE BRADEN	ÉCHELLE DE NORTON	ÉCHELLE DE RISQUE D'ULCÈRES DE PRESSION (PURS)	ÉCHELLE DE WATERLOW
État de santé général	non inclus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ condition physique ▪ état mental 	non inclus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ chirurgie majeure ou traumatisme ▪ médicaments
Autres ressources				
Études de validation	<p>Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., et coll. (1998). Predicting pressure ulcer risk: A multisite 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>J Wound Ostomy Continence Nurs</i>, 34(4), 399–406.</p> <p>Garcia-Fernandez, E. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A meta-analysis. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs</i>, 41(1), 24–34.</p>	<p>Garcia-Fernandez, E. P., Pan-corbo-Hidalgo, P. L., & Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A meta-analysis. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs</i>, 41(1), 24–34</p>	<p>Carreau, L., Niezgoda, H., Trainor, A., et coll. (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., et coll. (2010). Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. <i>BMC Geriatr</i>, 10(67). doi:10.1186/1471-2318-10-67</p>	<p>Garcia-Fernandez, E. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & Agreda, J. J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgement for pressure ulcers: A metaanalysis. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs</i>, 41(1), 24–34.</p>
Site Web	https://www.in.gov/health/files/BradenScale.pdf	https://www.mdapp.co/norton-score-for-pressure-ulcer-risk-calculator-235/	https://tctoolkit.rnao.ca/sites/default/files/resources/pressure-ulcer/AssessmentTools/AppedixkPUBPG.pdf	https://www.cgakit.com/waterlow-score

Source : Tableau adapté de Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline 2019. Échelle de risque d'ulcères de pression interRAI PURS, tiré de Institut canadien d'information sur la santé. *Échelles de résultats de l'instrument Services à domicile (SD) interRAI* [aide-mémoire]. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2024.

Annexe H : Exemple de système de classification


Voici un exemple de système de classification validé utilisé pour classer les lésions de pression.

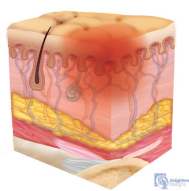

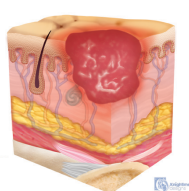

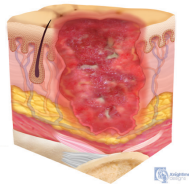

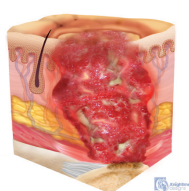

Figure 5 : Stades des lésions de pression du NPIAP [Internet].

ANNEXES

LÉSIONS DE PRESSION ET STADES

Une lésion de pression est une lésion localisée de la peau et des tissus mous sous-jacents, généralement au-dessus d'une proéminence osseuse ou liée à un dispositif médical ou autre. La lésion peut se présenter sous la forme d'une peau intacte ou d'une plaie ouverte et peut être douloureuse. La lésion survient à la suite d'une pression intense, d'une pression prolongée ou d'une pression combinée au 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.



DÉFINITION	SCHÉMA	EXEMPLE
<p>LÉSION DE PRESSION DE STADE 1 Érythème non blanchissable de la peau intacte Peau intacte avec une zone localisée d'érythème non blanchissable, qui peut apparaître différemment sur la peau à la pigmentation foncée. La présence d'érythème blanchissable ou des changements de sensibilité, de température ou de fermeté peuvent précéder les changements visuels. Les changements de couleur ne comprennent pas la décoloration violette ou marron; ceux-ci peuvent indiquer une lésion des tissus profonds.</p>		
<p>LÉSION DE PRESSION DE STADE 2 Perte partielle d'épaisseur de la peau avec derme exposé Perte partielle d'épaisseur de la peau avec derme exposé. Le lit de la plaie est viable, rose ou rouge, humide et peut également se présenter sous la forme d'une ampoule remplie de sérum intacte ou rompue. Les tissus adipeux (graisse) ne sont pas visibles et les tissus plus profonds ne sont pas visibles. Il n'y a pas de tissu de granulation, de desquamation ni d'escarre. Ces lésions résultent généralement d'un microclimat défavorable et de cisaillement de la peau au-dessus du bassin et de cisaillement du talon. Ce stade ne devrait pas être utilisé pour décrire les dommages cutanés liés à l'humidité, y compris la dermatite associée à l'incontinence (DAI), la dermatite intertrigineuse (DIT), les lésions cutanées liées aux adhésifs médicaux (MARS) ou les plaies traumatiques (déchirures cutanées, brûlures, abrasions).</p>		
<p>LÉSION DE PRESSION DE STADE 3 Perte de peau sur toute l'épaisseur Perte de peau sur toute l'épaisseur, dans laquelle le tissu adipeux (graisse) est visible dans la plaie et un tissu de granulation et une épibole (bords roulés de la plaie) sont souvent présents. Une desquamation ou des escarres peuvent être visibles. La profondeur des lésions tissulaires varie selon l'emplacement anatomique; les zones d'adiposité importante peuvent développer des plaies profondes. Le décollement et la tunnellation peuvent se produire. Les fascias, les muscles, les tendons, les ligaments, le cartilage ou les os ne sont pas exposés. Si la desquamation ou l'escarre masque l'étendue de la perte de tissu, il s'agit d'une lésion de pression de stade indéterminé.</p>		
<p>LÉSION DE PRESSION DE STADE 4 Perte de la peau et des tissus sur toute l'épaisseur Perte de peau et de tissus sur toute l'épaisseur avec fascia, muscle, tendon, ligament, cartilage ou os exposés ou directement palpables dans la plaie. Une desquamation ou des escarres peuvent être visibles. L'épibole (bords roulés de la plaie), des décollements ou une tunnellation se produisent souvent. La profondeur varie selon l'emplacement anatomique. Si la desquamation ou l'escarre masque l'étendue de la perte de tissu, il s'agit d'une lésion de pression de stade indéterminé.</p>		

© National Pressure Injury Advisory Panel septembre 2016 www.npiap.com

© National Pressure Injury Advisory Panel, septembre 2016

Source : Reproduit avec l'autorisation du National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Pressure injury and stages [Internet]. Schaumburg (IL) : NPIAP. 2016. Disponible à : <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/NPIAP-Staging-Poster.pdf>

Annexe J : Exemple d'outil de dépistage de la malnutrition

Vous trouverez ci-dessous un exemple d'outil de dépistage nutritionnel qui peut être utilisé pour identifier les personnes qui pourraient être à risque de malnutrition.

Figure 7 : Outil canadien de dépistage nutritionnel

OUTIL CANADIEN DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL (OCDN)

Nom :	Âge :	Poids :	Chambre :

Dépister les patients présentant un risque de malnutrition

	Date :		Date :	
	Admission		Nouveau dépistage	
Poser les questions suivantes au patient*	Oui	Non	Oui	Non
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids SANS AVOIR ESSAYÉ de perdre ce poids? <small>Si le patient dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est « non ».</small>				
Mangez-vous moins que d'habitude DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE?				
Deux réponses affirmatives (OUI) indiquent un risque de malnutrition†				

* Si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions, il est possible d'interroger une tierce personne pouvant fournir l'information. Si le patient ne sait pas trop s'il a perdu du poids ou non, lui demander si ses vêtements sont moins serrés qu'avant.

Les patients présentant un risque nutritionnel nécessitent une évaluation afin de confirmer la présence de malnutrition


Le dépistage nutritionnel à l'aide d'un outil validé peut entraîner un nombre important de demandes d'évaluation nutritionnelle. L'Évaluation globale subjective (ÉGS) est un outil d'évaluation de l'état nutritionnel de première ligne simple et efficace, qui peut être utilisé après un résultat de dépistage positif et peut aider à déterminer les cas prioritaires.

Si le patient est malnutri (catégorie B ou C selon l'ÉGS), une diététiste effectue une évaluation nutritionnelle approfondie et instaure un traitement.


L'Outil canadien de dépistage nutritionnel a été validé et sa fidélité d'utilisation testée dans les hôpitaux canadiens. Des professionnels de la santé n'ayant pas d'expertise en dépistage de la malnutrition ont utilisé l'outil. Les résultats ont été comparés à ceux obtenus à l'ÉGS effectuée par une diététiste ou un chercheur en nutrition.

† Si le patient ne présente pas de risque de malnutrition, procéder de nouveau au dépistage une semaine plus tard. Ne tenir compte alors que d'un changement de poids au cours de cette dernière semaine.

Les études de validité et de fidélité de l'Outil canadien de dépistage nutritionnel ont été financées au moyen d'une subvention à l'éducation sans restriction d'Abbott Nutrition Canada.



Canadian Nutrition Society
Société canadienne de nutrition



Canadian Malnutrition Task Force

le Groupe de travail canadien sur la malnutrition

IMPORTANCE DU DÉPISTAGE NUTRITIONNEL

Stratégies pour favoriser un apport alimentaire suffisant

- Aider le patient à se placer dans une position adéquate pour manger
- Aider le patient à ouvrir les emballages et les contenants
- Éviter de planifier des tests ou des examens pendant l'heure des repas
- Envisager de donner des suppléments et des collations entre les repas pour accroître l'apport alimentaire
- Chercher à savoir pourquoi le patient ne mange pas et trouver des solutions pour remédier au problème
- Déterminer si le patient a des douleurs, est déprimé ou anxieux ou a besoin de médicaments ou d'un soutien social

Signaler les patients qui mangent moins de 50% des repas qui leur sont servis à l'hôpital



Peser les patients au moyen d'un fauteuil pèse-personne numérique pouvant être amené au chevet du patient. Le poids doit être mesuré au moment de l'admission et au moins chaque semaine. Communiquer le poids et l'état nutritionnel à la sortie de l'hôpital au patient, à sa famille et aux prestataires de soins de santé.

ENS/890F08 – mars 2014



Canadian Nutrition Society
Société canadienne de nutrition



Canadian
Malnutrition
Task Force | le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Source : Reproduit de : Société canadienne de nutrition. Outil canadien de dépistage nutritionnel [Internet]. Ottawa (Ontario) : Société canadienne de nutrition (2014). Disponible à : <https://nutritioncareinacanada.ca/sites/default/uploads/files/OCDN-.pdf>

Annexe K : Prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies

Voici un résumé de deux pages des lignes directrices de l'European Wound Management Association (EWMA) sur la prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies.

