

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE  
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

INTÉGRITÉ DE LA PEAU

# PLAIE DE PRESSION



## PLAIE DE PRESSION

### DÉFINITIONS

#### PLAIE DE PRESSION (ESCARRE DE DÉCUBITUS)

Une plaie de pression (escarre de décubitus) est une lésion de la peau et des tissus sous-jacents qui survient lorsque des tissus mous sont comprimés entre une protubérance osseuse et une surface externe pendant une période prolongée (en moyenne  $\geq 2$  heures) et est causée par une pression combinée à la friction ou au cisaillement. Les plaies de pression sont définies par stades selon la profondeur du dommage cellulaire.

**Stade I :** Un érythème non blanchissable de peau intacte sans contusion. Dans le cas d'une peau à la pigmentation foncée, il peut se présenter avec des régions plus foncées que la peau environnante. La peau peut être plus chaude ou plus froide, la consistance des tissus peut être ferme et/ou douloureuse.

**Stade II :** Perte partielle de l'épaisseur cutanée impliquant l'épiderme, le derme ou les deux. Peut se présenter sous forme d'une cloque remplie de sérum, intacte ou ouverte ou d'une escarre peu profonde, humide ou sèche.

**Stade III :** Perte totale de l'épaisseur cutanée. Une graisse sous-cutanée peut être visible. L'os, le tendon ou le muscle n'est pas visible ou palpable. Les dommages tissulaires peuvent être présents sur certaines parties du lit de la plaie.

**Stade IV :** Perte totale de l'épaisseur cutanée. L'os, le tendon ou le muscle exposé est visible ou palpable. Le dommage tissulaire peut être présent sur certaines parties du lit de la plaie.

**Escarres inclassables :** La profondeur actuelle de la perte du tissu est obscurcie par la présence de tissus endommagés (de couleur beige, jaune, marron, grise ou verte) dans le lit de la plaie. Elle peut également être présente comme une escarre remplie de sang.

Les sites anatomiques les plus souvent associés aux plaies de pression sont : le sacrum (37 %), les talons (30 %), les coudes (7 %), les malléoles (6 %), les trochanters (5 %), les genoux, les omoplates et l'occiput.

La prévalence dans les centres hospitaliers de courte durée serait de 25,1 %. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables en raison d'une perte physiologique du tissu sous-cutané et de l'épaisseur de la peau, d'une prévalence plus élevée de comorbidités vasculaires, neurologiques, nutritionnelles et musculosquelettiques concomitantes et d'immobilité à l'hôpital. Ainsi, un ulcère de pression peut survenir chez la personne âgée en trois heures d'alitement sur une civière et la détérioration des talons peut apparaître à l'intérieur d'un quart de travail; d'où l'importance de procéder fréquemment à des inspections visuelles. La prévention, le dépistage systématique et le traitement énergique de la plaie de pression dès ses premiers stades doivent faire partie des préoccupations journalières de l'équipe soignante, compte tenu de leur haute prévalence et de leurs conséquences graves chez cette population.

## PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

- Le grand âge (changements physiologiques et anthropométriques associés à la sénescence);
- Maladies : compromission du terrain vasculaire (ex. : diabète, artériosclérose, insuffisance veineuse, thrombophlébite, lymphœdème périphérique), atteinte neurologique (atteinte sensitivo-motrice, ex. : neuropathie périphérique), déficience immunitaire (ex. : cancer, vasculite), etc.;
- État nutritionnel altéré : ex. dénutrition protéino-énergétique, anémie ferriprive, déshydratation;
- Problèmes de santé causant de l'immobilité (ex. : séquelles motrices d'AVC, trauma, septicémie, certains positionnements durant une chirurgie et durée prolongée, fixations orthopédiques ou plâtres d'immobilisation, etc.);
- Altération du niveau de collaboration (involontaire ou non) : coma, apathie, dépression, confusion, effet secondaire de la médication;
- Incontinence urinaire, fécale ou mixte (risque de macération de la peau, bris cutané et infection);
- Positionnement au lit ou manipulations physiques inadéquates entraînant : pression, friction ou cisaillement cutanés (ex. : bas élastiques insuffisamment tendus au creux poplité).

## PRINCIPALES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les manifestations sont celles décrites à partir des différents stades de la plaie de pression.

# ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Prévention et dépistage des plaies de pression chez l'ensemble de la clientèle âgée.

