

Titre : PRÉVENIR ET TRAITER LES ALTÉRATIONS DE LA PEAU ET LES PLAIES

Intervenants concernés :

- Personnel infirmier
- Personnel infirmier auxiliaire
- Auxiliaires en santé et services sociaux
- Préposés aux bénéficiaires

Date d'entrée en vigueur : Octobre 2010

Date de révision : Avril 2013

Référé à :

- Méthodes de soins de l'AQESSS (cf. thématiques : «pansements et soins de plaies»)
- Ordonnance collective 8 : Initier et décider du traitement des soins de plaies

Secteurs d'activités visés:

- Les services courants
- Le SPPA
- L'hébergement

Sites :

CLSC : de Saint-Michel de Saint-Léonard
Centres d'hébergement : de Saint-Michel des Quatre-Temps des Quatre-Saisons
Ressource non-institutionnelle : UTRF Navarro RI Lacordaire

CLIENTÈLE VISÉE

Toute clientèle des services courants, des services à domicile, des ressources non-institutionnelles et des centres d'hébergement.

BUT

- Dépister et déterminer les facteurs de risques de développer une plaie de pression et mettre en place les mesures préventives appropriées.
- Préciser les éléments d'évaluation et de suivi d'une plaie.
- Déterminer les rôles et les responsabilités des intervenants en soins infirmiers relatifs aux soins et aux traitements des plaies.
- Favoriser le travail interdisciplinaire mettant à profit les champs d'expertise de chacun des intervenants concernés.

CONTEXTE LÉGAL

PERSONNEL INFIRMIER :

En conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, l'infirmière :

- évalue l'état de santé des personnes,
- détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodigue les soins et les traitements infirmiers et médicaux,

- exerce une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier

De façon spécifique, elle détermine le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodigue les soins et traitements qui s'y rattachent.

PERSONNEL INFIRMIER AUXILIAIRE:

Dans le cadre de ses activités décrites aux articles 37 (p) et 37.1 (5) du *Code des professions*, l'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé des personnes, à la réalisation du plan de soins et prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux.

De façon spécifique, elle prodigue des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations

CONDITIONS

D'ORDRE PROFESSIONNEL

- Posséder les connaissances, les habilités et les compétences nécessaires.
- S'assurer d'avoir suivi une formation de base ou posséder une expertise significative en soins de plaies.
- Collaborer avec le médecin traitant
- Consulter ou diriger l'usager vers un autre professionnel, incluant « l'infirmière ressource » ou « l'agent multiplicateur » ou la conseillère-cadre en soins infirmiers, selon la situation clinique

D'ORDRE CLINIQUE

- S'applique aux altérations de peau et aux différentes classes de plaies :
 - Plaie chirurgicale aiguë (incision - plaie césarienne -, excision, site de greffe)
 - Plaie chirurgicale chronique (plaie infectée, déhiscence, éventration)
 - Plaie non chirurgicale aiguë (brûlure, abrasion, déchirure)
 - Plaie non chirurgicale chronique (*plaies de pression selon stade LTPS, stade I, II, III, IV ou stade X, ulcères veineux et artériels, ulcères diabétiques).
- S'assure de la collaboration de l'usager ou des proches dans le processus de prise en charge (enseignement, mesures préventives, conseils d'usage, etc.).

* Voir en annexe 6 pour les stades de plaies de pression et aussi des priorités des soins et des traitements d'un client à risque ou ayant une plaie de pression

DIRECTIVES

POUR L'INFIRMIÈRE

- Afin de **dépister les facteurs de risques** chez les usagers prédisposés à la formation de plaies de pression, l'infirmière :
 - Procède à une évaluation rigoureuse de l'état de santé de l'usager
 - Identifie les facteurs de risques à développer une plaie de pression avec l'utilisation de **l'échelle de Braden** (Cf. annexe 1)

N.B. Fréquence des évaluations :

- Hébergement : admission, chaque semaine X 4, chaque 4 mois ou PRN
- SPPA : Lors de la première visite à domicile et par la suite, au PRN
- RI Lacordaire : admission, chaque semaine x 4, chaque 3 mois ou PRN
- UTRF Navarro : admission et par la suite, au PRN

- Déterminer les **mesures préventives** appropriées aux besoins de l'utilisateur et s'assurer de leur mise en œuvre (Cf. *tableau en annexe 2*).
- Lors d'altérations de la peau ou présence de **plaies**, l'infirmière :
 - ✓ Procède à l'évaluation initiale de la plaie, incluant l'état de santé global de l'utilisateur concerné (examen physique, histoire de santé, médicaments, habitudes de vie, les facteurs de risques, type de plaies, son étiologie, son potentiel de cicatrisation et douleur)
 - ✓ Utilise les outils cliniques d'évaluation de plaie appropriés (Cf. *annexe 3*)

N.B. :

- Compléter le formulaire AH-223 (rapport d'incident et d'accident) lors de l'apparition de nouvelles plaies (de stade 2 et plus) survenant suite à l'admission.

- Déterminer le plan de traitement incluant du traitement local (nettoyage, débridement, pansement), des mesures d'asepsie, des mesures visant à soulager la douleur, des éléments de surveillance, des éléments d'enseignement à l'utilisateur et à la famille et enfin d'une consultation ou d'une orientation à d'autres professionnels, le cas échéant. Inscrire les directives dans le PTI (plan thérapeutique infirmier).
- L'infirmière peut initier les soins et les traitements avec des pansements ou des produits sans ordonnance médicale (contenant des médicaments). Lorsque les médicaments et produits nécessitent une ordonnance médicale, une ordonnance individuelle ou collective est requise. (Cf. liste complète des pansements sur l'adresse électronique : www.cdm.gouv.qc.ca)
- S'assurer du suivi des directives, incluant l'utilisation de l'outil clinique « suivi de plaies » (Cf. *annexe 4*), les notes d'évolution au dossier et la collaboration des divers professionnels sollicités (Cf. *annexe 5*).
- Procéder à l'évaluation des résultats obtenus.

N.B. : Fréquence des évaluations

- **Hébergement, SPPA ou services généraux** : lors de réfection de pansement par l'infirmière, une fois par semaine ou PRN (*ex. changement dans l'état de santé du client, après une modification dans le traitement de la plaie (chirurgie, débridement), changement de traitement topique, en présence de détérioration de la plaie*).

- Ajuster le PTI, le cas échéant.
- Référer à un médecin traitant ou autre professionnel, au besoin, si aucune amélioration ou présence d'une détérioration importante.
- Impliquer l'utilisateur et sa famille dans le processus de la prise en charge : enseignement à l'utilisateur/famille sur les soins de plaies (ex. techniques de soins), les mesures préventives et les conseils d'usage.
- Procéder à l'enregistrement des données relatives aux statistiques dans l'outil informatique approprié.

POUR L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE :

- Prodiguer les soins et traitements selon les directives de l'infirmière indiquées dans le PTI :
 - Les conditions d'application (instructions relatives aux soins et traitements, soins réservés à l'infirmière, les consignes à donner au client/ famille)
 - Les éléments de surveillance clinique et des précautions à prendre
 - Les fréquences de soins ou de visites

Note :

- *Selon l'évaluation et le jugement clinique de l'infirmière, une restriction quant à certains soins de plaies est à considérer (ex. : VAC thérapie, thérapie compressive, plaies instables, plaies de stade IV ou stade X, débridement, culture de plaies). Le processus d'habilitation est alors indiqué.*

- Contribuer à la collecte de données et au suivi clinique selon le PTI
- Consigner et transmettre les informations pertinentes au dossier. *Compléter le formulaire « suivis de plaies » et les notes d'évolution pour toute information complémentaire.*
- Aviser l'infirmière de toute situation particulière ou anormale.

OUTILS DE RÉFÉRENCE

- Formulaires (5) et guides d'utilisation :
 - Évaluation initiale des plaies
 - Évaluation initiale des ulcères des jambes
 - Évaluation initiale des ulcères du pied diabétique
 - Suivi de plaies
 - Échelle de Braden
- Techniques des soins infirmiers, thématique : pansements et soins de plaies (cf. Méthodes de soins de l'AQESSS) :
- AQESSS (2006) Oser une nouvelle vision des soins de plaies.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier, 486p.
- Guide pratique en soins de plaies (CLSC Côte-Des-Neiges)




SOURCES ET RÉFÉRENCES

- AQESSS. Techniques de soins : pansements et soins de plaies.
- Site web : www.agesss.qc.ca/MSI
- AQESSS (2006) Oser une nouvelle vision des soins de plaies.
- CSSS du Sud-Ouest-Verdun (mai 2008). *Programme de soins : Prévention et traitement des plaies*, 150p.
- CSSS Thérèse-de-Blainville (2006). *Document de travail, règle de soins : soins et traitements des plaies*.
- CSSS de la Vieille-Capitale (avril 2010) *Programme de soins des plaies*, 60p.
- *Loi sur l'infirmière et les infirmiers*, L.R.Q., c.1-8.
- MSSS (2009). Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223 CSSS-I : guide de l'utilisation – version à l'usage des CH – CSSS - CHSLD
- Office des professions du Québec (2003). *Loi 90 (2002, chapitre 33), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionnée le 14 juin 2002) : cahier explicatif, Québec, OPQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier, 486p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). *Règle de soins infirmiers : Orientation pour une utilisation judicieuse de la règle de soins infirmiers*, 84p.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	SLS 063 - Échelle d'évaluation du risque de Braden
Annexe 2	Tableau des mesures préventives
Annexe 3	SLS003 - Évaluation initiale des plaies SLS002 - Évaluation initiale des ulcères de jambe SLS004 - Évaluation initiale des ulcères du pied diabétique
Annexe 4	SLS005 - Suivi des plaies
Annexe 5	Rôles des différents professionnels dans le domaine des soins de plaies
Annexe 6	Tableau 9.5 Stades des plaies de pression selon le National Pressure Ulcer Advisory Panel Tableau 9.6 Priorités des soins et des traitements d'un client à risque ou ayant une plaie de pression

PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION

Rédigé par :		
Run Kim Conseillère cadre en soins infirmiers		Septembre 2010
Révisé par :		
Run Kim Conseillère cadre en soins infirmiers		Avril 2013
Consultations auprès de :		
• Carole Dagenais, conseillère cadre en soins infirmiers		Septembre 2010
• CECII		Octobre 2010
Approuvé par :		
Aline Bourgon Directrice des soins infirmiers et de la qualité		Septembre 2010
Approuvé par :		
Lina Spagnuolo Directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles		Avril 2013



No de dossier		Sexe
Nom		
Prénom		
Date de naissance	NAM	Expiration

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE BRADEN

				Date		
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 <u>OU</u> a 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 <u>OU</u> a 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 <u>OU</u> a 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 moiteur 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité Degré d'activité physique						
1. Alité 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



No Dossier : _____

Nom et prénom de l'usager : _____

				Date		
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. Très 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. Excellente 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friction 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 contentions 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.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



No Dossier : _____

Nom et prénom de l'utilisateur : _____

		Date		
Données tirées de : Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier - OIIQ - 2007. Droit de reproduction obtenu de Prevention Plus - Home of the Braden Scale	Total des points			
	Initiales de l'intervenant			
Interprétation des résultats Le principal outil pour identifier les individus est l'échelle de Braden. Cette échelle donne un résultat qui indique le niveau de risque.	< 9 risque sévère 10 - 12 risque élevé 13 - 14 risque modéré 15 - 18 risque faible	Un total de 12 points ou moins constitue un risque <u>élevé</u>		

Date	Signature

NE PAS IMPRIMER

SLS063

SLS063



Nom : _____
 Prénom : _____
 No dossier : _____ DDN : _____
 AAAA/MM/JJ

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE BRADEN

					Date		
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 <u>OU</u> a 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 <u>OU</u> a 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 <u>OU</u> a 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 moiteur 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. ALITÉ 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. MARCHÉ 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. MARCHÉ 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			

Nom : _____ Prénom : _____ No dossier : _____

				Date			
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 <u>OU</u> 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 <u>OU</u> 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 <u>OU</u> est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels	4. EXCELLENTE 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 contentions 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			
Données tirées de : Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – OIIQ – 2007. Droit de reproduction obtenu de Prevention Plus – Home of the Braden Scale				Total des points			
				Initiales de l'intervenant			
Initiales	Signature			Un total de 12 points ou moins constitue un risque <u>élevé</u>			
		Interprétation des résultats Le principal outil pour identifier les individus est l'échelle de Braden Cette échelle donne un résultat qui indique le niveau de risque			15 – 18	risque faible	
					13 – 14	risque modéré	
					10 – 12	risque élevé	
					< 9	risque sévère	

Échelle d'évaluation du risque de Braden

Page 2 de 2

SLS063

Interventions préventives par niveau de risque et par type de risque selon l'échelle de Braden

Risque faible – Résultat : de 15 à 18	Risque élevé – Résultat : de 10 à 12
<ul style="list-style-type: none"> • Tourner le client régulièrement • Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions) • Utiliser des mesures pour protéger les talons • Contrôler l'humidité, maintenir une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement • Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression si le client est alité ou confiné dans un fauteuil * 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la fréquence des changements de position • Prévoir de petites rotations de positions supplémentaires • Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression • S'assurer que le positionnement respecte un angle de 30° par rapport au matelas en ajoutant des coussins de mousse triangulaires • Optimiser les mobilisations (fréquence, rotations des positions) • Utiliser des mesures pour protéger les talons • Contrôler l'humidité, assurer une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement * Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risques importants sont présents
Risque modéré – résultat : 13 ou 14	Risque très élevé – Résultat : 9 ou moins
<ul style="list-style-type: none"> • Planifier un horaire de positionnement • S'assurer que le positionnement respecte un angle de 30° par rapport au matelas en ajoutant des coussins de mousse triangulaires • Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression • Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions) • Utiliser des mesures pour protéger les talons • Contrôler l'humidité, assurer une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement * Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risques importants sont présents 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les interventions listées ci-haut et • Utiliser une surface d'appui qui soulage la pression si le client présente : <ul style="list-style-type: none"> - une douleur non soulagée ou - une douleur importante exacerbée par les changements de position ou - des facteurs de risques additionnels * Le lit à faible perte d'air ne remplace pas les changements de positions réguliers
Interventions pour contrôler l'humidité	Interventions pour diminuer la friction et le cisaillement
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une barrière cutanée • Utiliser des produits d'incontinence qui gardent la peau au sec • Traiter la cause, si cela est possible • Offrir le bassin de lit ou l'urinoir et un verre d'eau au moment des changements de position 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas élever la tête de lit à plus de 30° • Utiliser un trapèze, si cela est indiqué • Utiliser une alèse de positionnement au moment des mobilisations • Protéger les coudes et les talons en présence de friction
Interventions pour améliorer l'état nutritionnel	Interventions additionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter l'apport en protéines • Augmenter l'apport en calories pour préserver les protéines • Ajouter un supplément de multivitamines (y compris les vitamines A, C et B) • Agir rapidement pour corriger les carences • Consulter une diététiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas masser des proéminences osseuses qui présentent de l'érythème • Ne pas utiliser de coussin en forme d'anneau (beigne) • Maintenir une bonne hydratation • Éviter l'assèchement de la peau