Figure 8 : Résumé des lignes directrices de l'EWMA sur la prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies

Prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies




www.ewma.org

L'expérience de la douleur liée aux plaies est complexe et doit tenir compte des facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent avoir une incidence sur la qualité de vie d'une personne afin d'assurer une approche holistique.

La douleur est un phénomène multidimensionnel prédisposé par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent la façon dont la douleur est ressentie et comment elle doit être prise en charge (Love-Jones 2019, Faculty of Pain Medicine 2021). De plus, les personnes apprennent le concept de douleur par l'entremise d'expériences de vie (Linton et Shaw 2011, Craig et MacKenzie 2021). La douleur, en particulier la douleur chronique ou persistante, peut également avoir des effets néfastes sur le fonctionnement et sur le bien-être social et psychologique (qualité de vie globale). Il est donc essentiel de comprendre la douleur et sa prise en charge pour assurer une prise en charge efficace de la douleur.



L'évaluation de la douleur liée à la plaie est complexe et multidimensionnelle. Les prestataires de soins de santé doivent déterminer quel est l'outil d'évaluation le plus approprié pour leurs patients et, ce faisant, tenir compte de la capacité d'une personne à évaluer sa propre douleur. Les mesures unidimensionnelles de l'intensité de la douleur ne sont pas appropriées en tant qu'outils autonomes pour l'évaluation de la douleur. L'information provenant de ces échelles doit être prise en compte conjointement avec une évaluation fonctionnelle et sociopsychologique. L'évaluation de la douleur chronique nécessite l'utilisation d'outils multidimensionnels qui intègrent des mesures de la qualité de vie.



La prise en charge de la douleur liée à la plaie doit tenir compte de l'incidence :

- de la douleur anticipée
- de la douleur interventionnelle (c.-à-d. liée aux interventions et aux soins infirmiers – procédures de débridement)

Les interventions (en complément des approches pharmacologiques) peuvent inclure les suivantes :

- Activité physique / exercice – actif et activité physique – passive et repositionnement
- Gérer l'humidité pour prévenir la macération et réduire le risque de douleur causée par l'irritation cutanée périlésionnelle (dermatite)
- Une combinaison d'interventions non pharmacologiques pourrait être nécessaire
- L'aromathérapie et la musicothérapie peuvent également être utiles pour distraire la douleur anticipée et la douleur interventionnelle
- Pansements imprégnés topiques et anesthésiques topiques pour soulager la douleur
- Les pansements imprégnés de miel semblent avoir une action analgésique liée à leurs propriétés anti-inflammatoires
- Pour les personnes atteintes de plaies aux jambes, des modèles sociaux de soins et des programmes d'amélioration de la motivation peuvent être utiles.



Les approches d'éducation des patients pour la douleur liée à la plaie devraient inclure de l'information sur :

- l'étiologie de la plaie et les causes de la douleur (selon le cadre OPQRST),
- des méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques pour soulager la douleur
- les façons d'évaluer l'efficacité des interventions pour prendre en charge la douleur liée aux plaies
- l'incidence de la douleur sur la qualité de vie
- L'éducation des patients peut inclure la raison d'être et les objectifs du traitement (en particulier l'établissement des attentes)



Les approches psychologiques doivent tenir compte des facteurs associés à la douleur, c'est-à-dire l'attention, les cognitions, les émotions, la régulation des émotions et le comportement manifeste. Les interventions peuvent inclure :

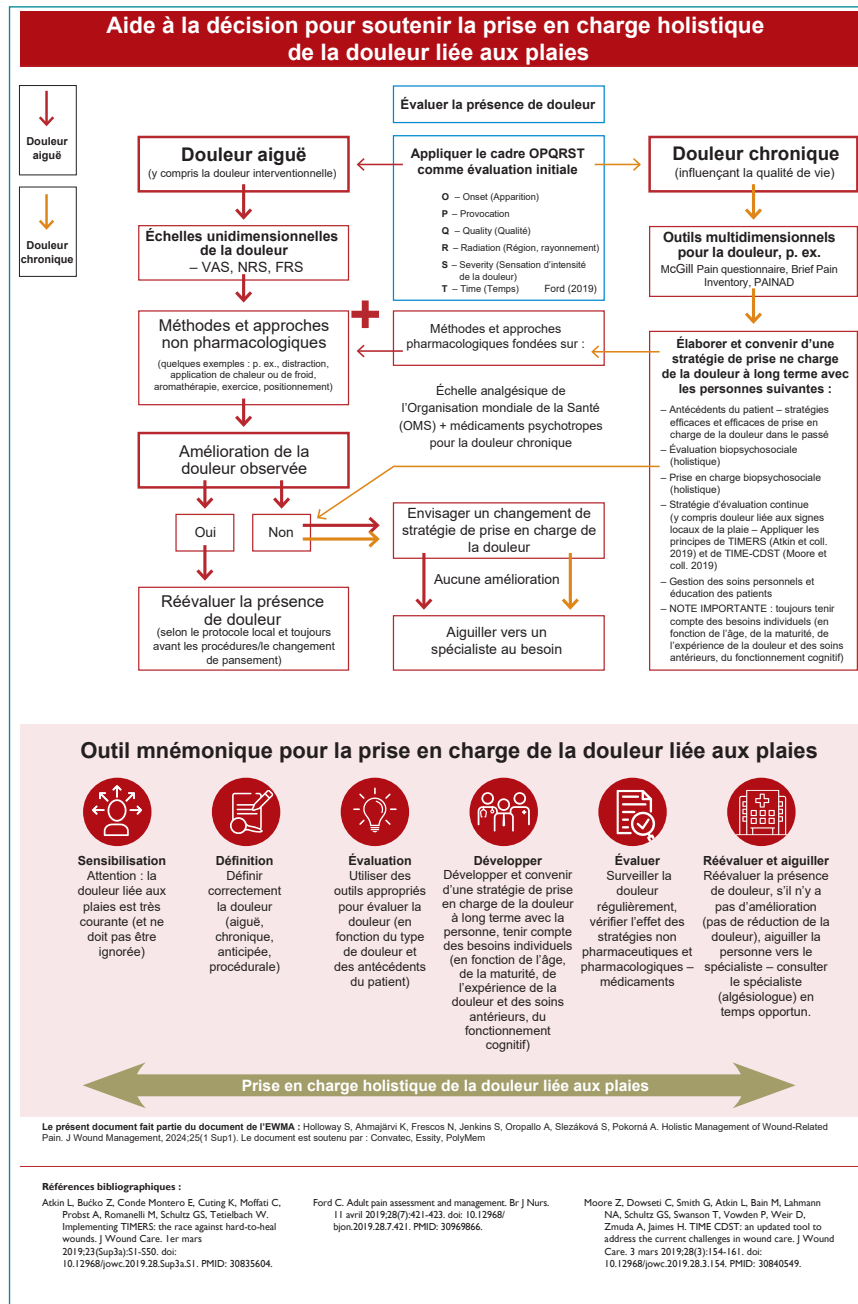
Distraction • Exposition interceptive • Restructuration cognitive • Thérapies cognitivo-comportementales Activation • Détente • Techniques de psychologie positive • Stratégies d'adaptation

Références bibliographiques :

Craig KD, MacKenzie NE. 2021. What is pain: Are cognitive and social features core components. Paediatr Douleur néonatale. 3(3), pp. 106-118.

Faculty of Pain Medicine 2021. Core Standards for Pain Management Services in the UK. 2nd Edn. Londres. https://fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2021-07/FPM-Core-Standards-2021_1.pdf [consulté le 22 septembre 2022].

Love-Jones SJ. 2019. Pain as a subjective, multidimensional experience. Chapitre dans – Pain: A review guide. Springer. Pp. 141-144. Linton SJ, Shaw WS. 2011. Impact of psychological factors in the experience of pain. Phys Ther & Rehab J. 91(5), pp. 709-711.



Source : Reproduit avec la permission de : The European Wound Management Association. Prise en charge holistique de la douleur liée aux plaies. J Wound Management [Internet]. 2024; 24 (1 Sup 1). Disponible à l'adresse : https://ewma.org/wp-content/uploads/2024/04/A4_Holistic-one-page_030424.pdf

Annexe L : Technologies de la santé émergentes pour l'évaluation et la détection

Le **tableau 22** présente des technologies de santé supplémentaires ou émergentes qui peuvent être disponibles pour l'évaluation et la détection précoce des lésions de pression. Cette liste n'est pas exhaustive.

Tableau 22 : Technologies de la santé émergentes pour l'évaluation et la détection

TECHNOLOGIE	DESCRIPTION	RÉFÉRENCES ET RESSOURCES CLÉS
Surveillance des mouvements (y compris les appareils portables)	Dispositifs qui peuvent être portables ou intégrés à des surfaces d'appui pour surveiller les mouvements d'une personne afin de déterminer le risque de développement de lésions de pression. Peut également être utilisé comme intervention préventive en encourageant le mouvement.	Moore Z, Avsar P, O'Connor T, et coll. A systematic review of movement monitoring devices to aid the prediction of pressure ulcers in at-risk adults. <i>International Wound Journal</i> . Février 2023;20(2):579–608. Crotty A, Killian JM, Miller A, et coll. Using wearable technology to prevent pressure injuries: An integrative review. <i>Worldviews Evid Based Nurs [Internet]</i> . 2023; 20(4): 351-360.
Laser Doppler	Le laser Doppler peut être utilisé pour évaluer le flux sanguin. Les images obtenues sont analysées pour la perfusion.	Scafide KN, Narayan MC, Arundel L. Bedside Technologies to Enhance the Early Detection of Pressure Injuries: A Systematic Review. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs</i> . 2020 Mar;47(2):128–36.
Spectrométrie de réflectance	Une lumière blanche est appliquée à la surface de la peau et la réflectance est mesurée et convertie en un indice d'érythème basé sur un algorithme. Cela fournit une mesure de proximité de la perfusion basée sur l'érythème.	Scafide KN, Narayan MC, Arundel L. Bedside Technologies to Enhance the Early Detection of Pressure Injuries: A Systematic Review. <i>J Wound Ostomy Continence Nurs</i> . Mars 2020;47(2):128–36.

