

**PROTOCOLE INFIRMIER
DSI-PRI-13**

CLSC URFI CH

Cadre de référence en soins de plaie Oui Non

Référence à une politique
Référence à une règle de soins
Référence à une ordonnance collective

Date d'entrée en vigueur : **Septembre 2011**

Date de révision :

Prévenir et traiter les plaies de pression

Professionnels visés :

**Infirmières et infirmiers
Infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires**

Non professionnels visés :

**Auxiliaires des services sociaux et de santé et
autre personnel non professionnel**

DÉFINITION

Les plaies de pression sont des lésions circonscrites de la peau et des tissus sous-jacents, généralement situés sur les proéminences osseuses, causées par une pression combinée à de la friction ou à du cisaillement; plusieurs autres facteurs peuvent également contribuer au développement de ce type de lésion. Les plaies de pression sont définies par stades selon la profondeur du dommage cellulaire.¹ Voir les stades de plaies de pression à l'annexe 1.

FACTEURS DE RISQUE

Quiconque :

- Devient frêle et/ ou âgé ;
- Dont le processus morbide (modification cardiovasculaire, diabète, oedème ou anémie) entrave l'irrigation tissulaire ;
- Souffre de maladies coexistantes telles que le cancer ou la polyarthrite rhumatoïde ;
- Dont les fonctions cognitives sont altérées ;
- Présente une mobilité réduite et doit compter sur une assistance physique ou mécanique ;
- Souffre de carences nutritionnelles récentes ou de longue date ;
- Dont la peau est exposée à une humidité excessive, par exemple ; incontinence, diaphorèse et plaies suintantes ;
- Dont la peau est fragile.

¹Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007) « Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier », Montréal OIIQ, p. 164.

PHYSIOLOGIE DES PLAIES DE PRESSION²

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<p style="text-align: center;"> Âge ↓↑ Malnutrition ↓↑ Perturbation circulatoire ↓↑ État de conscience diminué ↓↑ Mobilité – activité restreinte ↓↑ Spasmes – contractures ↓↑ Macération ↓↑ Perception sensorielle diminuée </p>	<p style="text-align: center;"> Pression > 32 mm Hg + Friction / cisaillement = Pression capillaire réduite X Temps = Ischémie ↓ Perméabilité capillaire augmentée ↓ Inflammation ↓ Mort tissulaire </p>

BUT

- Évaluer le risque de développer des plaies de pression et mettre en œuvre des interventions afin de les prévenir.
- Améliorer la qualité des soins de plaies de pression en uniformisant la pratique infirmière.

CONTEXTE

Dans le cadre de l'exercice infirmier, une des activités réservées à l'infirmière est de déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.

Les infirmières auxiliaires peuvent prodiguer des soins des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments selon une ordonnance ou un plan de traitement infirmier.

Les articles 39,7 et 39,8 du Code des professions (2002) permettent aux non professionnels (auxiliaires des services sociaux et de santé ou autre personnel non professionnel) d'exercer certaines activités dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un centre de services de santé et sociaux

L'infirmière doit consulter d'autres professionnels de la santé et privilégier l'approche interdisciplinaire dans la prévention et le traitement des plaies selon son évaluation.

INTERVENANTS CONCERNÉS

- Infirmières
- Infirmières auxiliaires
- Auxiliaires des services sociaux et soins de santé (ASSS)

² CSSS de Québec-Nord et Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux (2006). *Oser une nouvelle vision des soins de plaies*, Bibliothèque nationale du Québec et du Canada.

CLIENTÈLE VISÉE

L'ensemble de la clientèle du CSSS Lucille-Teasdale à risque ou présentant une plaie de pression.

OBJECTIFS

- Prévenir par le dépistage systématique les risques de développer une plaie de pression;
- Appliquer les plus récentes recommandations des pratiques exemplaires de l'Association canadienne du soin des plaies, tel que résumé dans le tableau³ suivant :