## ÉVALUATION INITIALE

### 1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Évaluation du niveau de risque de plaie de pression à l'aide de l'échelle de Braden (annexe 1)**
  - » Unité de soins intensifs : q 24 h;
  - » Autres unités de soins : q 48 h.
- **Inspection des sites anatomiques les plus souvent associés aux plaies de pression**
  - » Sacrum, talons;
  - » Ischions, malléoles, trochanters;
  - » Genoux, coudes, omoplates, occiput.
- **Évaluation de l'apport nutritionnel et hydrique de la personne avant (journée-type) et depuis l'hospitalisation (cf. fiche Risque de dénutrition)**
- **Niveau d'autonomie à la mobilité (seul, avec supervision, aide partielle, aide totale) avant et depuis l'hospitalisation**
  - » Mobilité au lit, mobilité au fauteuil, transferts, se lever, marcher.

### 2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Connaissances de la personne et des proches concernant la prévention des plaies de pression**
  - » L'association entre l'apport nutritionnel et hydrique, la mobilité et l'activité physique, l'humidité cutanée, l'incontinence.
- **Éléments psychosociaux pouvant avoir un impact sur la personne**
  - » Degré de motivation pour mettre en place les mesures préventives;
  - » Capacité cognitive à faire de nouveaux apprentissages.

### 3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Obstacles environnementaux pouvant avoir un impact sur le développement d'une plaie de pression**
  - » Surface de contact du lit ou du fauteuil non adaptée à la morphologie et aux besoins de la personne;
  - » Positionnement au lit et au fauteuil inadéquat entraînant de la pression;
  - » Manipulations inadéquates (cisaillement de la peau, frictions);
  - » Usage de contentions physiques sans réévaluation quotidienne (pertinence);
  - » Risques de blessure (plaie) liés à l'usage des multiples cathéters.

# INTERVENTIONS PRIORITAIRES

## 1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Surveillance clinique et traitement**
  - » Suivre régulièrement le niveau de risque des plaies (score obtenu à échelle de Braden (15 à 18 = bas risque; 13 à 14 = risque moyen; 10 à 12 = haut risque; 9 et moins = Très haut risque), annexe 1) et intervenir selon les résultats (annexes 2 et 3);
  - » Vérifier q 8 h les sites anatomiques suivants : sacrum, ischions et trochanters, talons et malléoles;
  - » Examiner q 24 h les sites anatomiques suivants : genoux, coudes, omoplates;
  - » Surveiller l'état de la peau et des téguments tous les jours.
- **Mobilisation et réduction de la pression**
  - Pour les personnes alitées**
  - Pour les personnes immobilisées dans un fauteuil**
    - » Planifier un horaire de positionnement q 2 heures;
    - » Installer la personne en position latérale en respectant un angle de 30 degrés par rapport au matelas afin de diminuer la pression;
    - » Placer un oreiller dans le sens de la longueur sous les mollets de la personne de manière à ce que les talons se retrouvent dans le vide, exempts de pression;
    - » Encourager la personne à se mobiliser régulièrement dans son lit;
    - » Procéder à des exercices passifs ou actifs pendant les AVQ, les soins et les traitements;
    - » Enseigner à la personne assise dans un fauteuil des exercices de transfert de poids qu'elle effectuera q 20 minutes (se pencher vers l'avant, à gauche et à droite);
    - » Toutes les heures, repositionner la personne immobile dans un fauteuil et ne pouvant pas effectuer elle-même ses exercices de transfert de poids;
    - » N'utiliser les contentions physiques qu'en dernier recours et si elles sont requises, mobiliser la personne q 2 heures.
- **Réduction de la friction et du cisaillement**
  - Pour les personnes alitées**
  - Pour les personnes immobilisées dans un fauteuil**
    - » Soulever la personne avec une alèse de positionnement pour éviter les frictions de la peau sur les draps;
    - » Protéger les coudes et les talons avec des protecteurs;
    - » Enfiler à la personne alitée des chaussettes ou des bas à la cheville qui n'entravent pas la circulation sanguine;
    - » Éviter d'élever la tête de lit à plus de 30 degrés (sauf en cas d'alimentation par tube de gavage);
    - » Utiliser le levier mécanique pour les transferts du lit au fauteuil et vice versa.
- **Nutrition et hydratation (cf. : fiches dénutrition et déshydratation)**
- **Humidité et soins d'incontinence (cf. : fiche incontinence urinaire)**
  - » Laver la peau au savon doux dès que souillée, rincer à l'eau tiède, bien assécher (ne pas oublier les plis cutanés);
  - » Garder la literie propre, sans humidité, sans pli et exempte de corps étranger;
  - » Utiliser des produits cutanés qui protègent la peau telles les crèmes à base d'oxyde de zinc, de silicone, de gelée de pétrole, etc.;
  - » Choisir un pansement qui est imperméable à l'urine et aux selles;
  - » Envisager la possibilité d'utiliser un cathéter urinaire externe;
  - » Employer lorsque nécessaire : culottes d'incontinence respectant la taille de la personne.

## 2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- Encourager la personne à changer de position, inciter les proches à faire bouger la personne;
- Donner les renseignements pertinents sur la prévention des plaies (nutrition, hydratation, mobilité, continence, humidité cutanée).

## 3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- **Aides techniques**
  - » Fournir les aides techniques à la marche et aux transferts au fauteuil.
- **Surfaces d'appui ou thérapeutiques**
  - » Utiliser des fauteuils à bascule pour les personnes immobiles afin d'alterner le positionnement q heure;
  - » Installer une surface thérapeutique statique (matelas, lit, coussins, etc.) visant à réduire la pression;
  - » Utiliser une alèse glissante pour mobiliser la personne;
  - » Enlever les sangles de la toile de transfert au fauteuil;
  - » Éviter l'utilisation de dispositifs en forme de beigne.

### ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

#### MAINTIEN DE L'INTÉGRITÉ DE LA PEAU?

**OUI**

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



**NON**

**ALERTE** : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

# ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante, lorsqu'une plaie de stade 1 apparaît.

## 1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Déterminer les facteurs de risque actuels et les antécédents médicaux en lien avec la plaie de pression (âge, maladies, état nutritionnel, immobilité, niveau de collaboration, incontinence, positionnement au lit, manipulations inadéquates : relire la première page de la présente fiche)**
- **Procéder à l'examen physique en inspectant la peau et les téguments**
  - » Vérifier l'apparition de signes d'infection d'une plaie de pression :
    - Rougeur adjacente à la plaie > 2 cm;
    - Chaleur dans les 4 premiers cm entourant la plaie;
    - Œdème/induration des tissus environnants, douleur accrue, exsudat purulent de couleur crème, jaune dorée ou verdâtre.
  - » Vérifier la présence de signes d'insuffisance vasculaire artérielle périphérique :
    - Peau mince, pâle, luisante et sans pilosité;
    - Claudication intermittente;
    - Douleur aux membres inférieurs au repos;
    - Température du membre : de tiède à froide;
    - Gangrène sèche;
    - Ongles durs, épais et cassants.
  - » Vérifier la présence de signes d'insuffisance veineuse aux membres inférieurs :
    - Œdème, stase veineuse, varicosités;
    - Hyperpigmentation, dermatite de stase, érythème;
    - Démangeaisons, douleur ou sensation de lourdeur, température normale.
  - » Tous les jours, procéder à l'examen des pieds chez la personne âgée diabétique :
    - Changement dans la coloration et la température de la peau;
    - Présence de coupures, blessures, crevasses, fissures, ampoules;
    - Présence de callosité, cor, corne, sécheresse de la peau, sueur excessive, signe de mycose (entre les 4e et 5e orteils);
    - Œdème et circonférence du membre, prise du pouls pédieux;
    - Douleur, sensibilité, sensation de lourdeur ou d'inconfort.
- **Appliquer les mesures pour réduire la pression ou la friction**
  - » Positionnements et déplacements appropriés au lit, au fauteuil;
  - » Écrans de protection pour la peau : crème, onguent ou pansements pellicules.
- **Vérifier les effets de la médication**
  - » Sur l'atténuation de la rougeur cutanée, le contrôle de la douleur, le niveau de vigilance de la personne et le cas échéant, sur le contrôle des glycémies du diabétique.

## 2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Vérifier s'il y a présence d'éléments dépressifs ou altération de la vigilance chez la personne**
- **S'assurer qu'il n'y a pas de détérioration de l'état nutritionnel et hydrique, faire intervenir au besoin la nutritionniste**

### 3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- Consulter et faire intervenir l'ergothérapeute : revoir les surfaces de positionnement au lit ou au fauteuil, lits spécialisés, positionnement au lit et au fauteuil et enseignement à l'équipe soignante et aux proches

## INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

### 1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- Assurer une surveillance clinique et mettre en application les recommandations
  - » Suivre l'évolution des résultats de laboratoire hors norme concernant la glycémie capillaire et ceux ayant un lien avec la cicatrisation et en discuter avec le médecin;
  - » Appliquer les plans standardisés de soins et de traitements infirmiers concernant les plaies de pression spécifiques des ulcères veineux et de l'ulcère du pied diabétique en vigueur dans l'établissement;
  - » Mettre en application les recommandations de l'équipe de professionnels de la santé;
  - » Appliquer les ordonnances médicales collectives en vigueur dans l'établissement.

### 2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- Informer le médecin si on croit qu'il y a des éléments dépressifs (intervention si nécessaire d'un autre professionnel tel que psychologue ou psychiatre).

### 3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX ET MATÉRIEL ADAPTÉ

- Appliquer les recommandations concernant le positionnement de la personne au lit et au fauteuil (par l'ergothérapeute)
  - » Fournir les accessoires et surfaces d'appui spécialisés selon les besoins de la personne;
  - » Entraîner la personne à utiliser le matériel adapté;
  - » Enseigner à l'équipe soignante et aux proches la façon d'installer les surfaces d'appui, les principes de positionnement, de mobilisation et de transferts adaptés à la personne.

#### ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

#### AMÉLIORATION DE L'INTÉGRITÉ DE LA PEAU?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

NON

- » CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?
- » Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?
- » EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?

» **ALERTE** : faire appel à l'équipe spécialisée et passer au **PALIER SPÉCIALISÉ**.

# ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par les membres de l'équipe spécialisée (infirmière stomothérapeute, dermatologue, plasticien, etc.), en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante.

## INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et appliquer les recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée.

- **Déterminer les caractéristiques de la plaie et de la peau environnante, s'il y a lieu**
  - » Localisation;
  - » Dimension : longueur, largeur, profondeur, sinus, espace sous-jacent;
  - » Stade clinique;
  - » Bords de la plaie: attachés, non attachés, hyperkératose, enroulés, fibrosés;
  - » Exsudat : qualité, quantité;
  - » Odeur;
  - » Lit de la plaie : granulation, jaunâtre adhérent ou non adhérent, nécrotique, humide;
  - » Peau environnante : sèche, irritée, inflammatoire, macérée;
  - » **Réévaluation fréquente de la plaie de pression** (selon le cas, entre 3 et 7 jours).
- **Évaluer la douleur liée à la plaie de pression, s'il y a lieu**
  - » Caractéristiques : fréquence, intensité, type;
  - » Signes et symptômes associés;
  - » Facteurs aggravants;
  - » Répercussions sur les AVQ et l'humeur;
  - » Mesures pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que leur efficacité.
- **Procéder à une consultation spécialisée pour une évaluation diagnostique et des traitements selon les données de l'évaluation des autres étapes**
  - » Assurer la continuité des soins;
  - » Appliquer la surveillance nécessaire aux investigations et traitements proposés;
  - » Surveiller l'état de santé et en suivre l'évolution;
  - » Effectuer un suivi régulier des résultats des traitements auprès du spécialiste.

### ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

#### AMÉLIORATION DE L'INTÉGRITÉ DE LA PEAU?

**OUI**

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.  
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



**NON**

**ALERTE** : Le médecin traitant, les consultants et les intervenants concernés de près devront envisager des mesures palliatives adaptées pour le long terme (PII).

## AUTEURS

### **MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.**

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

### **MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ**

Géiatre

Chef du Département de médecine spécialisée

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec

Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

### **MICHÈLE GIROUARD, M.D., FRCPC, CSPQ, DABD**

Dermatologue

Chef du service de dermatologie de l'Hôpital de Hull

Directrice du centre spécialisé du soin des plaies de l'Hôpital de Hull

Responsable de stage en dermatologie, Campus santé de l'Outaouais, Faculté de médecine, Université de McGill

### **DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP**

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,

Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

## BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur la prévention des plaies de pression.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

Arnold, M. C. (2003). Pressure ulcer prevention and management: the current evidence for care. *AACN Clinical Issues*, 14(4), 411-428.

Association canadienne du soin des plaies. (2009, décembre). *L'Association canadienne du soin des plaies*. En ligne. [http://cawc.net/os/open/french/home\\_fr.html](http://cawc.net/os/open/french/home_fr.html) (Consulté le 28 juin 2010)

Ayello, E. A., Baranoski, S., Lyder, C. H., & Cuddigan, J. (2004). Pressure ulcers. In S. Baranoski & E. A. Ayello (Eds.), *Wound care essentials : practice principles* (p. 240-270). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2004). Skin : an essential organ. In S. Baranoski & E. A. Ayello (Eds.), *Wound care essentials : practice principles* (p. 47-60). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bergstrom, N. (1994). *Treatment of pressure ulcers* (Vol. 15. Clinical practice guideline). Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 154 p.

Bergstrom, N. (1995). Pressure ulcer treatment : quick reference guide for clinicians. *Advances in Wound Care*, 8(2), 22-44.

Bouchard, H., & Morin, J. (2009). *Cadre de référence régional en soins de plaies chroniques*. Sherbrooke: Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 574 p.

Bouchard, H., & Morin, J. (2009). *Aidez-moi, s'il-vous-»plaie»! : cadre de référence relatif aux soins de plaies chroniques*. Sherbrooke: GGC.

Braden, B., & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 12(1), 8-12.

Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Decubitus*, 2(3), 44-46.