TECHNOLOGIE	DESCRIPTION	RÉFÉRENCES ET RESSOURCES CLÉS
Intelligence artificielle et apprentissage automatique	<p>Il existe de nombreuses technologies émergentes qui utilisent l'apprentissage automatique pour les lésions de pression. La majorité des technologies sont axées sur les modèles prédictifs pour cerner les facteurs de risque, la détection et la reconnaissance de la posture et l'analyse d'images pour la classification et l'évaluation des plaies.</p>	<p>Jiang M, Ma Y, Guo S, et coll. Using machine learning technologies in pressure injury management: Systematic review. <i>JMIR med inform</i> [Internet]. 2021; 9(3):e25704. Disponible à l'adresse : http://medinform.jmir.org/2021/3/e25704/</p> <p>Lau CH, Yu KH, Yip TF, et coll. An artificial intelligence-enabled smartphone app for real-time pressure injury assessment. <i>Front Med Technol</i> [Internet]. 23 septembre 2022;4:905074. Disponible à l'adresse : https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmedt.2022.905074/full</p>

Annexe M : Outils d'évaluation des lésions de pression

La liste suivante d'outils d'évaluation des lésions de pression n'est pas exhaustive. Les outils ont été suggérés à titre d'exemples et ont été découverts par l'examen systématique ou par le groupe d'experts. Les outils d'évaluation des plaies les plus courants, les plus valides et les plus fiables pour les adultes sont les suivants (sans ordre particulier) :

- Outil Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) 3.0;
- Photographic Wound Assessment Tool (PWAT – outil d'évaluation photographique des plaies);
- Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT – outil d'évaluation des plaies de Bates-Jensen).

Pour obtenir une analyse détaillée et systématique de tous les outils d'évaluation disponibles, voir l'examen systématique de Smet et coll., 2021 (134).

Tableau 23 : Outils d'évaluation des lésions de pression

OUTIL	RÉFÉRENCE	DESCRIPTION
Outil Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), version 3.0	Stotts NA, Rodeheaver GT, Thomas DR, et coll. An instrument to measure healing in pressure ulcers: Development and validation of the pressure ulcer scale for healing (PUSH). <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> 2001;56(12):M795-M9.	L'outil Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) a été élaboré par le National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) comme un outil rapide et fiable permettant de surveiller l'évolution de l'état des lésions de pression au fil du temps. La validité du construct et la réactivité ont obtenu une cote élevée (134).
Photographic Wound Assessment Tool (PWAT)	Houghton PE, Kincaid CB, Campbell KE, et coll. Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. <i>Ostomy Wound Management</i> . 2000;46(4):2030	Le PWAT utilise des photographies de plaies pour évaluer l'état de la plaie. Peut être utilisé lorsque l'évaluation au chevet du patient n'est pas possible. Fiabilité élevée (134).
Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)	Bates-Jensen BM, McCreath HE, Harputlu D, Patlan A. Reliability of the Bates-Jensen wound assessment tool for pressure injury assessment: The pressure ulcer detection study. <i>Wound Repair and Regeneration</i> . 2019;27(4):386-95.	L'outil BWAT est largement utilisé dans le domaine des soins des plaies au Canada. Il est utilisé pour décrire complètement pleinement une lésion de pression ou un autre type de plaie.

Annexe N : Outils d'évaluation des infections des plaies

NERDS et STONEES sont des méthodes permettant d'évaluer systématiquement la colonisation critique superficielle (infection localisée) et l'infection profonde et environnante (infection systémique), respectivement, chez les personnes ayant des lésions de pression. Les méthodes décrites ci-dessous sont des suggestions qui ont été formulées dans le cadre de l'examen systématique et des commentaires du groupe d'experts ou des réviseurs externes. Les deux types d'infections doivent être traités afin d'éviter les retards dans la cicatrisation.

Tableau 24 : Aperçu des outils d'évaluation des infections NERDS[®] et STONEES[®]

OUTIL D'ÉVALUATION DES INFECTIONS	
NERDS[®]	
N – plaie Non cicatrisante	Il s'agit de plaies qui n'ont pas guéri, malgré la mise en œuvre d'interventions appropriées pour le soin des plaies (p. ex., la cause de la plaie a été traitée et les préoccupations de la personne ou de l'aidant ont été abordées).
E – exsudat	L'exsudat accru d'une lésion de pression indique un déséquilibre bactérien (en l'absence d'un processus de débridement autolytique), qui peut à son tour causer une macération périlésionnelle.
R – rouge et sanglant	Une surface de plaie rouge et sanglante ainsi que la présence de tissu de granulation sont révélatrices d'un déséquilibre bactérien.
D – débris	Le tissu nécrotique jaune ou noir et les débris à la surface de la plaie stimulent l'infection en agissant comme source de nourriture pour les bactéries.
S – odeur (<i>smell</i> en anglais)	L'odeur désagréable d'une lésion de pression résulte généralement d'un déséquilibre bactérien, d'une inflammation des tissus et de la libération de sous-produits bactériens de la nécrose tissulaire. Différentes bactéries produisent des odeurs différentes – par exemple, le <i>pseudomonas</i> dégage une odeur sucrée, tandis que les anaérobies produisent une odeur putride.
Interprétation	Une personne doit satisfaire au moins trois des critères ci-dessus pour pouvoir bénéficier d'un traitement contre l'infection superficielle d'une plaie.

OUTIL D'ÉVALUATION DES INFECTIONS

STONEES®

S – taille (<i>size</i> en anglais)	Une augmentation de la taille de la plaie peut être due à (1) des lésions plus profondes, touchant les tissus environnants, causées par des bactéries, (2) à l'absence de traitement de la cause de la plaie ou (3) à une cause locale ou systémique qui entrave la cicatrisation.
T – température	Une infection devrait être fortement soupçonnée en cas de différence de température supérieure à 3 degrés entre les deux sites symétriques (par exemple, le talon gauche et le talon droit).
O – os (sonder jusqu'à l'os ou os exposé)	L'ostéomyélite devrait être fortement soupçonnée si un professionnel de la santé peut sonder jusqu'à l'os ou si l'os est exposé.
N – zones de rupture nouvelles ou satellites	La dégradation des satellites fait référence aux zones de dégradation de la peau qui sont séparées de la lésion de pression principale. Cela peut se produire 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.
E – exsudat	L'augmentation de l'exsudat indique une augmentation de la charge bactérienne et des dommages.
E – érythème ou œdème (cellulite)	L'érythème ou l'œdème indique une charge bactérienne accrue et des lésions bactériennes. La charge et les lésions bactériennes provoquent à leur tour une inflammation, une vasodilatation (c'est-à-dire un érythème) et une fuite de liquide dans les tissus (c'est-à-dire un œdème).
S – odeur (<i>smell</i> en anglais)	Les bactéries qui envahissent les tissus provoquent une odeur « nauséabonde ».
Interprétation	Une personne doit satisfaire au moins trois des critères ci-dessus pour pouvoir bénéficier d'une intervention contre une infection profonde et étendue.
Études de validation	Woo KY, Sibbald RG. A cross-sectional validation study of using NERDS and STONEES to assess bacterial burden. <i>Ostomy Wound Manage.</i> 1 ^{er} août 2009;55(8):40–8.

Annexe O : Surfaces d'appui : Termes et définitions

La liste suivante comprend des termes normalisés à utiliser pour faire référence aux surfaces d'appui. Le NIPAP a élaboré ces termes et définitions pour permettre l'utilisation d'un langage standard et clair pour décrire les surfaces d'appui. Les termes clés sont énumérés ci-dessous et la publication complète peut être consultée ici : https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/s3i/Finalized_T&D_2024.pdf.

Tableau 25 : Termes relatifs aux surfaces d'appui et définitions

TERME	DÉFINITION
Faible perte d'air	« Une caractéristique d'une surface d'appui qui utilise un flux d'air pour aider à gérer la chaleur et l'humidité (microclimat) de la peau ».
Gel	« Système semi-solide constitué d'un réseau d'agrégats solides, de dispersions colloïdales ou de polymères qui peuvent présenter des propriétés élastiques. Les gels peuvent varier de durs à mous ».
Matelas d'hôpital de base/standard *Le terme « matelas d'hôpital standard » ne doit pas être utilisé sans une description complète. Les matelas couramment utilisés ont changé au fil du temps et il n'existe pas de « norme ».	« Terme utilisé pour décrire le matelas fourni dans un établissement et généralement utilisé comme intervention comparative dans les essais de recherche portant sur l'efficacité des surfaces d'appui de redistribution de la pression. Ainsi, les qualités d'un matelas d'hôpital standard varient selon le contexte historique et clinique et sont rarement présentées en détail dans les essais cliniques. Dans la plupart des cas, on suppose qu'un matelas d'hôpital standard est un matelas en mousse non motorisé ou à ressorts ».
Motorisé	« Toute surface d'appui utilisant des sources d'énergie externes pour fonctionner ou en ayant besoin ». (Énergie = courant électrique c.c. ou c.a.)
Non motorisé	« Toute surface d'appui qui n'utilise pas de sources d'énergie externes pour fonctionner ou qui n'en a pas besoin ». (Énergie = courant électrique c.c. ou c.a.)
Pression alternée	« Caractéristique d'une surface d'appui qui assure une redistribution de la pression par des changements cycliques de chargement et de décharge caractérisés par des paramètres de fréquence, de durée, d'amplitude et de taux de changement ».

TERME	DÉFINITION
Revêtement	« Une surface d'appui supplémentaire conçue pour être placée directement sur une surface existante ».
Surface d'appui	« Un dispositif spécialisé pour la redistribution de la pression conçu pour la gestion des charges tissulaires, du microclimat ou d'autres fonctions thérapeutiques. Les surfaces d'appui comprennent, sans s'y limiter, les matelas, les systèmes de lit intégrés, les remplacements ou les revêtements de matelas, ou les coussins de siège et les revêtements de coussins de siège ».
Surface d'appui réactive * Peut aussi être appelé à basse pression constante/continue	« Une surface d'appui motorisée ou non motorisée qui modifie ses propriétés de répartition de la charge uniquement en réponse à la charge appliquée ».
Surface d'appui active	« Une surface d'appui motorisée, qui peut modifier ses propriétés de répartition de la charge, avec ou sans charge appliquée ».