No de dossier		Sexe
Nom		
Prénom		
Date de naissance	NAM	Expiration

ÉVALUATION INITIALE DES PLAIES

	Médecin de famille : _____
	Diagnostic : _____
	Localisation : _____
	Date d'apparition : _____
	<input type="checkbox"/> < 30 jours <input type="checkbox"/> ≥ 30 jours < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois < 1 an <input type="checkbox"/> > 1 an

Stades :

<input type="checkbox"/> LTPS - peau intacte avec une zone bien définie de décoloration violacée ou marron ou une phlyctène sanguine	<input type="checkbox"/> 3 - Cratère (destruction de l'épiderme et du derme)
<input type="checkbox"/> 1 - Erythème qui ne pâlit pas sous la pression	<input type="checkbox"/> 4 - Cratère (atteinte du muscle, de l'os et des structures de soutien)
<input type="checkbox"/> 2 - Atteinte de peau superficielle (abrasion, phlyctène, léger cratère)	<input type="checkbox"/> X - Impossible à évaluer l'atteinte (tissu nécrotique recouvre la plaie)

DIMENSIONS (cm)		PHASE %	EXSUDAT	
Longueur		Nécrotique (Couleur noire)	Quantité %	Qualité
Largeur		Inflammatoire (couleur jaune)	Pans. souillé 25% <input type="checkbox"/>	Sanguin <input type="checkbox"/>
Profondeur		Tissu de granulation (couleur rouge, framboisée)	Pans. souillé 50% <input type="checkbox"/>	Séro-sanguin <input type="checkbox"/>
Sillon ou tunnellation			Pans. souillé 75% <input type="checkbox"/>	Séreux <input type="checkbox"/>
			Pans. souillé 100% <input type="checkbox"/>	Purulent <input type="checkbox"/>
				Odeur après nettoyage Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

BORDS DE LA PLAIE	POURTOUR CUTANÉ	SIGNES D'INFECTION	PARTICULARITÉS DE L'USAGER :
Diffus <input type="checkbox"/>	Intact <input type="checkbox"/>	Rougeur <input type="checkbox"/>	État nutritionnel : Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>
Attachés <input type="checkbox"/>	Macéré <input type="checkbox"/>	Chaleur <input type="checkbox"/>	Douleurs, évaluer sur échelle de 0 à 10 : _____
Non attachés <input type="checkbox"/>	Rosé <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>	Autres observations (sensations associées, etc.) : _____
Roulés et épais <input type="checkbox"/>	Bleuté <input type="checkbox"/>	Œdème <input type="checkbox"/>	
Hyperkératotiques <input type="checkbox"/>	Induré <input type="checkbox"/>	Culture Oui <input type="checkbox"/>	Traitement actuel : _____
Fibrotiques <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Depuis le : _____

Objectifs de traitement* :

<input type="checkbox"/> 1- Nettoyer la plaie	<input type="checkbox"/> 7- Encourager la réépithélialisation
<input type="checkbox"/> 2- Débrider la plaie	<input type="checkbox"/> 8- Prévenir la déshydratation de la plaie
<input type="checkbox"/> 3- Contrôler l'exsudat	<input type="checkbox"/> 9- Protéger la peau environnante
<input type="checkbox"/> 4- Comblent l'espace mort	<input type="checkbox"/> 10- Soulager la douleur
<input type="checkbox"/> 5- Minimiser la croissance bactérienne	
<input type="checkbox"/> 6- Favoriser la formation du tissu de granulation	
<input type="checkbox"/> 11- Autre : _____	

Facteurs associés :

<input type="checkbox"/> > 65 ans	<input type="checkbox"/> Déficit immunitaire	<input type="checkbox"/> Insuffisance
<input type="checkbox"/> Médication	<input type="checkbox"/> Mobilité ↓	<input type="checkbox"/> artérielle
<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Problème de collaboration	<input type="checkbox"/> veineuse
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Déficit sensoriel, sensitif	<input type="checkbox"/> Déshydratation/diarrhée
<input type="checkbox"/> Dénutrition		<input type="checkbox"/> Problème de poids

Autres suggestions : _____

Date/Heure

* Adapté de : Grenier, Lise, *Approche thérapeutique des ulcères de pression* - Pharmactuel, volume 26, mai-juin '93
 Source : Outils cliniques, méthodes de soins infirmières de l'AQESSS, www.msi@aqesss.ca



No de dossier		Sexe
Nom		
Prénom		
Date de naissance	NAM	Expiration

ÉVALUATION INITIALE DES ULCÈRES DE JAMBE

	Médecin de famille : _____
	Diagnostic : _____
	Localisation : _____
	Date d'apparition : _____ <input type="radio"/> < 30 jours <input type="radio"/> ≥ 30 jours < 6 mois <input type="radio"/> > 6 mois < 1 an <input type="radio"/> > 1an

DIMENSIONS (cm)	PHASE %	EXSUDAT	
Longueur _____	Nécrotique (couleur noire) _____ Tissu fibreux (couleur jaune) _____ Tissu de granulation (couleur rouge, framboisée) _____	Quantité %	Qualité
Largeur _____		Pans. souillé 25 % <input type="radio"/>	Sanguin <input type="radio"/>
Profondeur _____		Pans. souillé 50 % <input type="radio"/>	Séro-sanguin <input type="radio"/>
Sillon ou tunnellation		Pans. souillé 75 % <input type="radio"/>	Séreux <input type="radio"/>
		Pans. souillé 100 % <input type="radio"/>	Purulent <input type="radio"/>
			Odeur après nettoyage <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Bords de la plaie	Pourtour cutané	Signes d'infection	PARTICULARITÉ DE L'USAGER
Diffus <input type="checkbox"/> Attachés <input type="checkbox"/> Non attachés <input type="checkbox"/> Roulés et épais <input type="checkbox"/> Hyperkératotiques <input type="checkbox"/> Fibrotiques <input type="checkbox"/>	Intact <input type="checkbox"/> Macéré <input type="checkbox"/> Rosé <input type="checkbox"/> Bleuté <input type="checkbox"/> Induré <input type="checkbox"/>	Rougeur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Oedème <input type="checkbox"/> Culture plaie oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Examen vasculaire antérieur : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date : _____ Thérapie de compression déjà utilisé : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date : _____ Bas compressifs (_____ mm/Hg) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date : _____ État nutritionnel : <input type="radio"/> bon <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> mauvais Douleurs, évaluer sur échelle de 0 à 10 : _____ Autres observations (sensations associées, etc.) : _____ Traitement actuel : _____ Traitement suggéré : _____

Objectifs de traitement	Facteurs associés (cochez)
<input type="checkbox"/> 1-Nettoyer la plaie <input type="checkbox"/> 7-Encourager la réépithélialisation <input type="checkbox"/> 2-Débrider la plaie <input type="checkbox"/> 8-Prévenir la déshydratation de la plaie <input type="checkbox"/> 3-Contrôler l'exsudat <input type="checkbox"/> 9-Protéger la plaie environnante <input type="checkbox"/> 4-Remplir l'espace mort <input type="checkbox"/> 10-Soulager la douleur <input type="checkbox"/> 5-Minimiser la croissance <input type="checkbox"/> 11-Autre : _____ <input type="checkbox"/> 6-Favoriser la formation de tissu de granulation	<input type="checkbox"/> > 65 ans <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire <input type="checkbox"/> Insuffisance artérielle <input type="checkbox"/> Médication <input type="checkbox"/> Mobilité ↓ <input type="checkbox"/> veineuse <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Problème de collaboration <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Déficit sensoriel, sensitif <input type="checkbox"/> Déshydratation / Diarrhée <input type="checkbox"/> Problème de poids

Autres suggestions : _____

Signature

Date

* Adapté de : Grenier, Lise, *Approche thérapeutique des ulcères de pression* - Pharmactuel, volume 26, mai/juin '93
 Source : outils cliniques, méthodes de soins infirmiers de l'AQESSS, www.msi@aqess.ca



No de dossier		Sexe
Nom		
Prénom		
Date de naissance	NAM	Expiration

ÉVALUATION INITIALE DES ULCÈRES DU PIED DIABÉTIQUE

<p>Droit</p>	<p>Gauche</p>	Médecin de famille : _____ Localisation : _____ Date d'apparition : _____ <input type="radio"/> < 30 jours <input type="radio"/> ≥ 30 jours < 6 mois <input type="radio"/> > 6 mois < 1 an <input type="radio"/> > 1an
---------------------	----------------------	--

PARTICULARITÉS DE L'USAGER

Maladies associées : _____ Déformation osseuse : _____ Orthèses et prothèses : _____ Chaussures adaptées : _____ État nutritionnel : <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Mauvais Douleurs, évaluer sur échelle de 0 à 5 : _____ Autres observations (sensations associées, etc.) : _____	Examen vasculaire antérieur : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date : _____ Thérapie de compression déjà utilisé : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date : _____ Bas compressifs (_____ mm/Hg) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date : _____ TEST AU MONOFILAMENT 5.07 : Réactif <input type="radio"/> Non réactif <input type="radio"/> Zone insensible identifiées par un : X Soins des pieds par : _____ Journal des glycémies : _____
---	---

DIMENSIONS (cm)	PHASE %	EXSUDAT	
Longueur _____	Nécrotique (couleur noire) _____	Quantité %	Qualité
Largeur _____	Tissu fibrineux (couleur jaune) _____	Pans. souillé 25 % <input type="radio"/>	Sanguin <input type="radio"/>
Profondeur _____	Tissu de granulation (couleur rouge, framboisée) _____	Pans. souillé 50 % <input type="radio"/>	Séro-sanguin <input type="radio"/>
Sillon ou tunnellation		Pans. souillé 75 % <input type="radio"/>	Purulent <input type="radio"/>
		Pans. souillé 100 % <input type="radio"/>	Odeur après nettoyage <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Bords de la plaie	Pourtour cutané	Signes d'infection	Objectifs de traitement	
Diffus <input type="checkbox"/>	Intact <input type="checkbox"/>	Rougeur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Nettoyer la plaie	<input type="checkbox"/> 7-Encourager la réépithélialisation
Attachés <input type="checkbox"/>	Macéré <input type="checkbox"/>	Chaleur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2-Débrider la plaie	<input type="checkbox"/> 8-Prévenir la désydratation de la plaie
Non attachés <input type="checkbox"/>	Rosé <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3-Contrôler l'exsudat	<input type="checkbox"/> 9-Protéger la plaie environnante
Roulés et épais <input type="checkbox"/>	Bleuté <input type="checkbox"/>	Oedème <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4-Remplir l'espace mort	<input type="checkbox"/> 10-Soulager la douleur
Hyperkératotiques <input type="checkbox"/>	Induré <input type="checkbox"/>	Culture plaie oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 5-Minimiser la croissance	<input type="checkbox"/> 11-Autre : _____
Fibrotiques <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 6-Favoriser la formation de tissu de granulation	