Braden, B. J., & Blanchard, S. (2007). Risk assessment in pressure ulcer prevention. In D. L. Krasner, G. T. Rodeheaver & R. G. Sibbald (Eds.), *Chronic wound care : a clinical source book for healthcare professionals* (4 ed., p. 593-608). Malvern: HMP communications.

Burrows, C., Miller, R., Townsend, D., Bellefontaine, R., MacKean, G., Orsted, H. L., et al. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe : mise à jour 2006. *Wound Care Canada*, 4(1), 87-98.

Calne, S., Moffatt, C., Cutting, K., Gilchrist, B., Gottrup, F., Leaper, D., et al. (2005). *L'identification des critères d'infection des plaies*. En ligne. London: European Wound Management Association, 17 p. [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/Position\\_Documents/2005\\_Wound\\_Infection\\_/French\\_pos\\_doc\\_final.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2005_Wound_Infection_/French_pos_doc_final.pdf) (Consulté le 28 juin 2010)

Denis, N., & Saint-Cyr, D. (2006). Processus de validation d'une traduction française du "Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk". *Wound Care Canada*, 4(3), 20-28, 54. En ligne. <http://www.cawc.net/images/uploads/wcc/4-3-denis.pdf> (Consulté le 28 juin 2010)

Dolynchuk, K., Keast, D., Campbell, K., Houghton, P., Orsted, H., Sibbald, G., et al. (2000). Best practices for the prevention and treatment of pressure ulcers. *Ostomy Wound Management*, 46(11), 38-52; quiz 53-34.

Ékoé, J.-M. (2002). Le pied diabétique. *Le Clinicien*, 17(4), 92-102.

Evans, E. (2005). Nutritional assessment in chronic wound care. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*, 32(5), 317-320.

Keast, D. H., Parslow, N., Houghton, P. E., Norton, L., & Fraser, C. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression : mise à jour 2006. *Wound Care Canada*, 4(1), 87-98.

Maklebust, J., & Sieggreen, M. (2001). *Pressure ulcers : guidelines for prevention and management* (3 ed.). Springhouse: Springhouse Corp., 322 p.

Moulin, Y. (2002). Le soin des plaies (1re partie) : comprendre le processus de cicatrisation. *L'Infirmière du Québec*, 9(1), 37-40.

Moulin, Y. (2002). Le soin des plaies (2 e partie) : survol des classifications des plaies. *L'Infirmière du Québec*, 9(2), 53-56.

Moulin, Y. (2002). Le soin des plaies (3 e partie) : les facteurs nuisibles à la cicatrisation. *L'Infirmière du Québec*, 9(3), 33-36.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). *Terms and definitions related to support surfaces*. En ligne. Washington, DC: NPUAP, 10 p. [http://www.npuap.org/NPUAP\\_S3I\\_TD.pdf](http://www.npuap.org/NPUAP_S3I_TD.pdf) (Consulté le 28 juin 2010)

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). *Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP*. En ligne. Washington, DC: NPUAP. <http://www.npuap.org/pr2.htm> (Consulté le 28 juin 2010)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Les soins de plaies au coeur du savoir infirmier : de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*. Montréal: OIIQ, 512 p.

Pieper, B. (2000). Mechanical forces : pressure, shear, and friction. In R. A. Bryant (Ed.), *Acute and chronic wounds : nursing management* (2 ed., p. 221-264). St. Louis; Toronto Mosby.

Pieper, B. (2007). Mechanical forces : pressure, shear, and friction. In R. A. Bryant & D. P. Nix (Eds.), *Acute and chronic wounds : current management concepts* (3 ed., p. 205-234). St. Louis: Mosby Elsevier.

Sibbald, R. G., Orsted, H. L., Coutts, P. M., & Keast, D. H. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : mise à jour 2006. *Wound Care Canada*, 4(1), 73-86.

The National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). Pressure ulcer stages revised by the National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Ostomy Wound Management*, 53(3), 30-31.

Treatment of pressure ulcers guideline panel. (1994). *Treatment of pressure ulcers*. En ligne. Rockville: U.S. Department of health and human services, Public health service, Agency for health care policy and research, 164 p. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hsahcpr&part=A5124> (Consulté le 26 juillet 2010)

Woodbury, G., & Houghton, P. (2003). *Prevalence of chronic wounds in Canada*. En ligne. London, Ont.: CAWC, 2 p. [http://www.cawc.net/images/uploads/resources/Prevalence\\_of\\_Chronic\\_Wound.pdf](http://www.cawc.net/images/uploads/resources/Prevalence_of_Chronic_Wound.pdf) (Consulté le 26 juillet 2010)

Woodbury, M. G., & Houghton, P. E. (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Management*, 50(10), 22-24.

## ANNEXE 1

### ÉCHELLE DE BRADEN<sup>®</sup>

<p>Perception sensorielle</p> <p>Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression.</p>	<p>1. Complètement limitée : Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation.</p> <p>OU</p> <p>A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.</p>	<p>2. Très limitée : Répond seulement aux stimuli douloureux.</p> <p>Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation.</p> <p>OU</p> <p>A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.</p>	<p>3. Légèrement limitée : Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné.</p> <p>OU</p> <p>A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.</p>	<p>4. Aucune atteinte : Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.</p>
<p>Humidité</p> <p>Le degré d'humidité auquel la peau est exposée.</p>	<p>1. Constamment humide : La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La moiteur est notée à chaque fois que la personne est changée de position.</p>	<p>2. Très humide : La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.</p>	<p>3. Occasionnellement humide : La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.</p>	<p>4. Rarement humide : La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.</p>
<p>Activité</p> <p>Le degré d'activité physique.</p>	<p>1. Alité : Confinement au lit.</p>	<p>2. Confinement au fauteuil : La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou fauteuil roulant.</p>	<p>3. Marche à l'occasion : Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.</p>	<p>4. Marche fréquemment : Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil.</p>
<p>Mobilité</p> <p>Capacité de changer et de contrôler la position de son corps.</p>	<p>1. Complètement immobile : Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.</p>	<p>2. Très limitée : Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.</p>	<p>3. Légèrement limitée : Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façons indépendantes.</p>	<p>4. Non limitée : Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.</p>
<p>Nutrition</p> <p>Profil de l'alimentation habituelle.</p>	<p>1. Très pauvre : Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes, produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide.</p> <p>OU</p> <p>Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.</p>	<p>2. Probablement inadéquate : Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel.</p> <p>OU</p> <p>Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.</p>	<p>3. Adéquate : Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert.</p> <p>OU</p> <p>Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels.</p>	<p>4. Excellente : Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.</p>
<p>Friction et cisaillement</p>	<p>1. Problème : Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.</p>	<p>2. Problème potentiel : Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.</p>	<p>3. Aucun problème apparent : Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil.</p>	

Copyright Barbara Braden et Nancy Bergstrom, 1988 © Version française approuvée par les auteurs.  
Traduction et validation faite par Diane St-Cyr et Nicole Denis, 2004©.

Source : La version française de l'échelle de Braden © a été développée et validée par Diane St-Cyr et Nicole Denis à partir du Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk ©. Copyright. Barbara Braden et Nancy Bergstrom. 1988. Reproduction autorisée.

## ANNEXE 2

**TABLEAU 9.7 INTERVENTIONS PRÉVENTIVES PAR NIVEAU DE RISQUE ET PAR TYPE DE RISQUE SELON L'ÉCHELLE DE BRADEN**

<p><b>RISQUE FAIBLE – RÉSULTAT : DE 15 À 18</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tourner le client régulièrement</li> <li>• Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions)</li> <li>• Utiliser des mesures pour protéger les talons</li> <li>• Contrôler l'humidité, maintenir une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement</li> <li>• Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression si le client est alité ou confiné dans un fauteuil</li> </ul> <p>* Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risque importants sont présents (âge avancé, fièvre, apport nutritionnel en protéines inadéquat, pression diastolique inférieure à 60, instabilité hémodynamique)</p>	<p><b>RISQUE ÉLEVÉ – RÉSULTAT : DE 10 À 12</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter la fréquence des changements de position</li> <li>• Prévoir de petites rotations de position supplémentaires</li> <li>• Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression</li> <li>• S'assurer que le positionnement respecte un angle de 30° par rapport au matelas en ajoutant des coussins de mousse triangulaires</li> <li>• Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions)</li> <li>• Utiliser des mesures pour protéger les talons</li> <li>• Contrôler l'humidité, assurer une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement</li> </ul> <p>* Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risque importants sont présents</p>
<p><b>RISQUE MODÉRÉ – RÉSULTAT : 13 OU 14</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier un horaire de positionnement</li> <li>• S'assurer que le positionnement respecte un angle de 30° par rapport au matelas en ajoutant des coussins de mousse triangulaires</li> <li>• Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression</li> <li>• Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions)</li> <li>• Utiliser des mesures pour protéger les talons</li> <li>• Contrôler l'humidité, assurer une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement</li> </ul> <p>* Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risque importants sont présents</p>	<p><b>RISQUE TRÈS ÉLEVÉ – RÉSULTAT : 9 OU MOINS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les interventions listées ci-haut et</li> <li>• Utiliser une surface d'appui qui soulage la pression si le client présente : <ul style="list-style-type: none"> <li>- une douleur non soulagée ou</li> <li>- une douleur importante exacerbée par les changements de position ou</li> <li>- des facteurs de risque additionnels</li> </ul> </li> </ul> <p>* Le lit à faible perte d'air ne remplace pas les changements de position réguliers</p>
<p><b>INTERVENTIONS POUR CONTRÔLER L'HUMIDITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser une barrière cutanée</li> <li>• Utiliser des produits d'incontinence qui gardent la peau au sec</li> <li>• Traiter la cause, si cela est possible</li> <li>• Offrir le bassin de lit ou l'urinoir et un verre d'eau au moment des changements de position</li> </ul>	<p><b>INTERVENTIONS POUR DIMINUER LA FRICTION ET LE CISAILLEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas élever la tête de lit à plus de 30°</li> <li>• Utiliser un trapèze, si cela est indiqué</li> <li>• Utiliser une alèse de positionnement au moment des mobilisations</li> <li>• Protéger les coudes et les talons en présence de friction</li> </ul>
<p><b>INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER L'ÉTAT NUTRITIONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter l'apport en protéines</li> <li>• Augmenter l'apport en calories pour préserver les protéines</li> <li>• Ajouter un supplément de multivitamines (y compris les vitamines A, C et E)</li> <li>• Agir rapidement pour corriger les carences</li> <li>• Consulter un diététiste</li> </ul>	<p><b>INTERVENTIONS ADDITIONNELLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas masser des proéminences osseuses qui présentent de l'érythème</li> <li>• Ne pas utiliser de coussin en forme d'anneau (beigne)</li> <li>• Maintenir une bonne hydratation</li> <li>• Éviter l'assèchement de la peau</li> </ul>

Source : Ce tableau a été reproduit et traduit de l'anglais par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à partir de Braden, B. J., & Blanchard, S. (2007). Risk assessment in pressure ulcer prevention. In D. L. Krasner, G. T. Rodeheaver & R. G. Sibbald (Eds.), *Chronic wound care : a clinical source book for healthcare professionals* (4 ed., p. 593-608). Malvern: HMP Communications.

La traduction française et autorisée est extraite de l'ouvrage : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier : de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter* (p.184). Montréal: OIIQ, 512 p. Ce tableau est reproduit avec les permissions de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de © HMP communications. Toute reproduction ultérieure est interdite sans la permission de l'OIIQ et de HMP Communications.

**TABLEAU 16.2 CHOIX DES PRODUITS ET DES PANSEMENTS SELON L'ÉTAT DE LA PLAIE ET LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT**

ÉTAT DE LA PLAIE	OBJECTIFS DU TRAITEMENT	PRODUITS ET PANSEMENTS SUGGÉRÉS
<b>Escarre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débrider</li> <li>• Hydrater l'escarre</li> </ul>	<b>Exsudat léger</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrogel hypertonique</li> <li>• Hydrogel isotonique</li> <li>• Hydrocolloïde</li> <li>• Pansement humide au NaCl 0,9%</li> </ul>
<b>Tissus nécrotiques humides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débrider</li> <li>• Absorber le surplus d'exsudat</li> <li>• Maintenir l'équilibre microbien</li> <li>• Protéger la peau environnante</li> <li>• Remplir les sinus ou les espaces sous-jacents</li> </ul>	<b>Exsudat léger</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrogel<sup>1</sup></li> <li>• Hydrocolloïde</li> <li>• Pansement humide au NaCl 0,9%</li> </ul> <b>Exsudat modéré à abondant</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alginate<sup>2</sup></li> <li>• Hydrofibre</li> <li>• Pansement hypertonique au NaCl</li> <li>• Mousse hydrocellulaire<sup>3</sup></li> <li>• Pâte hydrophile<sup>4</sup></li> </ul>
<b>Tissu de granulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la prolifération du tissu de granulation</li> <li>• Protéger le tissu de granulation</li> <li>• Maintenir un milieu humide contrôlé</li> <li>• Maintenir l'équilibre microbien</li> <li>• Éliminer ou réduire la douleur</li> <li>• Remplir les sinus ou les espaces sous-jacents</li> </ul>	<b>Exsudat léger</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrogel<sup>1</sup></li> <li>• Hydrocolloïde</li> <li>• Pansement humide au NaCl 0,9%</li> <li>• Pansement non adhérent imprégné ou non imprégné<sup>5</sup></li> </ul> <b>Exsudat modéré à abondant</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alginate<sup>2</sup></li> <li>• Hydrofibre</li> <li>• Pansement hypertonique au NaCl</li> <li>• Mousse hydrocellulaire<sup>3</sup></li> <li>• Pâte hydrophile<sup>4</sup></li> </ul>
<b>Tissu épithélial (plaie cicatrisée)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéger le nouveau tissu épithélial</li> <li>• Protéger la peau environnante</li> </ul>	<b>Pas d'exsudat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pellicule transparente</li> <li>• Hydrocolloïde mince</li> <li>• Barrière cutanée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- liquide sans alcool</li> <li>- en crème</li> <li>- en onguent</li> </ul> </li> </ul>
<b>Plaie infectée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer la charge microbienne</li> <li>• Absorber le surplus d'exsudat</li> <li>• Débrider</li> <li>• Contrôler l'odeur</li> <li>• Remplir les sinus et les espaces sous-jacents</li> </ul>	<b>Exsudat modéré à abondant</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alginate<sup>2</sup></li> <li>• Hydrofibre</li> <li>• Pansement hypertonique au NaCl</li> <li>• Mousse hydrocellulaire<sup>3</sup></li> <li>• Pansement antimicrobien à base d'argent</li> <li>• Pansement antimicrobien à base de cadexomère d'iode</li> <li>• Pansement au charbon</li> </ul>

<sup>1</sup> Hydrogel combiné à un produit de remplissage si la plaie est profonde.

<sup>2</sup> Alginate : pansement à privilégier pour une plaie qui présente des saignements.

<sup>3</sup> Mousse hydrocellulaire conçue pour les cavités, si la plaie est profonde.

<sup>4</sup> Pâte hydrophile : seulement pour les plaies superficielles avec exsudat modéré.

<sup>5</sup> Pansement non adhérent imprégné ou non imprégné, seulement si la plaie est superficielle.

Source : Ce tableau est extrait de l'ouvrage : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier : de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter. Montréal: OIIQ, 512 p.

Il est reproduit avec la permission de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Toute reproduction ultérieure est interdite sans la permission de l'OIIQ).

**Santé**  
**et Services sociaux**

**Québec**



ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
<b>ÉLÉMENTS PHYSIQUES</b>			
<p><b>Dépistage du risque de plaie à l'aide de l'échelle de Braden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soins intensifs : q 24 h et autres unités de soins : q 48 h</li> </ul> <hr/> <p><b>Surveillance des sites anatomiques à risque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sacrum, talons, ischions, malléoles, trochanters</li> </ul> <hr/> <p><b>Assistance à la personne confinée ou souvent au lit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Horaire de positionnement avec rotation aux 2 h (même la nuit)</li> <li>Vérification du sacrum, des talons et des sites à risque q 8 h</li> <li>Exercices passifs et actifs des MI et MS pendant les AVQ</li> </ul> <hr/> <p><b>Assistance à la personne longtemps assise dans un fauteuil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exercices de transfert du poids du bassin q 20 min</li> </ul>	<p><b>Physiothérapeute</b> si jugé nécessaire</p>	<p><b>Déterminer le stade si une plaie apparaît et appliquer les traitements selon les algorithmes décisionnels et les ordonnances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Application des plans standardisés de soins et de traitements infirmiers</li> <li>Application des ordonnances médicales collectives</li> <li>Application des ordonnances médicales spécifiques</li> </ul>	<p><b>Consultations spécialisées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les recommandations</li> <li>Poursuivre les soins</li> </ul>
<b>ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE</b>			
<p><b>Problèmes associés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de l'apport nutritionnel et hydrique</li> <li>Mobilité réduite ou élément de frottement ou d'appui</li> <li>Terrain vasculaire ou sensoriel déficitaire (ulcère veineux, ulcère du pied diabétique, neuropathie)</li> <li>Humidité cutanée excessive (replis cutanés, incontinence, etc.)</li> </ul> <hr/> <p><b>Pour toute personne ayant un score &lt; 18 pts (échelle de Braden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérification quotidienne et assistance pour la prise suffisante d'aliments (protéines et énergie) aux repas</li> <li>Assistance pour l'hydratation (1500 à 2000 ml/24 h)</li> <li>Changement dès que souillé ou humide : protection, vêtement, literie, etc.</li> <li>Patient est levé ou mobilisé dès que possible</li> </ul>	<p><b>Infirmière-stomothérapeute, nutritionniste</b> si jugé nécessaire</p>	<p><b>Vérifier les sources potentielles de complications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diabète, insuffisance artérielle, trouble sensitif, orthèse, prothèse, fixation chirurgicale, plâtre</li> <li>Immunodéficience</li> </ul>	
<b>ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX</b>			
<p><b>Éducation du patient et de ses proches sur les mesures de prévention primaires et secondaires</b></p> <hr/> <p><b>Matériel adapté et éléments environnementaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de surfaces thérapeutiques (appui) qui diminuent la pression</li> <li>Adaptation et positionnement au lit et au fauteuil</li> </ul>	<p><b>Ergothérapeute</b> si jugé nécessaire</p>		