Source : National Pressure Injury Advisory Panel (NIPAP). Support surfaces standards initiative (S31): Terms and definitions related to support surfaces [Internet]. NIPAP; 2019. Disponible à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/s3i/Finalized_T&D_2024.pdf

Annexe P : Comparaison de différents types de plaies chroniques

Le **tableau 26** compare différents types de plaies chroniques pour aider les prestataires de santé à différencier les plaies qu'ils peuvent voir dans la pratique clinique.

Tableau 26 : Comparaison de différents types de plaies chroniques

TYPE DE PLAIE	APPARENCE	EXEMPLE D'IMAGE
<p>Lésion de pression</p>	<p>Située sur des proéminences osseuses, superficielle à profonde</p>	
<p>Ulcère artériel</p>	<p>Profond; escarre; bords concaves bien délimités; structures profondes pouvant être exposées</p>	

TYPE DE PLAIE	APPARENCE	EXEMPLE D'IMAGE
<p>Plaie du pied causées par le diabète</p>	<p>Située sur la face plantaire du pied, formation de callosités étendues, superficielle à profonde</p>	
<p>Ulcère veineux</p>	<p>Peu profond, pas d'escarre; situé au-dessus de la face médiale du membre inférieur (région de la guêtre)</p>	

Source : Adapté avec la permission de : Bowers S, Franco E. Chronic Wounds: Evaluation and Management. 2020;101(3). Disponible à : <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0201/p159.pdf>

Annexe Q : Distinction entre la dermatite associée à l'incontinence et les lésions de pression

Le **tableau 27** ci-dessous présente les caractéristiques distinctives de la dermatite associée à l'incontinence et des lésions de pression. Il peut aider les prestataires de santé à faire la différence entre les deux types de plaies.

Tableau 27 : Aperçu de la dermatite associée à l'incontinence et des lésions de pression

PARAMÈTRE	DERMATITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE	LÉSIONS DE PRESSION
Antécédents	Incontinence urinaire ou fécale	Exposition à la pression ou au cisaillement
Symptômes	Douleur, brûlure, démangeaisons, picotements	Douleur
Emplacement	Affecte le périnée, la région périgénitale; les fesses; le pli fessier; les faces médiales et postérieures du haut des cuisses; et le bas du dos. La dermatite peut s'étendre sur une proéminence osseuse	Habituellement au-dessus d'une proéminence osseuse ou associée à l'emplacement d'un dispositif médical
Forme/bords	La zone affectée est diffuse avec des bords mal définis ou peut être tachetée	Bords ou marges distincts
Présentation/ profondeur	Peau intacte avec érythème (blanchissable ou non), avec ou sans perte superficielle d'épaisseur partielle de la peau	La présentation varie d'une peau intacte avec érythème non blanchissable à une perte de peau sur toute l'épaisseur La base de la plaie peut contenir des tissus non viables
Autre	Une infection cutanée superficielle secondaire (p. ex. candidose) peut être présente	Une infection secondaire des tissus mous peut être présente

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Beekman D et coll. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Disponible à www.woundsinternational.com

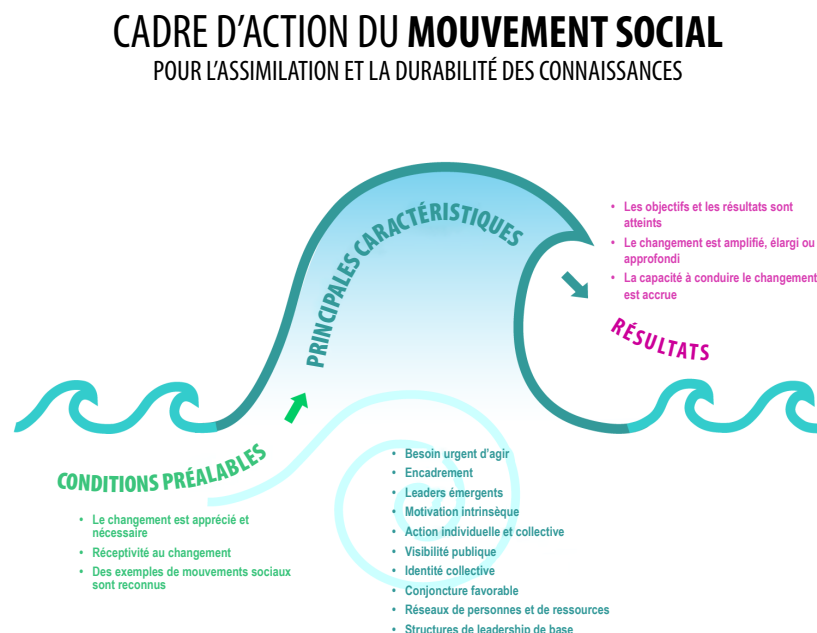
Annexe R : Description de la Boîte à outils pour la conduite du changement

La mise en place et le maintien réussis des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LPDE) reposent sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. L'engagement et la participation actifs des leaders officiels et officiels (p. ex., les agents de changement et les pairs champions) sont également essentiels. Pour encourager la mise en œuvre réussie et la durabilité, un groupe international d'experts composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs, de défenseurs des droits des patients et des personnes, d'activistes de mouvements sociaux et d'administrateurs a élaboré la Boîte à outils pour la conduite du changement (3). La boîte à outils est basée sur les données probantes disponibles, les perspectives théoriques et le consensus. Nous recommandons la Boîte à outils pour la conduite du changement pour guider la mise en œuvre de toute LDPE dans les organisations de soins de santé ou de services sociaux, y compris les centres universitaires.

La Boîte à outils de la conduite du changement comprend deux cadres, le cadre d'action du mouvement social (AMS) (103,104) et le cadre d'application des connaissances (AC) (2), qui s'adressent aux agents du changement et aux équipes de changement qui dirigent la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interdépendantes. À ce titre, l'un ou l'autre cadre (AMS ou AC) peut être utilisé pour orienter les initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation des deux cadres sert à améliorer et à accélérer le changement (104).

Le cadre d'AMS comprend des éléments des **mouvements sociaux pour l'assimilation et la durabilité des connaissances**⁶ qui ont démontré des retombées puissantes et des effets à long terme. Basé sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend 16 éléments classés comme conditions préalables (c.-à-d. ce qui doit être en place avant l'apparition du mouvement social), les caractéristiques clés (c.-à-d. ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et les résultats (c.-à-d. ce qui découlera probablement du mouvement social) (104,135). Les trois catégories et éléments du cadre d'AMS sont présentés à la **figure 9**.

Figure 9 : Cadre d'action du mouvement social



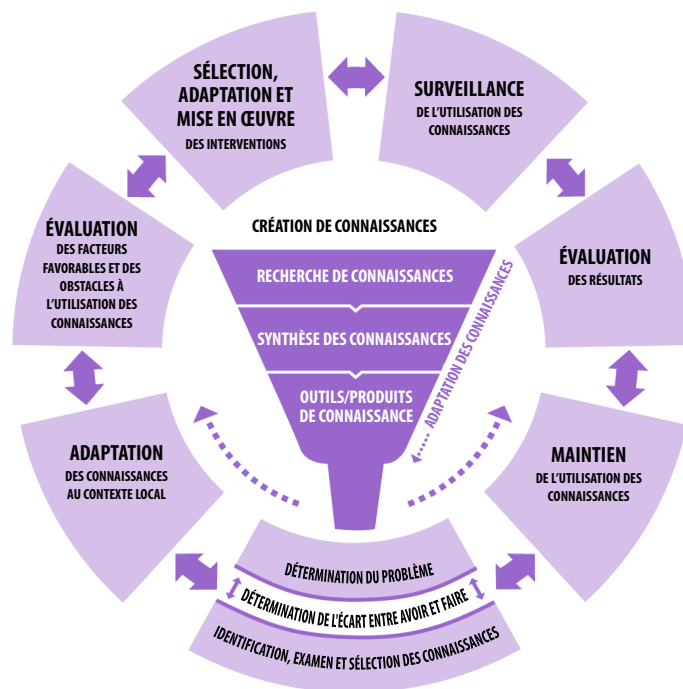
Source : Reproduit avec la permission de : Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. Int J Nurs Sci. 2022 Oct;9(4):411-21.

Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Leading change through social movement. Registered Nurse Journal. 2020.

Le cadre d'AC est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : la création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les concepteurs de lignes directrices utilisent pour repérer les résultats de données probantes critiques afin de créer un produit de connaissance, comme une LDPE de l'AIIAO. Le cycle d'action comprend sept phases au cours desquelles les connaissances créées sont mises en œuvre, évaluées et maintenues (2). Bon nombre des phases du cycle d'action peuvent se produire ou doivent être considérées simultanément. Le cadre d'AC est illustré à la **figure 10** (3).

Figure 10 : Cadre d'application des connaissances

CADRE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES



Source : Adapté avec la permission de : Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [En ligne]. 2006;26(1):13-24. Disponible à l'adresse : https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map_.3.aspx

La mise en œuvre et le maintien des LDPE afin d'apporter des changements de pratique réussis et des résultats positifs pour la santé des patients, des personnes et de leurs familles, des fournisseurs et des organisations représentent une entreprise complexe. La Boîte à outils pour la conduite du changement est une ressource de mise en œuvre fondamentale permettant de diriger ce processus.

Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIO

Équipe d'élaboration de la ligne directrice

Amy Burt, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.

Co-responsable des méthodologistes chargés de l'élaboration des lignes directrices

Gestionnaire principale, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Brenda Stade, IP, Ph. D.

Co-responsable des méthodologistes chargés de l'élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Glynis Gittens, B.A. (avec spécialisation)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et des lignes

directrices sur les pratiques exemplaires

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

Nafsin Nizum, inf. aut., M.Sc.inf.

Directrice associée, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Équipe de suivi et d'évaluation

Christina Medeiros

inf.aut., B.Éd.Phys., B.Éd. Santé, B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D.

Gestionnaire principale, Évaluation et suivi

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Shanoja Naik

B.Éd., M.Sc. (mathématiques), M.Stat., M.Phil., Ph. D.
Scientifique principale

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Verity Scott, B.Sc.