Facteurs associés (cochez)

<input type="checkbox"/> > 65 ans	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Problème de collaboration	<input type="checkbox"/> Dénutrition
<input type="checkbox"/> Médication	<input type="checkbox"/> Déficit immunitaire	<input type="checkbox"/> Déficit sensoriel, sensitif	<input type="checkbox"/> Désydratation / Diarrhée
<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Mobilité ↓	<input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="radio"/> artérielle <input type="radio"/> veineuse	<input type="checkbox"/> Problème de poids

Autres suggestions : _____

Signature

Date



No de dossier		Sexe
Nom		
Prénom		
Date de naissance	NAM	Expiration

SUIVI DE PLAIES

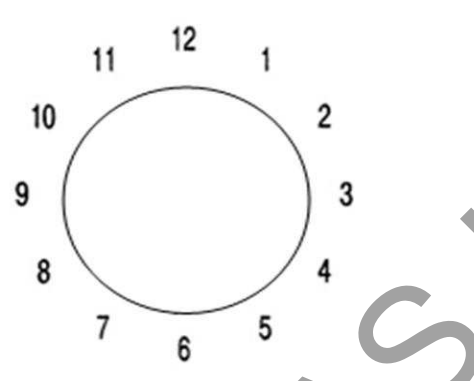
	Main droite 	Main gauche 	Localisation : _____
	Pied droit 	Pied gauche 	Plaie <input type="checkbox"/> non chirurgicale : _____ <input type="checkbox"/> chirurgicale : _____ Type <input type="checkbox"/> aigu <input type="checkbox"/> chronique Date d'apparition : _____ Stade LTPS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> X Indice tibio-brachial : _____ Échelle de Braden : _____

Date de la visite/ évaluation (E)		Heure					
Dimension	Longueur (cm)						
	Largeur (cm)						
	Profondeur (cm)						
	Sinus (sillon/tunnel) (cm)						
Lit de la plaie (en %)	Nécrotique (noir)						
	Fibrineux (jaune)						
	Granulation (rouge)						
	Réépithélialisation						
	Hypergranulation						
Exsudat 25-50-75-100 (en %)	Sanguin						
	Séro-sanguin						
	Séreux						
	Purulent						
	Odeur (0-1-2-3-4)						
Pourtour cutané	I / intact R / rosé S / sec M / macéré B / bleuté IN / induré K / kératose O / oedématisé É / érythémateux						
	Bords de plaie non attachés						
	Signes d'infection : Ro / rougeur C / chaleur O / œdème D / douleur						

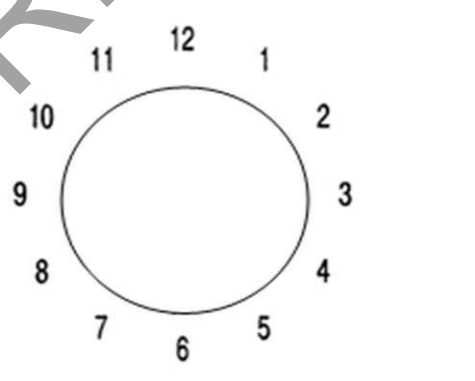
No Dossier : _____

Nom et prénom de l'utilisateur : _____

Date de la visite / évaluation (E)		Heure				
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Traitement	Douleur (0 à 10)					
	Sensation associée					
	Débridement					
	Nettoyage					
	Culture de plaie					
	Pansement					
	Objectif(s)*					
	Fréquence					
Initiales / note d'évolution (✓)						



Date :



Date :

OBJECTIFS DE TRAITEMENT

- | | | |
|---------------------------|---|----------------------------------|
| 1. Nettoyer la plaie | 5. Minimiser la croissance bactérienne | 9. Protéger la peau environnante |
| 2. Débrider la plaie | 6. favoriser la formation d'un tissu de granulation | 10. Soulager la douleur |
| 3. Contrôler l'exsudat | 7. Encourager la réépithélialisation | 11. Autre : _____ |
| 4. Comblent l'espace mort | 8. Prévenir la déshydratation de la plaie | |

Date	Signature _____

*Adapté de : Grenier, Lise, *Approche thérapeutique des ulcères de pression* - Pharmactuel, volume 26 mai/juin ' 93
 Source : Outils cliniques, méthodes de soins infirmiers de l'AQESSS, www.msi@aqesss.ca

Rôles des différents professionnels dans le domaine des soins de plaies

Les indicateurs d'orientation seront validés en fonction des critères de priorisation et selon les missions

INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
NUTRITIONNISTE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de signes et de symptômes associés à l'une ou l'autre des situations cliniques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ dénutrition (malnutrition protéino-énergique); ○ déshydratation; ○ diarrhée; ○ diabète. ▪ Signes et symptômes cliniques liés à des carences particulières ▪ Plaie qui ne s'améliore pas de 20 à 40% en 2 à 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'état de dénutrition et de déshydratation ▪ Prendre les mesures anthropométriques ▪ Établir les besoins nutritionnels ▪ Estimer les apports alimentaires et liquidiens ▪ Évaluer les fonctions d'élimination ▪ Vérifier les inconforts digestifs ▪ Vérifier l'interaction médicaments-aliments ▪ Choisir le type de supplément et la voie d'alimentation appropriée ▪ Déterminer le plan de traitement nutritionnel et en prioriser les éléments ▪ Adapter ce plan selon les habitudes d'alimentation et de vie ▪ Surveiller ce plan en collaboration avec l'infirmière et l'auxiliaire de santé et de services sociaux (ASSS) ▪ Assurer le suivi et modifier le plan de traitement au besoin ▪ Demander les analyses paracliniques requises dans le but d'effectuer un suivi nutritionnel optimal

INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
ERGOTHÉRAPEUTE	
<p>Prévention de plaie de pression : risque modéré selon l'échelle de Braden</p> <p>Plaie non chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacité partielle ou totale à changer de position au lit ▪ La personne est alitée 24 h par jour ou presque ▪ Déficits cognitifs entraînant un manque de collaboration ▪ Déficit de sensibilité cutanée superficielle ou profonde ▪ Incapacité de faire de la mise en charge sur les membres intérieurs pour les transferts ▪ Usage d'un fauteuil roulant ou d'un fauteuil de marche pour tous les déplacements ▪ Mode de propulsion inadéquat au fauteuil roulant ou de marche ▪ Hygiène inadéquate liée soit à un déficit moteur, visuel ou perceptuel, ou au fait que la salle de bain n'est pas adaptée aux besoins de l'utilisateur. 	<p>Évaluer les facteurs de risque d'apparition d'une plaie et notamment les facteurs pouvant influencer sur l'intégrité de la peau.</p> <p>Déterminer la source de problème : rechercher les facteurs étiologiques et déterminer leur impact sur la plaie et sur les AVQ ou les autres activités productives</p> <p>Évaluer les capacités fonctionnelles de l'utilisateur en matière de transfert et des changements de position (lit, fauteuil) et faire les recommandations et les interventions appropriées, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ position au lit ▪ enseignement à l'utilisateur ou aux aidants ▪ ajout d'aides techniques; ▪ changement dans les habitudes de vie; ▪ aide à domicile <p>Analyser l'environnement et son impact sur les facteurs aggravants ou de guérison.</p> <p>Évaluer les habiletés cognitives, leur influence sur la guérison de la plaie et rechercher des moyens compensatoires.</p> <p>Évaluer la pertinence de la mise en place d'équipements spécialisés incluant les surfaces thérapeutiques.</p> <p>Voir à l'amélioration de la posture assise et couchée de l'utilisateur à l'aide de divers moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ orienter l'utilisateur à la clinique de positionnement de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec; ▪ mettre en place des modules de positionnement.

INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
PHYSIOTHÉRAPEUTE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté ou incapacité à effectuer les transferts ▪ Difficulté ou incapacité à se déplacer (marche) ▪ Difficulté ou incapacité à bouger ses membres dans une amplitude normale ▪ Présence de déformations, positionnement antalgique ou compensatoire ▪ Antécédent de chute avec ou sans trauma dans la dernière année. ▪ Effets secondaires des modalités de compression. <p>En présence de plaie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaie de pression de grade II ou III qui ne s'améliore pas de 20 à 40 % en 2 à 4 semaines. ▪ Ulcère veineux qui ne s'améliore pas de 20 à 40 % en 2 à 4 semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à l'identification des agents responsables des plaies ▪ Évaluer les capacités physiques résiduelles : <ul style="list-style-type: none"> ○ marche; ○ fonction motrice; ○ fonction articulaire ▪ Évaluer et maintenir l'autonomie pour les déplacements et les transferts ▪ Développer ou maintenir les capacités physiques ▪ Stimuler la circulation sanguine par des exercices ou des traitements avec des modalités spécifiques ▪ Assurer un contrôle de l'œdème ▪ Identifier les déficits physiologiques (ou neuromusculosquelettiques) et les habitudes comportementales pouvant causer les chutes <p>En présence de plaie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer la plaie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Élaborer un traitement complémentaire et prodiguer celui-ci en utilisant l'électrothérapie : ultrasons, champ électromagnétique, haut voltage, L.A.S.E.R.

INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté ou incapacité à effectuer les transferts ▪ Difficulté ou incapacité à se déplacer (marche) ▪ Difficulté ou incapacité à bouger ses membres dans une amplitude normale ▪ Présence de déformations, positionnement antalgique ou compensatoire ▪ Antécédent de chute avec ou sans trauma dans la dernière année. ▪ Effets secondaires des modalités de compression. <p>En présence de plaie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaie de pression de grade II ou III qui ne s'améliore pas de 20 à 40 % en 2 à 4 semaines. ▪ Ulcère veineux qui ne s'améliore pas de 20 à 40 % en 2 à 4 semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer et maintenir l'autonomie pour les déplacements et les transferts ▪ Développer ou maintenir les capacités physiques ▪ Stimuler la circulation sanguine par des exercices ou des traitements avec des modalités spécifiques ▪ Assurer un contrôle de l'œdème ▪ Participer à l'identification des agents responsables des plaies <p>En présence de plaie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prodiguer un traitement complémentaire en utilisant l'électrothérapie : ultrasons, champ électromagnétique, haut voltage, L.A.S.E.R.







INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
MÉDECIN À L'INTERNE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes et symptômes d'infection ou de détérioration de la plaie ▪ Facteurs associés suivants non traités adéquatement : diabète, incontinence, insuffisance artérielle, insuffisance veineuse, médication nuisible à la cicatrisation ▪ Débridement chirurgical nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire des consultations ponctuelles au besoin <p>En tout temps, les infirmières collaborent d'abord avec le médecin traitant.</p>

INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
TRAVAILLEUR SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à prendre des décisions ▪ Habitudes de vie déficientes ▪ Négligence sur le plan de l'hygiène ▪ Situation de marginalité ou d'insalubrité ▪ Négligence active (sait ce qu'il faut faire, mais néglige de le faire) ▪ Négligence passive ▪ Isolement social ▪ Réseau de soutien absent ou dépassé par la situation ▪ Conditions socioéconomiques défavorables pour se procurer le matériel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien de premier niveau (discussion clinique) ▪ Être consultant au plan global ▪ Si nécessaire, assurer l'information, la coordination et la concertation avec les ressources externes (résidences, CH, hébergement temporaire)

INDICATEURS D'ORIENTATION	RÔLE
AUXILIAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX / PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur le plan d'intervention ou sur le plan de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveiller l'apparition de rougeur ▪ Dépister les lésions possibles et en informe l'infirmière ▪ Aviser l'infirmière lors de signes de détérioration ou pour toute autre information précisée dans le plan thérapeutique infirmier ▪ Appliquer les mesures de protection et de prévention prévues au plan thérapeutique infirmier

Source : CSSS Vieille-Capitale (2010), *Programme de soins des plaies*

TABLEAU 9.5 STADES DES PLAIES DE PRESSION SELON LE NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL

STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	
Lésion des tissus profonds suspectée (LTPS)	<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, œdémateuse, 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 molle, 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 tissus nécrotiques humides 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 tissus sous-cutanés ; 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 tissus sous-cutanés ; 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>	

**TABLEAU 9.6 PRIORITÉS DES SOINS ET DES TRAITEMENTS
D'UN CLIENT À RISQUE OU AYANT UNE PLAIE DE PRESSION**

PRIORITÉ	INTERVENTIONS INFIRMIÈRES
Prévenir l'apparition de la plaie, traiter la ou les cause(s) et prévenir les récives	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier un horaire de positionnement • Utiliser des surfaces d'appui • Prodiguier les soins de la peau : <ul style="list-style-type: none"> - soins d'hygiène - hydratation de la peau • Prévoir des interventions qui visent à contrôler l'humidité : <ul style="list-style-type: none"> - mesures pour contrôler l'incontinence urinaire et fécale - utilisation de produits barrière de protection cutanée - literie: type et fréquence de changement - autres mesures • Prévoir des interventions pour augmenter les activités et la mobilité • Prévoir des interventions qui améliorent l'état nutritionnel • Prévoir des interventions pour réduire la friction et le cisaillement • Utiliser des approches non pharmacologiques et pharmacologiques pour soulager la douleur
Traiter la plaie	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer les soins et les traitements locaux selon l'état de la plaie • Considérer l'utilisation de modalités adjuvantes • Dispenser les soins et les traitements reliés aux interventions chirurgicales
Assurer le confort et le bien-être du client	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier un horaire de positionnement et utiliser des surfaces d'appui • Dispenser les soins d'hygiène • Employer des mesures de protection de la peau • Recourir à différentes approches pour soulager la douleur • Utiliser des moyens pour contrôler les odeurs
Assurer la surveillance clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier aux fréquences requises : <ul style="list-style-type: none"> - le niveau de risque - l'état des téguments : signes précurseurs d'une plaie de pression - le respect de l'horaire de positionnement - l'utilisation d'une surface d'appui qui répond aux besoins changeants du client - la mobilité du client - le confort du client - l'état nutritionnel du client - l'état de la plaie et la présence de signes de complication • S'assurer que l'équipe de soins et les membres de la famille n'effectuent pas d'interventions nuisibles à la cicatrisation, comme le massage des proéminences osseuses et l'utilisation de coussins en forme d'anneau (beigne)
Dispenser l'enseignement au client et à sa famille	<ul style="list-style-type: none"> • Renseigner le client et sa famille sur : <ul style="list-style-type: none"> - les facteurs de risque - l'inspection de la peau - les sites à risque des plaies de pression - les mesures préventives - l'importance d'une saine alimentation - l'utilisation et l'entretien des surfaces d'appui - les méthodes de positionnement et de transfert - les interventions à proscrire - les ressources disponibles • Expliquer les soins et les traitements locaux • Informer le client sur les signes de complication et quand consulter • Faire les démonstrations requises (p. ex. inspection de la peau, transferts, positionnements, réfection de pansements) • Informer le client sur le rôle de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire
Consulter l'équipe interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Placer le client et sa famille au cœur de l'équipe de soins • Consulter les différents membres de l'équipe selon les priorités de soins établies