Identifier et traiter la cause :
1. Compléter une anamnèse du patient et un examen physique ciblé pour déterminer l'état général et les facteurs de risque qui peuvent mener à la formation d'un ulcère de pression ou qui peuvent affecter la guérison des ulcères existants.
2. Évaluer et modifier les situations où la pression peut être plus élevée.
3. Maximiser l'état nutritionnel.
4. Maîtriser l'humidité et l'incontinence.
5. Maximiser l'activité et la mobilité, réduisant ou éliminant la friction et le cisaillement.
Aborder les besoins particuliers de l'utilisateur :
6. Évaluer et maîtriser la douleur.
7. Évaluer les besoins psychosociaux et y répondre.
Procurer un soin local de la plaie :
8. Évaluer le stade de la plaie et la traiter. Procurer un environnement optimal compatible avec les principes de préparation du lit de la plaie.
9. Introduire des modalités d'appoint ou des pansements biologiquement actifs au besoin.
10. Envisager une intervention chirurgicale pour les ulcères profonds qui ne guérissent pas (Stades III et IV).
Fournir un soutien organisationnel :
11. Mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pouvant répondre plus spécifiquement aux besoins du patient.
12. Éduquer les patients et les soignants au sujet de la prévention et de la prise en charge des ulcères de pression.

³ Tiré de l'article « *Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression, mise à jour pour 2006* », Wound Care Canada, vol. 4, no. 1, p. 87.

CONDITIONS D'APPLICATION

- L'infirmière en hébergement procède à l'évaluation de la condition de l'utilisateur à l'admission, dont la détection des facteurs de risque de développer une plaie de pression et des facteurs nuisibles à la cicatrisation. À cet effet, elle complète l'échelle d'évaluation du risque de Braden (annexe 2) et selon le résultat, détermine des interventions préventives ou curatives requises dans le plan de traitement et le plan thérapeutique infirmier (PTI), se référer à annexe 3a et b.
- Par la suite, l'infirmière en hébergement, procède à l'évaluation du risque de Braden à chaque semaine pendant quatre semaines suivant l'admission et lors de changements dans la condition de l'utilisateur (ex. : après une hospitalisation).
- L'infirmière en hébergement inscrit le score obtenu à l'échelle de Braden (inscrire la date de l'évaluation en précision) et la présence de plaie au profil Clinibase.
- L'infirmière en CLSC procède à l'évaluation de la condition de l'utilisateur (première visite), et détecte les facteurs de risque de développer des plaies de pression. À cet effet, elle complète l'échelle d'évaluation du risque de Braden (annexe 2), et selon le résultat, détermine des interventions préventives ou curatives requises dans le plan de traitement et le plan thérapeutique infirmier (PTI) se référer à annexe 3a et b.
- Par la suite, l'infirmière en CLSC, procède à l'évaluation du risque de Braden (annexe 2) à chaque changement significatif de l'état de santé particulièrement si le changement affecte l'un des paramètres évalués par l'échelle du risque de Braden ou si de nouveaux facteurs de risque apparaissent. La fréquence des évaluations doit être adaptée selon l'évaluation initiale et la condition de santé de l'utilisateur (Association des établissements de santé et de services sociaux 2008).
- L'infirmière évalue la plaie et ses composantes à l'aide du formulaire « Soins de plaies : paramètres et plan de traitement » minimalement une fois par semaine.
- L'infirmière inscrit une note au dossier indiquant que le PTI a été complété, maintenu ou ajusté, et en informe l'équipe soignante (plan de travail).
- L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de la plaie et ses composantes en recueillant les paramètres associés et elle complète le formulaire « soins de plaies : paramètres et plan de traitement ».
- L'infirmière auxiliaire applique les mesures préventives et prodigue les soins et traitements inscrits au plan de traitement et inclus au plan thérapeutique infirmier.

- L'auxiliaire de santé et services sociaux peut administrer des médicaments par voie topique et prodiguer des soins de plaies non invasifs⁴ selon les directives de l'infirmière inscrites sur la feuille de consigne des activités d'exception :
 - Applique des crèmes, onguents, lotions sur des affections dermatologiques ou des plaies superficielles.
 - Change un pansement sec déjà existant et applique une pellicule transparente sur une plaie de pression.
 - Informe l'infirmière de situations particulières ou anormales et de signes et symptômes inhabituels.

DIRECTIVES

- Appliquer les interventions préventives et curatives selon la situation et la spécificité de l'utilisateur, se référer à annexe 3a et b.
- En collaboration avec le médecin traitant, établir les objectifs thérapeutiques poursuivis.

CONTRE-INDICATIONS

- Sensibilité connue ou allergie à une des composantes du produit ou du pansement.
- Site de greffon.

LIMITES/ORIENTATION AU MÉDECIN

- Détérioration de la condition générale de l'utilisateur.
- Détérioration ou arrêt dans le processus de guérison de la plaie.
- Appliquer les ordonnances collectives DSI-OC-CLSC-20 et DSI-OC-CH-17 « Effectuer une culture de plaie par écouvillonnage » avant toute utilisation de pansement antimicrobien. Informer le médecin des résultats de la culture.
- L'utilisation d'un pansement antimicrobien doit être d'une durée entre 5 et 14 jours. Une culture de plaie par écouvillonnage doit être refaite après 7 jours d'utilisation d'un pansement antimicrobien. Si colonisation critique ou présence de signes d'infection persistant, le traitement antimicrobien pourra être continué sous prescription médicale.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aviser le médecin traitant de l'évolution de la plaie et des ajustements apportés au plan de traitement infirmier. |
|--|

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Formulaire « Soins de plaies : paramètres et plan de traitement », 2011. CSSS Lucille-Teasdale
- Guide d'utilisation soins de plaies : paramètres et plan de traitement, 2011. CSSS Lucille-Teasdale

⁴ Selon les choix de notre établissement et le contexte clinique, les activités relatives à l'administration de certains médicaments, traitements ou soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne peuvent être effectuées suite à l'approbation des chefs de programme des soins infirmiers et des services d'aide à domicile.

- Algorithme des rôles des infirmières, des infirmières auxiliaires et des ASSS, 2011 CSSS Lucille-Teasdale (annexe 4)
- Horaire de positionnement, 2011 CSSS Lucille-Teasdale (annexe 5).

RÉFÉRENCES

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007) « Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier », Montréal OIIQ, p. 164.

CSSS de Québec-Nord et Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux (2006). *Oser une nouvelle vision des soins de plaies*, Bibliothèque nationale du Québec et du Canada.

« Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression, mise à jour pour 2006 », Wound Care Canada, vol. 4, no.1, p.87.

CSSS Lucille-Teasdale (2010). Guide d'application des activités d'exception. Direction des personnes en perte d'autonomie et Direction des soins infirmiers. Document inédit.

CSSS Lucille-Teasdale (2009). Confier des activités d'exception au personnel non professionnel. DSI-RSI-08. Direction des soins infirmiers.

Association québécoise des services de santé et des services sociaux (AQESSS) 2008. *Évaluation des facteurs de risque avec l'utilisation de l'échelle de Braden, cadre de référence et technique de soins*. Méthodes de soins infirmiers. AQESSS : Montréal.

Processus d'élaboration

Rédigé par : Clara Tomassini, conseillère cadre en soins infirmiers Septembre 2011

Instance consultée :
 Conseillères cadres en soins infirmiers Septembre 2011
 Comité Cadre de référence en prévention et de soins de plaies Septembre 2011
 Mme Chantale Labrecque inf., M. Sc, Cliniconseil inc. Septembre 2011

Validé par :  Septembre 2011

Jocelyne Levesque, directrice des soins infirmiers

LES PLAIES DE PRESSION⁵

Stades des plaies de pression selon le National Pressure Ulcer Advisory Panel

STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	
Lésion des tissus profonds suspectée (LTSP)	<p>Peau sans bris (intacte) qui présente une zone bien définie de décoloration violacée ou marron, ou une phlyctène sanguine causée par des dommages aux tissus mous sous-jacents provoqués par la pression et le cisaillement. Cette lésion peut être précédée d'une région tissulaire douloureuse, ferme, de consistance gélatineuse, oedémateuse, plus chaude ou plus froide que les tissus adjacents.</p> <p>Description additionnelle : Une telle lésion peut être difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée. L'apparition d'une phlyctène mince sur une zone foncée du lit de la plaie signale que la lésion progresse; tout comme elle peut se détériorer par la suite en se couvrant d'une mince escarre. Son évolution peut être rapide et affecter des couches tissulaires additionnelles malgré un traitement optimal.</p>	
I	<p>Peau sans bris (intacte) qui présente une zone bien définie d'érythème qui ne blanchit pas à la pression du doigt, habituellement située sur une proéminence osseuse. Chez les personnes de pigmentation foncée, il est parfois impossible de vérifier si la zone affectée blanchit ou non à la pression; sa coloration peut être différente de la peau environnante.</p> <p>Description additionnelle : Comparée aux tissus adjacents, cette région peut être douloureuse, ferme ou moelle, plus chaude ou plus froide. Une telle lésion peut être difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée. Elle peut également signaler qu'il s'agit d'une personne à risque.</p>	
II	<p>Perte tissulaire partielle du derme qui a l'aspect d'un ulcère superficiel dont le lit de la plaie est rouge rosé, sans tissu nécrotique humide. La lésion peut également avoir l'aspect d'une phlyctène séreuse, intacte ou ouverte et fissurée.</p> <p>Description additionnelle : Cette plaie peut aussi avoir l'aspect d'un ulcère superficiel sec ou luisant, mais sans tissu nécrotique humide ni ecchymose*. Ce stade ne devrait pas être utilisé pour décrire des déchirures cutanées, des brûlures de diachylon, des dermatites périnéales, de la macération ou des excoriations.</p> <p>* Une zone d'ecchymose laisse suspecter une lésion des tissus profonds.</p>	
III	<p>Perte tissulaire complète. Le tissu sous-cutané peut être visible, mais non les os, les tendons et les muscles. Des tissus nécrotiques humides peuvent être présents, sans empêcher d'évaluer la profondeur de la perte tissulaire. Cette plaie peut comporter des sinus ou des espaces sous-jacents.</p> <p>Description additionnelle : La profondeur de cette plaie varie selon la région anatomique. La cloison nasale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportent pas de tissu sous-cutané; les plaies de stade III situées dans ces régions peuvent être superficielles. Par contre, dans les régions où la couche de tissu adipeux est très importante, ces plaies peuvent être extrêmement profondes. Les os et les tendons ne sont pas visibles ni directement palpables.</p>	
IV	<p>Perte tissulaire complète qui expose les os, les tendons ou les muscles. Des tissus nécrotiques humides ou des escarres peuvent être présents dans certaines parties du lit de la plaie. Ces ulcères comportent souvent des sinus ou des espaces sous-jacents.</p> <p>Description additionnelle : La profondeur de cette plaie varie selon la région anatomique. La cloison nasale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportent pas de tissu sous-cutané; les plaies de stade IV situées dans ces régions peuvent être superficielles. Ces plaies peuvent atteindre les muscles et les structures profondes (p. ex. fascia, tendons ou capsules articulaires) et causer une ostéomyélite. Les os et les tendons sont visibles ou directement palpables.</p>	
Indéterminé X*	<p>Perte tissulaire complète dont la base est recouverte de tissus nécrotiques humides (jaunes, beiges, gris, verts ou bruns) ou d'une escarre (beige, brune ou noire) dans le lit de la plaie.</p> <p>Description additionnelle : La vraie profondeur de la plaie, donc le stade, ne peut être déterminée tant que les tissus nécrotiques humides ou l'escarre ne sont pas suffisamment débridés pour permettre de visualiser la base de la plaie. Une escarre stable sur les talons (sèche, adhérente, intacte sans érythème ni fluctuation liquidienne) constitue une couche de protection naturelle (biologique) et ne devrait pas être enlevée.</p> <p>* L'appellation « stade X » est couramment utilisée dans les milieux cliniques pour nommer le stade indéterminé.</p>	

Source : NPUAP (2007b).

⁵ Tiré du livre : Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier, OIIQ, p. 181.

ÉCHELLE DE BRADEN :
ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE
CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT DES PLAIES DE
PRESSION : RÉSULTAT¹

N° de dossier:

Nom/Prénom:

DDN

(aaaa/mm/jj):

FACTEURS DE RISQUE	Pointage	DATE						
PERCEPTION SENSORIELLE: Complètement limitée = 1 Très limitée = 2 Légèrement limitée = 3 Aucune atteinte = 4								
HUMIDITE : Constamment humide = 1 Très humide = 2 Occasionnellement humide = 3 Rarement humide = 4								
ACTIVITES : Alité = 1 Confinement au fauteuil = 2 Marche à l'occasion = 3 Marche fréquemment = 4								
MOBILITÉ : Complètement immobile = 1 Très limitée = 2 Légèrement limitée = 3 Non limitée = 4								
NUTRITION : Très pauvre = 1 Probablement inadéquate = 2 Adéquate = 3 Excellente = 4								
FRICTION ET CISAILLEMENT Problème = 1 Problème potentiel = 2 Aucun problème apparent = 3								
POINTAGE TOTAL :	/23	/23	/23	/23	/23	/23	/23	/23
INITIALES :								

L'évaluation s'effectue avec l'échelle de Braden au verso

Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En hébergement et à URFI : Dans les 24h post admission puis à chaque semaine pour 1 mois ▪ En CLSC : à la 1^{re} visite ▪ Et lors de changement dans la condition de l'usager ou au retour d'une hospitalisation 	Niveau de risque selon le pointage de l'échelle de Braden	De 15 à 18 : risque faible
			13 ou 14 : risque modéré
			De 10 à 12 : risque élevé
			≤ 9 : risque très élevé
* Si risque de plaie : ajuster le PTI (voir les interventions recommandées dans le protocole)			

INIT.	SIGNATURE	INIT.	SIGNATURE	INIT.	SIGNATURE

Sources : Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – OIQ – 2007. Droit de reproduction obtenu de Prévention Plus – Home of the Braden Scale. MSI – AQESSS, 2009

ÉCHELLE DE BRADEN :
ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE
CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT DES PLAIES DE
PRESSIION : RÉSULTAT²

N° de dossier:

Nom/Prénom:

DDN
 (aaaa/mm/jj):

PERCEPTION SENSORIELLE Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression	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. Ou À une capacité limitée de ressentir de la douleur ou de l'inconfort sur la majeure partie de son corps.	2. Très limitée : Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. Ou À une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir de la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.	3. Légèrement limitée : Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. Ou À une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir de la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	4. Aucune atteinte : Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer de la douleur ou de l'inconfort.
HUMIDITÉ Degré d'humidité auquel la peau est exposée	1. Constamment humide : La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La toilette est notée chaque fois que la personne est changée de position.	2. Très humide : La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.	3. Occasionnellement humide : La peau est occasionnellement humide et nécessite un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	4. Rarement humide : La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.
ACTIVITÉ Degré d'activité physique	1. Allié : Confinement au lit.	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 dans le fauteuil ou le fauteuil roulant.	3. Marche à l'occasion : Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart du temps de chaque quart de travail au lit ou dans le fauteuil.	4. Marche fréquemment : Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois toutes les deux heures en dehors des heures de sommeil.
MOBILITÉ Capacité de changer et de contrôler la position de son corps	1. Complètement immobile : Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	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.	3. Légèrement limitée : Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	4. Non limitée : Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.
NUTRITION Profil de l'alimentation habituelle	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 (viande ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquide. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. Ou Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	2. Probablement inadéquate : Mange rarement un repas complet et ne mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viande ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. Ou Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.	3. Adéquate : Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viande, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. Ou Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels.	4. Excellent : Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viande et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.
FRICION ET CISAILLEMENT	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 le fauteuil, ce qui requiert qu'il soit positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	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 contention ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position dans le fauteuil ou le lit, mais il glisse à l'occasion.	3. Aucun problème apparent : Le patient bouge de façon indépendante dans le lit ou le 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 le fauteuil.	

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES PAR NIVEAU DE RISQUE SELON L'ÉCHELLE DE BRADEN⁶

<p>1.0 RISQUE FAIBLE- RÉSULTAT : DE 15 À 18</p> <p>1.1 Établir un horaire de positionnement (voir annexe 5). Tourner l'utilisateur régulièrement chaque 2 h.</p> <p>1.2 Au fauteuil, faire un transfert de poids toutes les 15- 20 min. (se pencher vers l'avant, à gauche et à droite) ou repositionner l'utilisateur au moins toutes les heures, s'il n'est pas en mesure de transférer son poids lui-même (utiliser des fauteuils à bascule).</p> <p>1.3 Utiliser des coussins de mousse pour éviter le contact avec les protubérances osseuses.</p> <p>1.4 Utiliser des dispositifs pour laisser les talons libres de toute pression.</p> <p>1.5 Utiliser des dispositifs de soulèvement pour déplacer l'utilisateur plutôt que de le faire glisser (ex. : trapèze, planche de glissement, alèse glissante).</p> <p>1.6 Intervenir pour contrôler l'humidité, réduire la friction et le cisaillement et maintenir une bonne alimentation (voir tableau suivant).</p>	<p>2.0 RISQUE MODÉRÉ- RÉSULTAT : DE 13 OU 14</p> <p>2.1 Appliquer les interventions listées dans le niveau de risque précédent.</p> <p>2.2 Utiliser une surface thérapeutique (matelas, coussins, etc.) qui réduit la pression si l'utilisateur est alité ou confiné dans un fauteuil.</p> <p>2.3 Maintenir la tête du lit le moins élevé possible en fonction de l'état pathologique et des restrictions, afin de limiter l'effet de friction et de cisaillement. Une élévation maximum de 30 degrés est recommandée</p> <p>2.4 Référer à l'ergothérapeute pour l'évaluation des besoins particuliers</p> <p>2.5 Référer au physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation (requête médicale pour ce dernier) pour évaluer la possibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'améliorer la mobilité et l'activité de l'utilisateur ; • De favoriser la circulation des fluides (circulation veineuse, artérielle ou lymphatique) aux moyens de modalités de traitement (ex.; compression pneumatique, électrostimulation, laser, ultrasons...); • D'émettre des recommandations au niveau du positionnement, conjointement avec l'ergothérapeute.
<p>3.0 RISQUE ÉLEVÉ- RÉSULTAT : DE 10 À 12</p> <p>3.1 Appliquer les interventions listées dans les niveaux de risques précédents.</p> <p>3.2 Augmenter la fréquence des changements de position (ex. : au 1 h).</p>	<p>4.0 RISQUE TRÈS ÉLEVÉ- RÉSULTAT : DE 9 ET MOINS</p> <p>4.1 Appliquer les interventions listées dans les niveaux de risques précédents.</p> <p>4.2 Réviser la surface d'appui qui soulage la pression si l'utilisateur présente une douleur non soulagée ou importante exacerbée par les changements de position ou des facteurs additionnels.</p>

⁶ Tiré et adapté du livre *Les soins de plaies, au cœur du savoir infirmier*, page 184, éditeur OIIQ, 2007.

INTERVENTIONS POUR CONTRÔLER L'HUMIDITÉ ET RÉDUIRE LA FRICTION ET LE CISAILLEMENT

INTERVENTIONS POUR CONTRÔLER L'HUMIDITÉ

- Établir un horaire d'élimination afin de favoriser l'autonomie
- Utiliser une barrière cutanée ou un protecteur cutané
- Utiliser des produits d'incontinence qui gardent la peau au sec
- Traiter la cause, si cela est possible

INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LA FRICTION ET LE CISAILLEMENT

- Ne pas élever la tête du lit à plus de 30 degrés
- Utiliser un trapèze, si cela est indiqué
- Utiliser une alèse glissante pour les mobilisations
- Utiliser des pansements protecteurs (ex. : pellicule transparente ou hydrocolloïde) ou un rembourrage protecteur pour réduire le risque de blessure causée par la friction

INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER L'ÉTAT NUTRITIONNEL

- Favoriser l'apport en protéines et en calories
- Maintenir une bonne hydratation
- Si on soupçonne une carence nutritionnelle (pointage de 1 ou 2 sur l'échelle de Braden) et pour toute plaie de pression, se référer à la diététiste.
- Si on soupçonne une problématique nutritionnelle liée à une difficulté dans la capacité de s'alimenter, référer à un ergothérapeute.

ALERTE NURSING

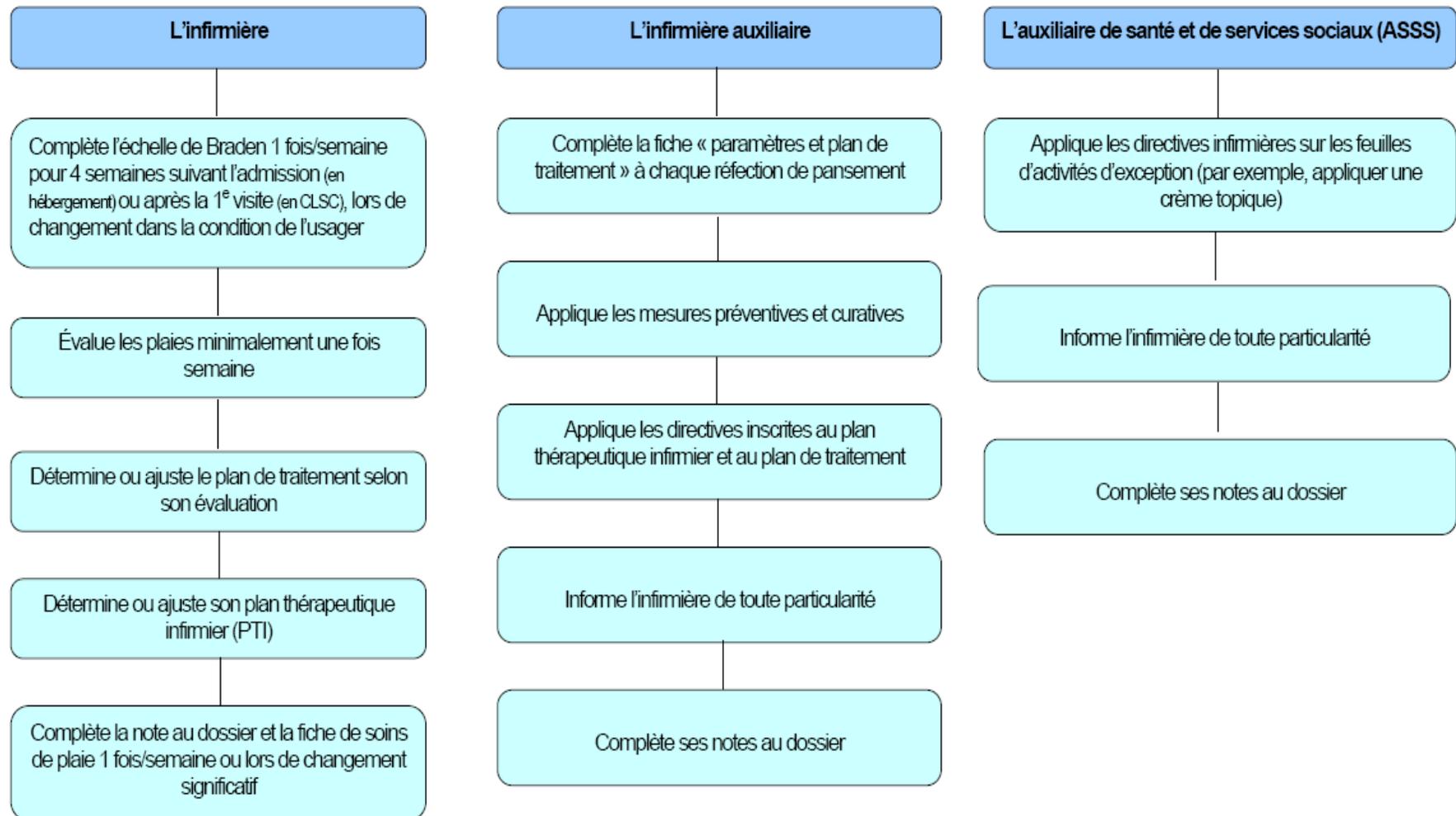
- Éviter de positionner l'utilisateur sur sa plaie de pression sauf pour le repas (20 minutes)
- Toute surface thérapeutique préventive ou curative ne remplace pas les changements de position réguliers
- Lors d'utilisation d'une surface thérapeutique se référer aux recommandations du fabricant pour l'utilisation d'une alèse ou d'un piqué
- Ne pas masser les proéminences osseuses
- Ne pas utiliser de coussin en forme de beigne (qui concentre la pression sur d'autres régions)
- Éviter l'assèchement de la peau

INTERVENTIONS CURATIVES

*Le jugement clinique s'applique selon la situation et la spécificité de l'utilisateur

Stade	Objectifs visés	Produits et pansements recommandés
LTPS (Lésion des Tissus Profonds Suspectée)	<i>Prévenir la détérioration Observer</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protecteur cutanée ▪ Barrière cutanée ▪ Pellicule transparente ▪ Pansement d'acrylique
Stade I	<i>Couvrir Protéger</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protecteur cutanée ▪ Barrière cutanée ▪ Pellicule transparente ▪ Pansement d'acrylique ▪ Hydrocolloïde mince
Stade II	<i>Hydrater Protéger Absorber</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydrogel ▪ Pellicule transparente ▪ Pansement d'acrylique ▪ Hydrocolloïde ▪ Pâte hydrophile
Stade III	<i>Nettoyer Promouvoir la granulation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydrogel ▪ Alginate de calcium ▪ Hydrofibre ▪ Mousse hydrocellulaire ▪ Pansement d'acrylique* ▪ Pâte hydrophile* <p style="text-align: center;">*Si plaie peu cavitaire</p>
Stade IV	<i>Comblent l'espace mort Prévenir l'infection</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydrogel ▪ Alginate de calcium ▪ Hydrofibre ▪ Mousse hydrocellulaire
Stade indéterminé	<i>Débrider</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydrogel ▪ Agent de débridement enzymatique ▪ Hydrocolloïde

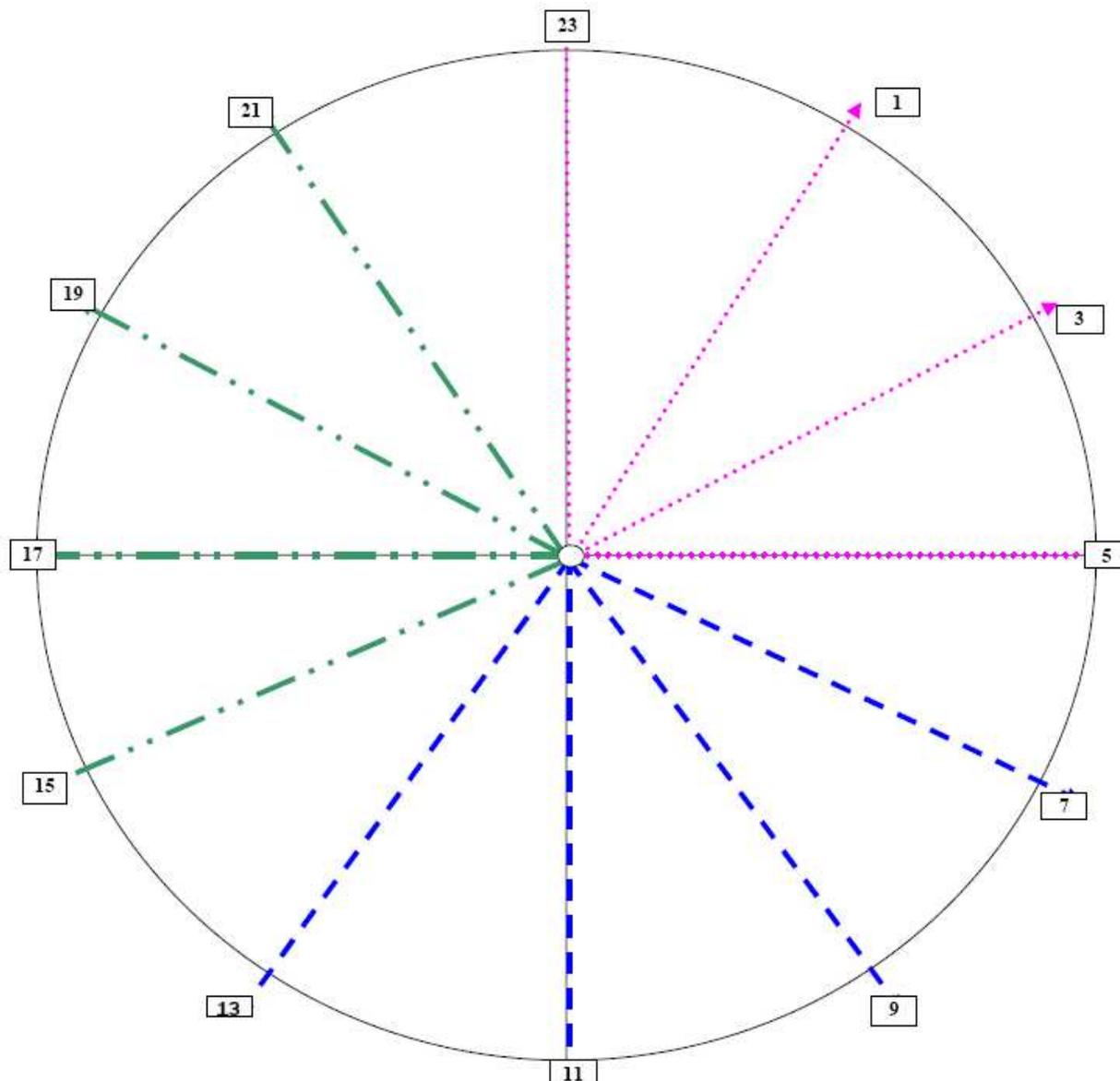
Algorithme des rôles des infirmières, des infirmières auxiliaires et des auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS)



AFFICHER A LA TÊTE DE LIT

Inscrire dans le cadran, la position du résident
aux heures désignées

HORAIRE DE POSITIONNEMENT



Légende:

.....	Nuit
---	Jour
- . - .	Soir