Coordonnatrice de projet

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Direction exécutive

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

Directrice

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

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

Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.,

Ph. D., LLD (hon.), Dr(hc), DHC, FAAN, FACS, O.ONT

Directrice générale

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

Remerciements

L'AIIAO tient à remercier les membres suivants du personnel de l'AIIAO pour leur contribution à l'élaboration de la présente LDPE : Gladys Hui, Priscilla Packiam, Verity Scott, Christine Buchanan, Lyndsay Howitt et Heather McConnell.

L'AIIAO tient également à remercier les membres suivants du personnel de l'AIIAO qui ont examiné la présente LDPE avant sa publication : Shaila Aranha, Juliane Judge et Brittany Small.

Examen externe des méthodes GRADE fourni par :

Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.

Professeure agrégée
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, Université McMaster
Directrice adjointe, Cochrane Canada

Recherche systématique effectuée par :

UHN HealthSearch

Groupe d'experts sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIAO

Dimitri Beeckman

B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D., FEANS, FAAN

Coprésident du groupe d'experts

Professeur de sciences infirmières

Université de Gand, Belgique

Université d'Örebro, Suède,

Belgique

Corey Heerschap

inf.aut., B.Sc.inf., MScCH (WPC) Ph. D., ISPSC,

WOCC(C), IIWCC

Coprésident du groupe d'experts

Infirmier clinicien spécialisé en plaies et stomies,

Centre régional de santé Royal Victoria

Président, Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC)

Barrie (Ontario)

Kaylem Boileau

Dt.P., HBSc, B.A.sc., M.Sc.S., IIWCC-CAN

Responsable des soins des plaies et diététiste clinique,

The Salvation Army Toronto Grace Health Centre

Présidente, Canadian Pressure Injury

Advisory Panel (CPIAP)

Toronto (Ontario)

Sarah Bremner, IP-PHC, M.Sc.inf., MCISc.

Infirmière praticienne

Manitoulin Lodge

Gore Bay (Ontario)

Michelle Buffalo, inf. aut., B.Sc.inf., ISPSC, WOCC(C)

Coprésidente, Indigenous Wound Ostomy Continence

Health Program d'ISPSCC

Alberta Health Services

Wetaskiwin (Alberta)

Stéphanie Furtado

inf. aut., B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC, WOCC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée en soins des plaies cutanées et des stomies

Hamilton Health Sciences

Hamilton (Ontario)

Sharon Gabison, PT, Ph. D.

Scientifique affiliée recherche sur les

lésions de pression et les soins à domicile

Réseau universitaire de santé

Toronto (Ontario)

Sharon Hunter, inf. aux. aut., IIWCC, SWAN

Directrice du programme SWAN, Infirmières

spécialisées en plaies, stomie et continence Canada

(ISPSCC)

Conseil d'administration

Kingston (Ontario)

Michelle Mackay

inf. aut., B.Sc.inf., MSc(HQ) (octobre 2022 à mai 2023)

Gestionnaire clinique, Médecine des patients hospitalisés

Centre des sciences de la santé de Kingston

Kingston (Ontario)

Joshua Moralejo

inf. aut., B.Sc.inf., MScCH : WPC, IIWCC, ISPSC,

WOCC(C)

Infirmier clinicien spécialisé – Soins des plaies et des

stomies, Réseau universitaire de santé

Toronto Rehabilitation Institute : Centre E.W. Bickle

Directeur régional pour l'Ontario, Infirmières

spécialisées en plaies, stomies et continence Canada

Président élu, Canadian Pressure Injury Advisory Panel

Toronto (Ontario)

Linda Moss

Défenseuse des patients et des aidants naturels

Conseil d'administration, Plaies Canada

Burlington (Ontario)

Linda Norton

B.Sc. en ergothérapie, MScCH, Ph. D., OT Reg. (Ont.), IIWCC

Directrice, Apprentissage et éducation clinique, Motion

Membre du corps professoral, Université Western

Membre du corps professoral, cours interprofessionnel

international sur le soin des plaies

London (Ontario)

Isabelle Reeves, inf. aut., Med Biol, Ph. D.

Professeure et chercheuse
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
Longueuil (Québec)

Nicole Segeren, inf. aut., B.Sc.inf., ISPSC

Infirmière autorisée, infirmière spécialisée en plaies,
stomies et continence
Alliance Chatham-Kent pour la santé
Chatham (Ontario)

Kevin Woo, inf. aut., PhD, ISPSC, WOCC(C)

Professeur, Université Queen's
Professeur de recherche auxiliaire, Université Western
Scientifique affilié, Réseau universitaire de santé
Kingston (Ontario)

Réviseurs externes

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, des commentaires ont été obtenus des participants d'un large éventail d'organismes de services de santé, d'établissements universitaires, de domaines de pratique et de secteurs. Les participants comprenaient des infirmières et infirmiers et des membres de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des étudiants, des personnes ayant une expérience vécue, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds de services de santé. Des réviseurs externes représentant divers points de vue ont également été sollicités pour donner leurs commentaires. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'évaluation de la présente LDPE. Les réviseurs externes ont donné leur consentement à la publication de leurs noms et des renseignements pertinents dans la présente LDPE.

Elizabeth Aigbomian, inf. aut.

Services périopératoires
Erie Shores Healthcare
Leamington (Ontario)

Ayomide Akerele, M.Sc.inf.

Éducatrice clinique
Système de santé William Osler
Etobicoke (Ontario)

Jennifer Aldington, inf.aut., B.Sc.inf.

Toronto (Ontario)

Marney Allan, inf.aut.

Chef de la pratique professionnelle
Care for Health and Community Services
Ottawa (Ontario)

Jeff Andrews, inf. aux. aut., MSPNC(C)

Spécialiste des applications (Epic)
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Carla Arpa, inf. aut., B.Sc.inf., IHWCC

Infirmière clinicienne enseignante
Système de santé William Osler
Brampton (Ontario)

Jacqueline Baptiste-Savoie

inf. aut., M.Sc.inf., WOCN, WOCC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Réseau de santé de Scarborough
Scarborough (Ontario)

Rachael Beaver, inf. aut., eMHI(c)

Éducatrice clinique en soins infirmiers
Unity Health
Toronto (Ontario)

Sherry Campbell, inf. aut., B.Sc.inf., B.Éd., M.Sc.inf.

Chef de la pratique clinique, Soins intensifs, responsable de l'OVPE
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Marcella Campbell, inf. aut., B.Sc. inf., M.A., Ph. D.

Chef de la qualité des pratiques
Bethany Care Society
Calgary, (Alberta)

Maria Carney

Externe clinique
Centre régional de santé de Peterborough
Peterborough (Ontario)

Troy Claxton, étudiant au B.Sc.inf.

Étudiant en sciences infirmière
Hamilton (Ontario)

Allison Da Silva, inf. aut., ISPSC, WOCC(C)

Infirmière clinicienne
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Caitlyn Davidson, inf. aut.

Infirmière autorisée
Hôpital Joseph Brant
Burlington (Ontario)

Mathieu Duguay, inf. aut.

Infirmier en santé communautaire
Services aux Autochtones
Ontario

George Fieber, inf. aut.

Chef de pratique des soins infirmiers
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay
Thunder Bay (Ontario)

Jill Frook, inf. aut.

Infirmière autorisée éducatrice
CHEO
Ottawa (Ontario)

John Michael Glodoveza, inf. aut.

Infirmier clinique
Sidra Medicine
Doha, Qatar

Shannon Gordon, B.Sc.inf.

Minesing (Ontario)

Kathy-Lynn Greig, inf. aux. aut., GNC(C)

Infirmière soignante
Réseau de santé de Scarborough – Établissement général
Toronto (Ontario)

Aleksandra Grzeszczuk, inf. aut., B.Sc.inf., GNC(C)

Directrice générale
Copernicus Lodge
Toronto (Ontario)

Shannon Handfield

inf. aut., B.Sc.inf., ISPSC, WOCC(C)

Responsable du volet de pratique professionnelle de la
Colombie-Britannique – Plaies, stomies, incontinence
Vancouver Coastal Health
Vancouver (Colombie-Britannique)

Ladorn Hayle-Hope

inf. aut., MCISc-WH, ISPSC, WOCC(C), IIWCC

Spécialiste des plaies et des stomies
Toronto East Health Network
Toronto (Ontario)

Tracy Heinbecker, inf. aux. aut.

Consultante associée en soins des plaies
Hôpital Grand River
Kitchener (Ontario)

Lorrie Hudd, RN(EC), M.Sc.inf., IP-adultes, CCNE

Infirmière praticienne et professeure
École des sciences infirmières – Niagara College et
Centre de santé et de réadaptation Hôtel-Dieu-Shaver
Grimby (Ontario)

Victoria Huisman, inf. aut., B.Sc.inf.

Pratique professionnelle des soins infirmiers et
responsable de l'OVPE
St. Joseph's Care Group
Thunder Bay (Ontario)

Megan Hutton

inf. aut., B.Sc.inf., MCISc. (AHCP-AHS), WOCC(C)

Infirmière clinicienne
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Lallu Sara John

**inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., GNC(C), CRN(C), CPPS,
CHE**

Directrice adjointe des soins
Développement social et de la santé, Ville de London
London (Ontario)

Katelyn Jozsa

Étudiante en sciences infirmières, niveau 4
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Jatinder Kaur, inf. aut.

Consultante en soin des plaies
BGH
Woodstock (Ontario)

Derya Kayaoglu, inf. aut.

Infirmière clinicienne enseignante
Système de santé William Osler
Ontario

Ann Klein

inf. aut., B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC, WOCC(C)

Spécialiste des soins de la peau et des plaies

Centre régional de santé Southlake

Newmarket (Ontario)

Chantal Labrecque, inf. aut., M.Sc.inf., Ph. D.

Professeure

Université du Québec en Outaouais

Québec

Allison Lachaine, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., CCMTI

Infirmière clinicienne spécialisée en soins de la peau et des plaies

Kitchener (Ontario)

Winnie Lam, inf. aut., B.Sc.S., B.Sc.inf.

Responsable des ressources cliniques

Hôpital Michael Garron

Toronto (Ontario)

Sierra Land, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée

Services aux Autochtones Canada

Ottawa (Ontario)

Sierra Land, inf. aut., B.Sc.inf.

Penetanguishene (Ontario)

Jason Lau, inf. aut., MScCH, IIWCC, ISPSC, WOCC(C)

Spécialiste des plaies et des stomies

Hôpital Michael Garron

Toronto (Ontario)

Erin-Joy Leduc, IP

Infirmière praticienne

New Liskeard (Ontario)

Janny Lee, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée

Unity Health Toronto

Toronto (Ontario)

Marie Lewis, inf. aut., B.Sc.inf., MHM, CHE

Infirmière spécialisée – Équipe de pratique, d'innovation et d'éducation, Soins de longue durée, Services de santé

Région de Peel

Brampton (Ontario)

Tracy Lillington, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D. (c), ISPSC

Professeure adjointe

Université du Cap-Breton

Sydney (N.-É.)

Jessica Po Ying Lok, inf. aut., M.Sc.inf., CHE

Chef de la pratique clinique

Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores

Whitby (Ontario)

Keisha Lovence, inf. aut., M.Sc.inf., DPI

Professeure agrégée

Eastern Michigan University/Beaumont Hospital

Détroit, États-Unis

Meghan McBride, inf. aut., B.Sc.inf., M.A., CMSN(C)

Clinicienne en éducation et en perfectionnement

Hamilton Health Sciences

Hamilton (Ontario)

Lindsay McLean

inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., ISPSC, WOCC(C)

Superviseure de la pratique professionnelle

Bluewater Health

Sarnia (Ontario)

Sandra Milley, inf. aut.

Directrice des soins

Age Care

Aurora (Ontario)

Wendy Mirander, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., ISPSC

Chef nationale de la pratique clinique pour le soin des plaies

Bayshore Health Care

Mississauga (Ontario)

Vanita Mistry, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmière clinicienne éducatrice – Unité des AVC
Système de santé William Osler,
Hôpital Civic de Brampton
Brampton (Ontario)

Sandra Milley, inf. aut.

Directrice des soins
Age Care
Aurora (Ontario)

Jason Nguyen, inf. aux. aut.

Infirmière auxiliaire autorisée
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Oluwafemi Palmer, inf. aux. aut.

Infirmier auxiliaire autorisé
SJCCC
Sudbury (Ontario)

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

Infirmière autorisée
Care for Health and Community Services
Ottawa (Ontario)

**Rishita Peterson, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.,
CHE**

Gestionnaire et chef des
soins infirmiers interprofessionnels
Baycrest
Whitby (Ontario)

Bhavleen Purba, inf. aut.

Infirmière pédiatrique autorisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Khojesta Qadir, inf. aut.

Infirmière autorisée
Carpenter Hospice
Burlington (Ontario)

Kay Quimson-Yeung, M.Sc.inf.

Responsable des ressources cliniques
Hôpital Michael Garron
Toronto (Ontario)

Samantha Rasmussens, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmière clinicienne enseignante
Centre régional de santé Royal Victoria
Barrie (Ontario)

Jane (Jie) Ren, M.Sc.inf.

Chef de pratique avancée
Hôpital Baycrest
Toronto (Ontario)

**Nitha Reno, inf. aut., M.Sc.inf., GNC(C),
CHPCN(C)**

Gestionnaire, Pratique interprofessionnelle et innovation
Région de Durham
Whitby (Ontario)

Amanda Rilett

inf. aut., B.Sc. (avec distinction), B.Sc.inf., ISPSC,
WOCC(C)
SEHC
Windsor (Ontario)

Kelly Sair, PT, BScPT, MCISc -WH

Physiothérapeute/éducatrice
Alberta Health Services
Calgary, (Alberta)

Natasha St. Louis

inf. aut., B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC, WOCC(C), IIWCC
Bayshore Home Care Solutions
Sarnia (Ontario)

**Leigh-Anne Sinnaeve, B.Sc.inf., M.Sc.inf.,
PHC-NP**

Infirmière praticienne
Woodingford Lodge
Woodstock (Ontario)

Jaskanwal Sudan, inf. aut., B.Sc.inf., ENC(C)

Infirmier autorisé en soins intensifs
Toronto (Ontario)

Sarah Suresh, inf. aut., B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC
Clinicienne
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Veronika Surowiec
IA, B.Sc.inf., ISPSC, WOCC(C)
Infirmière spécialisée en soins des plaies et des stomies
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Eliana Sutton, inf. aut., MCISc-WH
Toronto (Ontario)

Carnelle Symes,
inf. aut., B.A., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph.D.(c), CCNE
Instructrice en soins infirmiers
Red Deer Polytechnic
Red Deer (Alberta)

Vicky Tang, inf. aut., M.Sc.inf., CHE
Directrice des soins aux résidents
Mon Sheong Foundation
Toronto (Ontario)

Isaac Van Geest, inf. aut.
Sarnia (Ontario)

Layla Van Meggelen
Étudiante en sciences infirmières
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Swapna Varakil, inf. aut.
Chercheuse clinique
Système de santé William Osler
Mississauga (Ontario)

Marcia Westover, inf. aut., B.Sc.inf.
Chef de la pratique professionnelle
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Melissa Wilcox, inf. aux. aut.
Chef des SLD – Équipe d'IAA
Chatham-Kent Behavioural Supports (BSO) Support
Chatham (Ontario)

Christina Yadav, inf. aut., ISPSC, WOCC(C)
Sick Kids
Toronto (Ontario)

Cecilia Yeung,
inf.aut., M.Sc.inf., WOCC(C), GNC(C)
Infirmière clinicienne spécialisée
Unity Health Toronto
Toronto (Ontario)

Janet L Kuhnke
inf. aut., B.A., B.Sc.inf., M.Sc., Ph. D., ISPSC, FCN
Représentante de Plaies Canada
Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Université du Cap-Breton
Grand Lake Road, Cap-Breton (N.-É.)

Lettres d'appui et de recommandation



European Pressure Ulcer Advisory Panel

www.epuap.org

Dre Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D.,
LL.D. (hon.), CRS, FAAN, FCAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de
l'Ontario(AIIAO).
500- 4211, rue Yonge Toronto (Ontario) M2P 2A9

Dre Grinspun,

Au nom de l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), nous sommes heureux de fournir notre appui officiel à la **4e édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires, Prise en charge des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement** élaboré par l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices (AIIAO).

En tant qu'organisation vouée à la prévention et au traitement des lésions de pression (en ce qui concerne la terminologie européenne), nous saluons l'engagement de l'équipe envers un processus d'élaboration complet et fondé sur des données probantes. Nous sommes entièrement d'accord avec la méthodologie rigoureuse utilisée, y compris la participation d'experts qualifiés et le respect des pratiques exemplaires dans l'élaboration de la ligne directrice. Cette approche garantit que les recommandations sont à la fois scientifiquement solides et pratiques pour la mise en œuvre en pratique clinique.

La ligne directrice **Prise en charge des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement** fournit des conseils essentiels qui profiteront aux cliniciens, aux organismes de soins de santé et aux décideurs dans leurs efforts pour améliorer les résultats des soins aux patients. Son harmonisation avec les recherches actuelles et les pratiques exemplaires permet d'assurer sa pertinence et son utilité dans divers milieux de soins.

L'EPUAP est heureuse d'approuver la ligne directrice susmentionnée et appuie sa diffusion et sa mise en œuvre pour faire progresser la prévention et la prise en charge des lésions de pression à l'échelle mondiale. Nous attendons avec impatience la publication de cette importante ressource le 21 novembre prochain, en conjonction avec le **Stop Pressure Ulcer Day**.

Sincèrement,

Prof. Dre Andrea Pokorná, Ph.D., présidente de l'EPUAP

Université Masaryk, Faculté de médecine

Département des sciences de la santé, vice-doyenne aux programmes d'études en santé et aux technologies de l'information

Bureau d'affaires de l'EPUAP

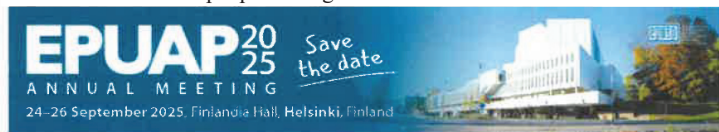
Provaznická 11 | 110 00 | Prague, République tchèque

Tél. : +420 251 019 379 | +420 723 431 089

office@epuap.org | www.epuap.org

Réservez les dates et joignez-vous à nous lors des prochains événements de l'EPUAP!

EPUAP 2025 : www.epuap2025.org



SUIVEZ-NOUS





Date : 15 novembre 2024

Dre Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, FCAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO).
500- 4211, rue Yonge Toronto (Ontario) M2P 2A9

Dre Grinspun,

La ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, *Prise en charge des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement, quatrième édition*, s'harmonise parfaitement avec la vision de Plaies Canada d'atteindre un Canada où il n'y a pas de plaies évitables et où les personnes vivant avec des plaies reçoivent les meilleurs soins possibles, et nous sommes heureux d'offrir notre appui complet.

Plaies Canada est la voix nationale de la santé de la peau et des soins des plaies au Canada et son travail englobe l'éducation, la recherche, la défense des droits et la sensibilisation, ainsi que les partenariats. Nous sommes reconnus comme le principal organisme de mobilisation des connaissances sur la santé de la peau et la prise en charge des plaies au Canada. À cet égard, nous avons hâte d'intégrer cette nouvelle édition de la ligne directrice sur les lésions de pression de l'AIIAO dans nos ressources et initiatives en matière d'éducation, de défense des intérêts et d'application des connaissances.

Les lésions de pression, qui sont évitables à 70 %, demeurent un défi majeur dans les soins de santé, entraînant souvent des fardeaux physiques, émotionnels et financiers importants. La ligne directrice sur les lésions de pression récemment publiée par l'AIIAO recense les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui soutiennent la prévention et le traitement basés sur des soins axés sur la personne, une évaluation exhaustive et des interventions précoces. Elle constitue une ressource inestimable pour les infirmières et infirmiers et l'équipe pluridisciplinaire en général, fournissant les outils et les connaissances nécessaires pour mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes afin d'obtenir des résultats positifs.

Plaies Canada félicite l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) pour la publication de sa ligne directrice mise à jour *Gestion des lésions de pression : Évaluation des risques, prévention et traitement* mise à jour et reconnaît qu'il s'agit d'une étape importante dans l'avancement des pratiques fondées sur des données probantes en matière de prévention et de gestion des plaies.

Merci,
Mariam Botros
Plaies Canada, directrice générale

PO Box 35569 York Mills Plaza, North York, ON / p: 416.485.2292 / f: 888.710.2289 / info@woundscanada.ca

Références bibliographiques

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, J. Squires. Leading change through social movement. Registered Nurse Journal. Printemps 2020.
2. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. Hiver 2006;26(1):13–24.
3. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement (4^e édition) [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024. Disponible à l'adresse : Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)
4. Chen Y, Yang K, Marušić A, et coll. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement. Ann Intern Med. 17 janvier 2017;166(2):128.
5. Brouwers M, Kho E, Browman G, et coll. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42.
6. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire 3^e éd. Toronto (ON) : AIIAO; 2016.
7. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2011). Évaluation du risque et prévention des lésions de pression. (révisé). Toronto, Canada. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
8. Excellence en santé Canada. Recommandations pour la réintégration des personnes proches aidantes comme partenaires de soins essentiels [Internet]. Septembre 2021. Disponible à : https://www.healthcareexcellence.ca/media/jzsbwcv/202110_policyguidance_fr.pdf
9. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [Cité le 14 décembre 2023]. Disponible à l'adresse : <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr>
10. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Développer et soutenir les soins de santé pluridisciplinaires : Optimiser les résultats pour les patients, les organisations et le système [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare](https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare)
11. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Champ d'application [Internet]. Toronto (Ontario); 2023. Disponible à l'adresse : <https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/59041-scope-of-practice-fr.pdf>
12. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. La collaboration avec les prestataires de soins non réglementés [Internet]. Toronto (Ontario); 2013. Disponible à l'adresse : https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/51014_workingucp.pdf
13. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015). Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf)
14. Haesler E, éditeur. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline: the international guideline. 3^e édition. Prague : Epuap, European Pressure Ulcer Advisory Panel; 2019. 404 p.
15. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et coll. Which actionable statements qualify as good practice statements In Covid-19 guidelines? A systematic appraisal. BMJ Evid-Based Med. 1^{er} décembre 2022;27(6):361–9.

16. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et coll. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*. Janvier 2022;141:161–71.
17. Guyatt G, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597–600.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook [Internet]. Healthcare Improvement Scotland. SIGN, 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/sign-50-a-guideline-developers-handbook/>
19. Université McMaster. GIN McMaster guideline development checklist [Internet]. 2014. Disponible à l'adresse : <https://macgrade.mcmaster.ca/resources/gin-mcmaster-guideline-development-checklist/>
20. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; 2013. Disponible à l'adresse : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>
21. Neumann I, Santesso N, Akl EA, et coll. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016 Apr;72:45–55.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
23. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et coll. Measuring out-comes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh*. 2012;25(2):26–37.
24. Edsberg LE, Cox J, Koloms K, et coll. Implementation of Pressure Injury Prevention Strategies in Acute Care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Mai 2022;49(3):211–9.
25. Chung ML, Widdel M, Kirchoff J, et coll. Risk Factors for Pressure Injuries in Adult Patients: A Narrative Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 11 janvier 2022;19(2):761.
26. Pittman J, Beeson T, Dillon J et coll. Hospital-Acquired Pressure Injuries and Acute Skin Failure in Critical Care: A Case-Control Study. *J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc*. 1^{er} février 2021;48(1):20-30.
27. Kottner J, Black J, Call E, et coll. Microclimate: A critical review in the context of pressure ulcer prevention. *Clin Biomech (Bristol Avon)*. Novembre 2018;59:62–70.
28. Woodbury MG, Houghton PE. Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Manage*. Octobre 2004;50(10):22–4, 26, 28, 30, 32, 34, 36–8.
29. Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Plaies de pression : Soins aux patients dans tous les milieux de soins. [Internet] Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024. <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Plaies-de-pression>
30. Siotos C, Bonett AM, Damoulakis G, et coll. Burden of Pressure Injuries: Findings From the Global Burden of Disease Study. *Eplasty*. 13 juin 2022;22:e9.
31. Bowers S, Franco E. Chronic Wounds: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 1^{er} février 2020;101(3):159-166.
32. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et coll. Moisture-Associated Skin Damage: Overview and Pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Juin 2011;38(3):233.

33. Voegeli D. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. [Internet] Wounds Int. 1^{er} janvier 2015. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/276468311_Proceedings_of_the_Global_IAD_Expert_Pan
34. Excellence en santé Canada (ESC). Ulcères de décubitus : Introduction [Internet]. [Cité le 27 novembre 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/hospital-harm-is-everyones-concern/hospital-harm-improvement-resource/pressure-ulcer-introduction/>
35. Reddy M, Gill SS, Kalkar SR et coll. Treatment of pressure ulcers: a systematic review. JAMA. 10 décembre 2008;300(22):2647–62.
36. Qian L, Yan S, Ting ST, et coll. Complications and psychological impact of pressure ulcers on patients and caregivers. Int Wound J. 2024;21:e14836 (1-11).
37. Burston A, Miles SJ, Fulbrook P. Patient and carer experience of living with a pressure injury: A meta-synthesis of qualitative studies. J Clin Nurs. 2023;32:3233–47.
38. Roussou E, Fasoï G, Stavropoulou A, et coll. Quality of life of patients with pressure ulcers: a systematic review. Med Pharm Rep. 2023;96(2):123–30.
39. Padula WV, Pronovost PJ, Makic MBF, et coll. Value of hospital resources for effective pressure injury prevention: a cost-effectiveness analysis. BMJ Qual Saf. Février 2019;28(2):132–41.
40. Chan B, Ieraci L, Mitsakakis N, et coll. Net costs of hospital-acquired and pre-admission PUs among older people hospitalised in Ontario. J Wound Care. Juillet 2013;22(7):341–6.
41. Padula WV, Delarmente B. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. Int Wound J. 2019;16:634–40.
42. Qualité des services de santé Ontario (QSSO), Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada : Des soins plus sécuritaires pour les patients. ICSP; 2015. [Internet] Disponible à : <https://www.healthcareexcellence.ca/media/tinpazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf>
43. National Pressure Injury Advisory Panel. Unavoidable Pressure Injury during COVID-19 Pandemic [Internet]. NPIAP; [date inconnue] [cité le 25 avril 2024]. Disponible à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/white_papers/Unavoidable_in_COVID_Pandemi.pdf
44. Black JM, Edsberg LE, Baharestani MM, et coll. Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. Ostomy Wound Manage. Février 2011;57(2):24–37.
45. Bazargan-Hejazi S, Ambriz M, Ullah S, et coll. Trends and racial disparity in primary pressure ulcer hospitalizations outcomes in the US from 2005 to 2014. Medicine (Baltimore). 6 octobre 2023;102(40):e35307.
46. Sasson DC, Duan K, Patel SM et coll. The Impact of Social Determinants of Health on Pressure Injury Progression: A Retrospective Chart and Scoping Review. Adv Skin Wound Care. 1^{er} février 2023;36(2):106-11.
47. Oozageer Gunowa N, Hutchinson M, Brooke J, et coll. Pressure injuries in people with darker skin tones: A literature review. J Clin Nurs. Septembre 2018;27(17–18):3266–75.
48. Black J, Cox J, Capasso V, et coll. Current Perspectives on Pressure Injuries in Persons with Dark Skin Tones from the National Pressure Injury Advisory Panel. Adv Skin Wound Care. 1^{er} septembre 2023;36(9):470–80.

49. National Pressure Injury Advisory Panel. NPIAP Pressure Injury Stages [Internet]. National Pressure Injury Advisory Panel; 2016 [cité le 11 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online_store/npiap_pressure_injury_stages.pdf
50. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Social determinants of health [Internet]. OMS [date inconnue][cité le 25 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
51. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Introduction to Determinants of First Nations, Inuit and Métis People's Health In Canada. [Internet] CCNSA. [cité le 25 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <http://www.nccah-ccnsa.ca/en/>
52. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : RNAO; 2015. Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf](https://www.rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf)
53. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Integrated people-centred care [Internet]. OMS; [cité le 29 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care>
54. Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, et coll. Wound Bed Preparation 2021. Adv Skin Wound Care. 1^{er} avril 2021;34(4):183–95.
55. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et coll. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [cité le 31 mai 2024];(7). Disponible à l'adresse : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full>
56. Araujo SM, Sousa P, Dutra I. Clinical Decision Support Systems for Pressure Ulcer Management: Systematic Review. JMIR Med Inform. 16 octobre 2020;8(10):e21621.
57. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Énoncé de position sur la collaboration interprofessionnelle. [Internet]. AIIC; 2011 [cité le 31 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/AIIC-Enonce-de-position-La-collaboration-interprofessionnelle.pdf>
58. Organisation mondiale de la Santé. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. [Internet] OMS; 2010. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
59. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire 3^e éd. Toronto (ON) : RNAO; 2016.
60. Régie de la santé des Premières Nations (RSPN). FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Humility [Internet]. RSPN; s.d. [cité le 30 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
61. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Code de conduite [Internet]. OIIO; 2023 [cité le 19 mars 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/59040_code-of-conduct-fr.pdf
62. Norton L, Parslow N, Johnson D, et coll. Recommandations en matière de pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression. [Internet] Plaies Canada; 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1296-les-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-lesions-de-pression/file>

63. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, et coll. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. 1^{er} mars 2019;23(Sup3a):S1–50.
64. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, et coll. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [cité le 19 octobre 2023];(6). Disponible à l'adresse : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009958.pub3/full>
65. Moore ZE, Patton D. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 janvier 2019;(1):CD006471.
66. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Nursing Assessments [Internet]. [Cité le 31 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/nursing-assessments/>
67. Santé Canada. Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques [Internet]. Gouvernement du Canada; 2008 [cité le 14 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/information-demandes/lignes-directrices/guidance-document-adult-hospital-beds-patient-hazards-side-rail-other-hazards.html>
68. National Pressure Injury Advisory Panel. Reverse Staging Position Statement [Internet]. 2000 [cité le 31 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/npuap.site-ym.com/resource/resmgr/position_statements/reverse-staging-position-sta.pdf
69. Baron MV, Martins PRH, Brandenburg C, et coll. Accuracy of Thermographic Imaging in the Early Detection of Pressure Injury: A Systematic Review. *Adv Skin Wound Care*. 2023;36(3):158–67.
70. Moore Z, McEvoy NL, Avsar P, et coll. Measuring subepidermal moisture to detect early pressure ulcer development: a systematic review. *J Wound Care*. 2 août 2022;31(8):634–47.
71. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, et coll. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [cité le 19 octobre 2023];(6). Disponible à l'adresse : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009958.pub3/full>
72. Yap TL, Horn SD, Sharkey PD, et coll. Effect of Varying Repositioning Frequency on Pressure Injury Prevention in Nursing Home Residents: TEAM-UP Trial Results. *Adv Skin Wound Care*. Juin 2022;35(6):315–25.
73. Darvall JN, Mesfin L, Gorelik A. Increasing frequency of critically ill patient turns is associated with a reduction in pressure injuries. *Crit Care Resusc*. 2018;20(3):217–22.
74. Kapp S, Gerdtz M, Gefen A, et coll. Case studies from the perspectives of aged care residents on turning and positioning: Implications for technical progress in pressure injury prevention. 2022;13(3).
75. Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatr*. 11 décembre 2018;18(1):305.
76. Zaidi SRH, Sharma S. Pressure Ulcer. Dans : *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (Floride) : StatPearls Publishing; 2024 [cité le 30 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553107/>
77. National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Support Surface Standards Initiative (S3I): Terms and Definitions Related to Support Surfaces. [Internet]. NPIAP. 2019. Disponible à l'adresse : https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/s3i/10-23_Terms_and_Defs_2019_We.pdf

78. Plaies Canada. Integrated Therapeutic Support Surface Selection for Pressure Injury Prevention and Management [Internet]. Plaies Canada; s.d. [cité le 26 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.woundscanada.ca/docman/public/3093-wc-product-picker-surfaces/file>
79. Shi C, Dumville JC, Cullum N, et coll. Beds, overlays and mattresses for preventing and treating pressure ulcers: an overview of Cochrane Reviews and network meta-analysis. Cochrane Wounds Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 16 août 2021 [cité le 28 novembre 2023];2021(8). Disponible à l'adresse : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013761.pub2>
80. Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. Jan YK, éditeur. PLOS ONE. 23 février 2018;13(2):e0192707.
81. Santé Canada. Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques [Internet]. Gouvernement du Canada; 2008 [cité le 14 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/information-demandes/lignes-directrices/guidance-document-adult-hospital-beds-patient-hazards-side-rail-other-hazards.html>
82. Beeckman D, Serraes B, Anrys C, et coll. A multicentre prospective randomised controlled clinical trial comparing the effectiveness and cost of a static air mattress and alternating air pressure mattress to prevent pressure ulcers in nursing home residents. *Int J Nurs Stud*. Septembre 2019;97:105–13.
83. Serraes B, Hecke AV, Van Tiggelen H, et coll. An exploration of nursing home residents' experiences of a non-powered static air mattress overlay to prevent pressure ulcers. *Int Wound J*. 2020;17(5):1166–82.
84. Horner DL, Bellamy MC. Care bundles in intensive care. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*. Août 2012;12(4):199–202.
85. Aprea V, Barón FJ, Merregalli C, et coll. Impact of a health care quality improvement intervention to prevent pressure ulcers in a Pediatric Intensive Care Unit. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1^{er} août 2018 [cité le 12 février 2024];116(4). Disponible à l'adresse : <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a13e.pdf>
86. Wang L, Gao M, Wang X, et coll. Effects of bundle-care interventions on pressure ulcers in patients with stroke: A meta-analysis. *Int Wound J*. Février 2024;21(2):e14432.
87. Yilmazer T, Tuzer H. Effectiveness of a Pressure Injury Prevention Care Bundle; Prospective Interventional Study in Intensive Care Units. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Mai 2022;49(3):226–32.
88. Zhang X, Wu Z, Zhao B, et coll. Implementing a Pressure Injury Care Bundle in Chinese Intensive Care Units. *Risk Manag Healthc Policy*. Juin 2021;Volume 14:2435–42.
89. Singh C, Shiqirat N, Thorpe L, Villaneuva S. Sustainable pressure injury prevention. *BMJ Open Qual*. Juin 2023;12(2):e002248.
90. Pena H, Millard A, Richardson A. Implementation and Evaluation of a Pressure Injury Prevention Bundle in the Cardiothoracic Intensive Care Unit. *J Nurs Care Qual*. 1^{er} mars 2024;39(1):1–3.
91. Kalowes P, Messina V, Li M. Five-Layered Soft Silicone Foam Dressing to Prevent Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. Novembre 2016;25(6):e108–19.

92. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Wounds Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 6 décembre 2018 [cité le 27 novembre 2023];2018(12). Disponible à l'adresse : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009362.pub3>
93. Liao N, Wang F, He X, Li L, Fei J. Predictive application of foam dressing on preventing of auricle pressure injury caused by ear dressing. *Heliyon*. Avril 2023;9(4):e14883.
94. Hahnel E, El Genedy M, Tomova-Simitchieva T, et coll. The effectiveness of two silicone dressings for sacral and heel pressure ulcer prevention compared with no dressings in high-risk in-tensive care unit patients: a randomized controlled parallel-group trial. *Br J Dermatol*. Août 2020;183(2):256–64.
95. Beckman D, Fourie A, Raepsaet C, et coll. Silicone adhesive multilayer foam dressings as adjuvant prophylactic therapy to prevent hospital-acquired pressure ulcers: a pragmatic non-commercial multicentre randomized open-label parallel-group medical device trial. *Br J Dermatol*. Juillet 2021;185(1):52–61.
96. Neyt M, de Meester C, Devriese S, et coll. Silicone adhesive multilayer foam dressings to prevent hospital-acquired pressure ulcers [Internet]. 1^{re} éd. BE: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2023 [cité le 27 novembre 2023]. 110 p. (KCE Reports). Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.57598/R368C>
97. Zaver V, Kankanalu P. Negative Pressure Wound Therapy. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; 2023 [cité le 6 décembre 2023]. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576388/>
98. Shi J, Gao Y, Tian J, et coll. Negative pressure wound therapy for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 26 mai 2023;5(5):CD011334.
99. Song Y, Wang L, Yuan B, et coll. Negative-pressure wound therapy for III / IV pressure injuries: A meta-analysis. *Wound Repair Regen*. Janvier 2021;29(1):20–33.
100. Arora M, Harvey LA, Glinsky JV, et coll. Electrical stimulation for treating pressure ulcers. Cochrane Wounds Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 22 janv. 2020 [consulté le 26 nov. 2023]; Disponible à : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012196.pub2>
101. Girgis B, Duarte JA. High Voltage Monophasic Pulsed Current (HVMP) for stage II-IV pressure ulcer healing. A systematic review and meta-analysis. *J Tissue Viability*. 2018;27(4):274–84.
102. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013. p. 110–20.
103. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Oct;9(4):411–21.
104. Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, J. Squires. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. 2020;Spring.
105. OED Researchers Advisory Group. Oxford Languages. Dans Oxford University Press; 2024.
106. Rey M, Grinspun D, Costantini L, Lloyd M. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31–68.

107. Grinspun D, McConnell H, Virani T, Squires JE. Forging the way with implementation science. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 96–116.
108. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *Int J Dr Stud.* 2016;(11):305–21.
109. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs.* 2013;18(2):Manuscript 4.
110. Sibbald RG, Goodman L, Woo KY, et coll. Special Considerations in Wound Bed Preparation 2011: An Update. *Adv Skin Wound Care.* Septembre 2011;24(9):415.
111. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* 22 février 2006;1(1):1.
112. Nations Unies (ONU). United Nations permanent forum on Indigenous issues: Who are Indigenous peoples? [Internet]. ONU. [date inconnue]. Disponible à l'adresse : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
113. Gouvernement du Canada; Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. Les Autochtones et leurs communautés [Internet]. 2009. Disponible à l'adresse : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>
114. New South Wales Government; Agency for Clinical Innovation. Maintenance and non-healing wounds [Internet]. ACI; 2021 [cité le 20 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://aci.health.nsw.gov.au/networks/spinal-cord-injury/pi-toolkit/management/identify-maintenance-and-non-healing-wounds>
115. Pittman J, Gillespie C. Medical Device–Related Pressure Injuries. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1^{er} décembre 2020;32(4):533–42.
116. Cochrane Training. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. 2022 [cité le 27 juillet 2022]. Disponible à l'adresse : <https://training.cochrane.org/handbook/current>
117. Hess CT. Classification of Pressure Injuries. *Adv Skin Wound Care.* Octobre 2020;33(10):558.
118. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Transitions dans les soins et les services. 2^e éd. Toronto (Ontario) : RNAO; 2023.
119. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm.* 2014;67(6):436–40.
120. Hedges C, Williams B. Anatomy of research for nurses. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2014.
121. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Définition du mouvement social dans le contexte de l'assimilation des connaissances et de la durabilité. 2020.
122. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien [Internet]. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>
123. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, Bajnok I. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 218–38.

124. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1–7.
125. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):740–5.
126. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(17):1–13.
127. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014;21(2):114–22.
128. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care set-tings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(3):345–58.
129. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983–93.
130. Agrément Canada. À propos d’Agrément (Accreditation) Canada [Internet]. Inconnu : Agrément Canada; Disponible à : <https://accreditation.ca/ca-fr/a-propos/?acref=self>
131. Thompson L. Agrément Canada – Réunion du NQuIRE International Advisory Council (IAC). Toronto (Ontario); 2018.
132. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future [Internet]. Wisconsin Nurses Association; 2016. Disponible à l’adresse : <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
133. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario. Practice education in nursing [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; 2016. Disponible à l’adresse : [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf)
134. Smet S, Probst S, Holloway S, et coll. The measurement properties of assessment tools for chronic wounds: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. Septembre 2021;121:103998.
135. Walker L, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing (Vol. 6). Upper Saddle River (New Jersey) : Pearson/Prentice Hall; 2019.

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

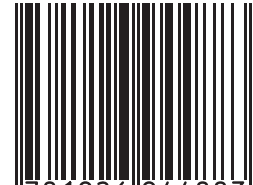
Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

Pour obtenir de plus amples
renseignements sur cette ligne
directrice, visitez :



ISBN 978-1-926944-88-3



9 781926 944883

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario