

Prévention et Traitement des Plaies de Pression:

Guide de référence abrégé
2019



Copyright © European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.

Tous droits réservés. Hormis toute utilisation équitable à des fins d'étude, de recherche ou révision, comme le permet la loi sur le droit d'auteur, aucune partie ne peut être reproduite ou copiée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans autorisation écrite. Les demandes de reproduction d'informations peuvent être envoyées par courrier électronique à l'adresse suivante admin@internationalguideline.com

ISBN 978-0-6480097-9-5

Première publication 2009

Deuxième édition publiée 2014

Troisième édition publiée 2019



PAN PACIFIC
Pressure Injury Alliance



Citation suggérée:

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

Version française :

Traduction : Lucie Charbonneau, Chargée de cours, Haute école de Santé Genève ; Inf. experte clinique Plaies et cicatrisation, Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

Relecture : Dre méd. Maria Iakova, FMH Médecine Interne Générale, CRR SUVAcare Sion

NOTA BENE : Le terme générique « plaie de pression » est choisi dans la traduction de cette version, et s'apparente au terme « escarre » utilisé dans certains pays francophones.



Avertissement :

Ce guide de référence abrégé a été développé par le Comité consultatif l'American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), entre l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) et la Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Il présente une revue compréhensive et une évaluation de la meilleure évidence disponible au moment de la recherche de littérature liée à l'évaluation, le diagnostic, la prévention et le traitement des plaies de pression. Les recommandations dans ce guide de référence abrégé sont un guide général pour une pratique clinique appropriée, être mis en œuvre par des professionnels de santé qualifiés soumis à leur jugement clinique de chaque cas individuel et en considération des préférences personnelles du patient-consommateur et des ressources disponibles. Le guide devrait être mis en d'une manière respectueuse des cultures conformément aux principes de protection, participation et partenariat. Se référer à l'intégralité du guide de pratique clinique pour en savoir plus sur le contexte et les considérations.

Les copies imprimables de la version anglophone de ce document peuvent être commandées, et le téléchargement des versions PDF, sur les sites suivants :

NPIAP npiap.com

EPUAP epuap.org

PPPIA pppia.org

International Guideline internationalguideline.com

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
Avant-propos	4
Limitations et utilisation appropriée de ces lignes directrices	5
Force de l'évidence et Force de Recommandation	6
Lignes Directrices et Enoncés de Bonnes Pratique	7
Accès aux Lignes Directrices et aux Supports	8
AUTEURS DES LIGNES DIRECTRICES	9
REMERCIEMENTS	13
REMERCIEMENTS AUX SPONSORS	15
RECOMMANDATIONSET ÉNONCÉS DE BONNES PRATIQUES	16
Facteurs de Risque et Évaluation du Risque	14
Evaluation de la Peau et des Tissus	16
Soins Préventifs de la Peau	19
Evaluation de la Nutrition et Traitement	20
Repositionnement et Mobilisation Précoce	22
Plaies de Pression du Talon	24
Supports	25
Plaies de Pression sur Dispositifs Médicaux	27
Classification des Plaies de Pression	28
Evaluation des Plaies de Pression et Suivi de la Cicatrisation	29
Evaluation et Traitement de la Douleur	29
Nettoyage et Débridement	30
Infection et Biofilms	31
Pansements	33
Pansements Biologiques	35
Facteurs de Croissance	35
Agents Biophysiques	35
Chirurgie des Plaies de Pression	36
Mesure de la Prévalence et de l'Incidence	37
Implémentation dans la pratique clinique	37
Education des Professionnels de Santé	39
Qualité de vie, Auto-soins et Education	39
INDICATEURS QUALITÉ	40
SYSTÈMES DE CLASSIFICATION COURAMMENT UTILISÉS	41

INTRODUCTION

Avant-propos

Ce *Guide de référence abrégé* résume les recommandations basées sur les preuves et les énoncés de bonnes pratiques incluses dans la version complète, *Recommandations Internationales de Pratique Clinique* (édition 2019). La version plus complète des *Recommandations Internationales de Pratique Clinique* fournit une analyse détaillée des preuves qui sous-tendent les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques et comprend d'importantes considérations sur leur mise en œuvre, fournissant un contexte supplémentaire aux recommandations incluses dans le *Guide de référence abrégé*. Ce *Guide de référence abrégé* est destiné aux professionnels de santé qui ont besoin d'une référence rapide dans le cadre clinique. Les utilisateurs ne devraient pas uniquement se baser sur les extraits du *Guide de référence abrégé*.

Les lignes directrices ont été développées en collaboration avec les organisations partenaires — European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) et la Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). De plus, 14 organisations de soins de plaies de 12 pays se sont jointes au projet comme Organisations Associées contribuant au développement, sous la direction et la supervision du Groupe de Gouvernance des Lignes directrices des organisations partenaires (Guideline Governance Group - GGG) et d'un méthodologiste. L'équipe complète de développement était composée de 174 académiciens et experts cliniques dans le domaine des lésions de pression, y compris les 12 membres du GGL, le méthodologiste et les membres du groupe de travail.

Cette édition des lignes directrices a utilisé la méthodologie la plus récente. La méthodologie a été prépubliée et évaluée par des pairs. Une recherche documentaire actualisée a permis d'identifier les recherches publiées jusqu'en août 2018 et ont fait l'objet d'une évaluation et analyse critique. Les nouvelles recherches ont été combinées avec les recherches des précédentes éditions pour étendre le champ d'application de la ligne directrice et produire des recommandations reflétant les preuves les plus récentes. Cette troisième édition fournit 115 recommandations fondées sur des données probantes, recommandations fondées sur des données probantes, étayées par un aperçu des recherches qui les sous-tendent. Les considérations relatives à l'implémentation des conseils pratiques sont

fournies afin d'aider les professionnels de la santé à mettre en œuvre les recommandations dans la pratique clinique. Une analyse détaillée et une discussion sur les recherches disponibles, ainsi qu'une évaluation critique des hypothèses et des connaissances dans le domaine sont incluses pour fournir un contexte supplémentaire. Un processus de vote par consensus a été utilisé pour attribuer une force à chaque recommandation. La force de chaque recommandation identifie son état de validité par rapport au potentiel d'amélioration de la prise en charge des patients. Ceci indique le degré de confiance avec lequel chaque recommandation puisse être plutôt bénéfique que nocive pour le patient, ainsi que l'ordre de priorité des diverses mesures de prévention. De nombreux sujets en rapport avec la prévention et le traitement des plaies de pression n'ont pas fait l'objet de recherches approfondies. Pour combler les lacunes en matière de soins, le GGL a également élaboré 61 énoncés de bonnes pratiques destinés à soutenir les professionnels de la santé pour assurer la qualité de la prévention et du traitement des plaies de pression.

L'engagement des patients, des proches aidants (familles et amis) et d'autres parties prenantes a été important tout au long du développement des lignes directrices. Une enquête en ligne auprès des patients consommateurs et a été menée pour identifier les objectifs, les priorités et les besoins en matière d'éducation. Les réponses de 1'233 patients et leurs familles, provenant du monde entier, ont été intégrés dans l'élaboration des lignes directrices. Les projets des recommandations et des preuves ont été mises à la disposition de 699 parties prenantes (individus et organisations) enregistrés dans le monde entier et qui ont examiné les documents.

Limitations et utilisation appropriée de ces lignes directrices

- Les lignes directrices aident le praticien et la personne soignée et les proches aidants à décider des soins de santé appropriés aux conditions cliniques particulières. Ces recommandations basées sur les preuves et énoncés de bonnes pratiques ne peuvent être pas appropriées dans toutes les circonstances.
- La décision d'adopter une recommandation particulière doit être prise par le professionnel de santé, à la lumière des ressources disponibles et en fonction des circonstances individuelles présentées par la personne soignée. Aucun contenu de ces lignes directrices ne doit être considéré comme étant un avis médical pour des cas particuliers.
- Grâce à la méthodologie rigoureuse adoptée pour développer ces lignes directrices, le NPUAP et l'EPUAP considèrent que la recherche

qui soutient ces recommandations est fiable et précise. Toutefois, nous ne garantissons pas la fiabilité et la précision de chaque étude référencée dans ce document.

- Ces lignes directrices et ces recommandations sont seulement destinées à but éducatif et informatif.
- Ces lignes directrices contiennent des informations qui étaient exactes au moment de leur publication. La recherche et la technologie évoluant rapidement, les recommandations contenues dans ce guide pourraient être obsolètes avec l'arrivée de nouvelles avancées. Le professionnel de la santé est responsable de mettre à jour ses connaissances quant aux progrès de la recherche et de l'avancée des technologies qui pourraient influencer ses décisions dans la pratique.
- Les produits sont présentés sous leurs noms génériques. Rien dans les présentes lignes directrices n'approuve l'usage d'un produit en particulier.
- Rien dans les présentes lignes directrices ne vise à donner des conseils en ce qui concerne les normes de codification standard ou de règlement des remboursements.
- Le guide ne cherche pas à donner une sécurité totale et information d'usage des produits et dispositifs, néanmoins les conseils de sécurité et les astuces d'usage les plus communément utilisées sont inclus.

Force de l'évidence et Force de Recommandation

Un **niveau de preuve** a été attribué à chaque étude en fonction de la conception de l'étude. L'ensemble des preuves à l'appui de chaque recommandation a reçu une **force de preuve** basée sur la quantité, le niveau et la cohérence des preuves. Un processus de vote par consensus a été utilisé pour attribuer une **force de recommandation**. Le degré de recommandation peut être utilisé par les professionnels de la santé pour hiérarchiser les interventions. Veuillez-vous référer à la version complète des *Recommandations Internationales de Pratique Clinique* et/ou au site web des lignes directrices internationales pour une explication et un contexte de la force de la preuve et de la force de la recommandation

La "**force de la recommandation**" est la mesure dans laquelle un professionnel de la santé peut être sûr que le respect de la recommandation fera plus de bien que de mal.

Forces des Évidences	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Plus d'une étude de niveau I de haute qualité fournissant des preuves directes • Un ensemble de preuves cohérent
B1	<ul style="list-style-type: none"> • Études de niveau 1 de qualité moyenne ou faible fournissant des preuves directes • Études de niveau 2 de qualité élevée ou moyenne fournissant des preuves directes • La plupart des études ont des résultats cohérents et les incohérences peuvent être expliquées
B2	<ul style="list-style-type: none"> • Études de niveau 2 de faible qualité fournissant des preuves directes • Études de niveau 3 ou 4 (indépendamment de la qualité) fournissant des preuves directes • La plupart des études ont des résultats cohérents et les incohérences peuvent être expliquées
C	<ul style="list-style-type: none"> • Études de niveau 5 (preuves indirectes), par exemple, études sur des sujets humains normaux, des humains présentant d'autres types de plaies chroniques, des modèles animaux • Un ensemble de preuves avec des incohérences qui ne peuvent être expliquées, reflétant une réelle incertitude sur le sujet
GPS	<p>Enoncé de Bonne Pratique (Good Practice Statement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enoncés qui ne sont pas étayés par un ensemble de preuves comme celles énumérées ci-dessus mais qui sont considérées par le GGG comme importantes pour la pratique clinique.

Force de la Recommandation	
↑↑	Fortement recommandé : à faire
↑	Faiblement recommandé : probablement à faire
↔	Pas de recommandation spécifique
↓	Faiblement non recommandé : probablement à ne pas faire
↓↓	Fortement non recommandé : à ne pas faire

Lignes Directrices et Enoncés de Bonnes Pratique

Les recommandations sont fondées sur des preuves et élaborées systématiquement pour aider les professionnels de la santé, les patients consommateurs et les proches-aidants à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés pour des conditions cliniques spécifiques. Les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques peuvent ne pas être appropriés à tous les contextes, milieux et circonstances. Les conseils fournis ne doivent pas être considérés comme des conseils médicaux pour des cas spécifiques. Cette ligne directrice, et toutes les recommandations qu'elle contient, sont destinées à des fins éducatives

et informatives uniquement. Les noms génériques des produits sont fournis. Rien dans ce guide ne constitue une recommandation pour un produit spécifique.

Les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques présentées ci-dessous constituent un guide général pour une pratique clinique appropriée, à mettre en œuvre par des professionnels de santé qualifiés, sous réserve de leur jugement clinique sur chaque cas individuel, et en tenant compte des préférences du patient consommateur et des ressources disponibles. Le guide doit être mis en œuvre d'une manière respectueuse et culturellement adaptée, conformément aux principes de protection, de participation et de partenariat.

L'extrait présenté dans ce *Guide de référence abrégé* n'est pas destiné à être utilisé séparément du guide complet de *Recommandations Internationales de Pratique Clinique*. Le guide *Recommandations Internationales de Pratique Clinique* contient des résumés de preuves, des considérations sur la mise en œuvre et des discussions sur les preuves qui fournissent un contexte à ces recommandations.

Accès aux Lignes Directrices et aux Supports

L'Accès aux copies numériques et imprimées du *Recommandations Internationales de Pratique Clinique* est disponible sur les sites Web suivants :

NPIAP website	npiap.com
EPUAP website	epuap.org
PPPIA website	pppia.org
International Pressure Injury Guideline website	internationalguideline.com

Le site internet *International Pressure Injury Guideline* (www.internationalguideline.com) est accessible jusqu'à la prochaine révision. Le site héberge les supports additionnels et donne l'accès à l'achat en ligne des Lignes Directrices.

Les traductions du *Guide de référence abrégé* and information sur la procédure de traduction sont accessibles sur le site Web de EPUAP. Pour plus d'information, contacter translation@internationalguideline.com.

Pour toute question concernant l'utilisation de la directive, consultez la déclaration sur les autorisations d'utilisation sur le site web. Pour plus d'information, contacter admin@internationalguideline.com.

AUTEURS DES LIGNES DIRECTRICES

Guideline Governance Group (GGG)

Jan Kottner, PhD (EPUAP Chair)
Scientific Director Clinical Research, Clinical Research Center for Hair and Skin Science, Department of Dermatology and Allergy, Charité-Universitätsmedizin, Germany
Ghent University, Faculty of Medicine and Health Sciences, Belgium

Janet Cuddigan, PhD (NPIAP Chair)

Professor, University of Nebraska Medical Center College of Nursing, USA

Keryln Carville, PhD (PPPIA Chair)
Professor, Primary Health Care and Community Nursing, Silver Chain Group and Curtin University, School of Nursing Midwifery and Paramedicine, Australia

Katrin Balzer, PhD

Professor, University of Lübeck, Nursing Research Unit, Germany

Dan Berlowitz, MD, MPH

Professor, Boston University School of Medicine, USA
Center for Healthcare Organization and Implementation Research (CHOIR), Bedford VA Hospital, USA

Yee Yee Chang

Singapore General Hospital, Singapore

Siu Ming Susan Law, MScN

Nurse Consultant, Princess Margaret Hospital, Hong Kong.

Mary Litchford, PhD

President, CASE Software & Books, NC, USA.

Pamela Mitchell, MN

Clinical Nurse Consultant, Christchurch Hospital, New Zealand.

Zena Moore, PhD

Professor, Royal College of Surgeons in Ireland, Ireland
Monash University, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Australia
Ghent University, Department of Public Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Belgium
Lida Institute, China
Cardiff University, Wales, UK

Joyce Pittman, PhD

Associate Professor, University of South Alabama, USA

Dominique Sigaudou-Roussel, PhD

Director of Research, Laboratory of Tissue Biology and Therapeutic Engineering, National Scientific Research Center (CNRS), University of Lyon, France

Méthodologiste et Editeur en chef

Emily Haesler, PhD

Adjunct Associate Professor,
Curtin University, School
of Nursing, Midwifery and
Paramedicine, Australia
Australian National University,
ANU Medical School, Academic
Unit of General Practice, Australia
La Trobe University, Australian
Centre for Evidence Based Aged
Care, School of Nursing and
Midwifery, Australia

Organisation

Organisations partenaires

European Pressure Ulcer Advisory
Panel
National Pressure Injury Advisory
Panel
Pan Pacific Pressure Injury
Alliance

Organisations associées

Brazilian Association of
Enterostomal Therapists: Wound,
Ostomy and Continence Care
(SOBEST)
Canadian Collaboration of Nurses
Specialized In Wound, Ostomy
and Continence Canada and
Wounds Canada
Chinese Nursing Association
Indonesian Collaboration of
Indonesian Wound Care Clinician

Association and Indonesian
Wound Ostomy and Continence
Nursing Association

Japanese Society for Pressure
Ulcers

Jiangsu Nursing Association

Korean Association of Wound
Ostomy Continence Nurses

Malaysian Society of Wound Care
Professionals

Philippine Wound Care Society
Saudi Chapter of Enterostomal
Therapy

Taiwan Wound Ostomy and
Continence Nurse Association

Thai Enterostomal Therapy
Society

World Council of Enterostomal
Therapists

Membres des Groupes de Travail

Etiologie: Amit Gefen (leader),
David Brienza, Laura Edsberg,
Wendy Milton, Christine Murphy,
Cees W. J. Oomens, Lin Perry, Yunita
Sari • **Populations ayant des
besoins spécifiques liés aux plaies
de pression (chapitre et
recommandations tout au long de
la ligne directrice):** Jill Cox
(leader), Ann Marie Nie(leader),
Tracy Nowicki (leader), Mary Ellen
Posthauer (leader), Maarit Ahtiala,
Boonchuen Aimmak, Rehab Al-
Dossari, Paulo Alves, Yufitriana
Amir, Carina Bååth, Katrin Balzer,
Terrie Beeson, Margaret Birdsong,

Carmel Boylan, Jill Campbell, Fiona Coyer, Amy Darvall, Erik De Laat, Christantie Effendy, Aimee Garcia, Ailing Hu, Budi Anna Keliat, Sandra Korge, Janet Kuhnke, Siew Ling Lim, Mary Litchford, Sheau Lan Loh, Jeanine Maguire, Ambili Nair, Sun Young Nam, Paula Cristina Nogueira, Gordana Petkovska, Rina Pijpker, Wendy Sansom, Emil Schmidt, Emer Shanley, Aamir Siddiqui, Mary Sieggreen, Khristina Simon, Sue Templeton, Ann Tescher, Valentina Vanzi, Jaraspas Wongviseskarn • **Facteurs de risques et évaluation:** Jane Nixon (leader), Susanne Coleman, Emily Haesler, Katrin Balzer, Virginia Capasso, Janet Cuddigan, Claudia Rutherford, Lisette Schoonhoven, Nancy Stotts • **Evaluation de la peau et des tissus:** Mary Jo Conley (leader), Ida Marie Bredesen, Reba J. Giles, Nanthakumahrie D/O Gunasegaran, Ulrika Källman, Eleanor Letran, Kathren Puyk, Yajuan Weng, Huo Xiaorong • **S:** Mary Jo Conley (leader), Ida Marie Bredesen, Reba J. Giles, Nanthakumahrie D/O Gunasegaran, Ulrika Källman, Eleanor Letran, Kathren Puyk, Yajuan Weng, Huo Xiaorong • **Nutrition dans la prévention et le traitement des plaies de pression :** Emanuele Cereda (co-leader), Nancy Munoz (co-leader), Merrilyn Banks, Angela Liew, Mary Ellen Posthauer Siriluck Siripanyawat,

Jos Schols • **Repositionnement et mobilisation précoce :** Tracey Yap (leader), Liesbet Demarré, Lena Gunningberg, Susan Kennerly, Linda Norton, Sofia Macedo, Shuk Yi Pang, Johanna Van Rooyen • **Plaies de pression du talon:** Jill Cox (leader), Sarah Dallimore, Barbara Delmore, Marie-Line Gaubert- Dahan, Manfred Mak, Tina Meyers, Reynaldo Rey-Matias • **Supports:** David Brienza (leader), Virginia Capasso, Misako Dai, Qixia Jiang, Sue Monaro, Katherine Rae, Steven Smet, Peter R. Worsley • **Plaies de pression sur dispositifs médicaux:** Rachel M. Walker (leader), Elizabeth A. Ayello, Suk Chu Chan, Aihua Chen, Ann Marie Nie, Valentina Vanzi, Peter R. Worsley • **Classification:** Hin Moon Chong, Idramsyah, Yun Jin Lee, Andrea Pokorná, Catherine Ratliff, Mary Sieggreen, Nicole Walsh • **Evaluation des plaies de pression et suivi de la cicatrisation :** Kerrie Coleman, Patricia Davies, Suhaida Binte Ramli, Ann Marie Nie, Catherine Ratliff • **Evaluation et traitement de la douleur:** Clarissa Young (leader), Widasari Sri Gitarja, Chak Hau Pang, Barbara Pieper, Tina Meyers, Andrea Pokorná, Valentina Vanzi • **Nettoyage et débridement :** Shan Bergin, Patricia Davies, Rosemary Hill, Harikrishna Nair, Wan Yin Ping, Pamela Scarborough, David Voegeli • **Infection et Biofilms:** Robyn Rayner (leader), Evan Call, Emma

Daza, Jeannie Donnelly, Dea Kent, Gojiro Nakagami, Lea Whittington

• **Pansements:** Maria Ten Hove (leader), Mikyung Cho, Reba

J. Giles, David Voegeli, Tan Wei Xian, Saldy Yusuf • **Pansements**

Biologiques: Laura Edsberg (leader), Michelle Carr, Elizabeth

Faust, Eun Jin Han, Takafumi Kadono, Anna Polak, Jakub Taradaj,

Quek Yanting • **Facteurs de croissance:** Laura Edsberg (leader),

Michelle Carr, Elizabeth Faust, Eun Jin Han, Takafumi Kadono, Anna

Polak, Jakub Taradaj, Quek Yanting

• **Agents biophysiques:** Sharon Boxall, Anna Polak, Hiske Smart,

Gregory M. Toy • **Chirurgie des plaies de pression:** Emily Haesler

(leader), Aamir Siddiqui, Rebecca Iseli, Julie Jordan-O'Brien •

Mesure de la Prévalence et de l'Incidence: Dan Berlowitz, Janet

Cuddigan, Emily Haesler

• **Implémentation dans la pratique clinique:** Kimberly Le Blanc

(leader), Dimitri Beeckman, Maria Helena Larcher Caliri, Kathleen

Finlayson, Bonnie Fraser, Patrícia Homem-Silva, Hongyang Hu, Mei-

Yu Hsu, Wen-Pei Huang, Crystal McCallum, Jill Trelease, Louise

Webber, Tracey Yap • **Education des professionnels de santé:**

Emily Haesler (leader), Katie Capitulo, Margaret Edmondson,

Ednalda Maria Franck, Aimee Garcia, Patrícia Homem-Silva, Jung

Yoon Kim, Tamara Page, Diane

Maydick Youngberg • **Qualité de vie, Autosoins et Education:**

Emily Haesler (leader), Bernadette McNally, Sivagame Maniya, Lena

Gunningberg, Denise Hibbert, Ann Marie Kassab, Yuwadee

Kestsumpun, Lynn Tabor • **Indicateurs de Qualité:** Joyce

Pittman, Emily Haesler, Ruud Halfens

REMERCIEMENTS

Remerciements et soutien

Notre reconnaissance et nos remerciements aux membres du Groupe de développement des Recommandations et groupes de travail 2009 et 2014 de EPUAP, NPIAP and PPPIA qui ont développé ces deux premières éditions des lignes directrices. Les travaux présentés dans cette édition des *Lignes Directrices Internationales* s'appuient sur des recherches qui ont été évaluées et résumées par des équipes de développement de lignes directrices antérieures.

Emily Haesler, PhD
Méthodologiste intérimaire (mise à jour, examen et analyse de la littérature dans l'intervalle entre les activités officielles d'élaboration des lignes directrices [2013 à 2017])

Jan Kottner, PhD
Organisateur et responsable du Guideline Governance Group

Paul Haesler, BSc (Hons)
Web développement et IT support pour la gestion des lignes directrices et évaluation des preuves, enquête auprès des patients consommateurs, processus d'examen des parties prenantes et plate-forme en ligne sur la force des recommandations

McKenna Management
Gestion de l'administrative et commercialisation des lignes directrices

La Trobe University, Australia
Electronic database, accès aux revues et services de prêt entre bibliothèques

Australian National University, Australia
Approbation éthique pour enquête auprès des patients consommateurs

Nous remercions tout particulièrement Emily Haesler qui a fait un travail extraordinaire pour gérer les complexités d'une étude internationale, complète et systématique de la littérature de recherche et le développement de cette ligne directrice révisée et élargie sur la prévention et le traitement des plaies de pression.

Traduction

Les experts suivants ont effectué l'extraction de données pour les documents non anglophone : Jan Kottner
Takafumi Kadono
Maria Helena Larcher Caliri

Patients Consommateurs et Parties Prenantes

Nous remercions tout particulièrement les plus de 1 200 patients consommateurs et leurs proches-aidants qui ont contribué à l'élaboration des lignes directrices par leur participation à l'enquête internationale auprès des patients et des consommateurs.

Remerciements spéciaux aux nombreuses parties prenantes qui ont passé en revue les processus de ligne directrice et les projets. Tous les commentaires des parties prenantes ont été passés en revue par le GGG et les révisions ont été faites basées sur les commentaires reçus. Nous apprécions l'investissement des professionnels de santé, des chercheurs, des éducateurs et des fabricants du monde entier qui ont pris du temps pour partager leur expertise et leur critique réfléchie.

REMERCIEMENTS AUX SPONSORS

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) et Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) remercient vivement la contribution des personnes et des entreprises pour leur support financier dans la présentation et la distribution de ces recommandations. Toutes les contributions financières ont été acceptées après le développement des recommandations et *n'ont aucunement influencé* leur développement ou le contenu final. Ces contributions financières ont été utilisées pour l'impression et pour la diffusion des recommandations, associées à d'autres moyens d'enseignement. Les entreprises suivantes ont accordé des subventions à l'éducation sans restriction :

Gold Level Sponsors

Mölnlycke®

Hillrom

Silver Level Sponsors

ARJO

Medela, LLC

Smith + Nephew

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE BONNES PRATIQUES

Les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques suivants sont extraits du guide complet de pratique clinique pour la commodité de l'utilisation dans la pratique clinique. Les recommandations et les énoncés de bonnes pratiques ne sont pas destinés à être utilisés sans avoir examiné et pris en compte les résumés des données, les considérations de mise en œuvre et la discussion des données qui sont inclus dans le guide complet.

		Force de l'évidence	Force de Rec
Facteurs de Risque et Évaluation du Risque			
1.1	Considérer que les personnes à mobilité et activité limitées et présentant un potentiel élevé de friction et de cisaillement risquent de subir des plaies de pression.	A	↑↑
1.2	Considérer que les personnes ayant une plaie de pression de catégorie/stade I risquent de développer une plaie de pression de catégorie/stade II ou plus.	A	↑↑
1.3	Évaluer l'impact potentiel d'une plaie de pression existante de n'importe quelle catégorie/stade sur le développement de plaies de pression supplémentaires.	C	↑
1.4	Évaluer l'impact potentiel d'une plaie de pression antérieure sur le développement d'une plaie de pression supplémentaire	GPS	
1.5	Évaluer l'impact potentiel des altérations de l'état de la peau aux points de pression sur le risque de plaies de pression.	GPS	
1.6	Évaluer l'impact potentiel de la douleur aux points de pression sur le risque de plaies de pression.	GPS	
1.7	Évaluer l'impact du diabète sucré sur le risque de plaies de pression	A	↑↑
1.8	Évaluer l'impact des déficits circulatoires sur le risque de plaies de pression.	B1	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
1.9	Evaluer l'impact des déficits d'oxygénation sur le risque de plaies de pression.	C	↑
1.10	Evaluer l'impact de l'altération de l'état nutritionnel sur le risque de plaies de pression.	C	↑
1.11	Examiner l'impact potentiel de la macération cutanée sur le risque de plaies de pression.	C	↑
1.12	Examiner l'impact d'une température corporelle élevée sur le risque de plaies de pression.	B1	↑
1.13	Examiner l'impact potentiel de l'âge avancé sur le risque de plaies de pression.	C	↑
1.14	Examiner l'impact d'une altération de la perception sensorielle sur le risque de plaies de pression.	C	↑
1.15	Examiner l'impact potentiel de résultats sanguins sur le risque de plaies de pression.	C	↔
1.16	Examiner l'impact potentiel de l'état de santé général et mental sur le risque de plaies de pression.	GPS	
1.17	Examiner l'impact du temps passé immobilisé avant l'opération, la durée de l'opération et la classification de l'état physique sur le risque de plaies de pression lié à la chirurgie selon la Société Américaine des Anesthésiologistes (ASA).	B2	↑
1.18	Considérer les éléments suivants comme des facteurs de risque supplémentaires pour le développement de plaies de pression chez les personnes gravement malades (soins intensifs) : * Durée du séjour en soins intensifs * Ventilation mécanique * Utilisation de vasopresseurs * Score d'évaluation de la physiologie aiguë et de la santé chronique (APACHE II).	GPS	
1.19	Evaluer l'impact de la maturité de la peau, de la perfusion et l'oxygénation, et de la présence d'un dispositif médical sur le risque de plaies de pression chez les nouveau-nés et les enfants.	B1	↑↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
1.20	Evaluer l'impact de la gravité de la maladie et de la durée du séjour en unité de soins intensifs sur le risque de plaies de pression chez les nouveau-nés et les enfants.	B2	↑
1.21	Effectuer un dépistage des risques de plaies de pression dès que possible après l'admission dans le service de soins et périodiquement par la suite afin d'identifier les personnes susceptibles aux plaies de pression.	GPS	
1.22	Effectuer une évaluation complète des risques de plaies de pression en fonction des résultats du dépistage après l'admission et après tout changement d'état.	GPS	
1.23	Élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention basé sur les risques pour les personnes identifiées comme étant à risque de plaies de pression	GPS	
1.24	Lors de la réalisation d'une évaluation des risques de plaies de pression : <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une approche structurée • Inclure une évaluation complète de la peau • Compléter l'utilisation d'un outil d'évaluation des risques par l'évaluation d'autres facteurs de risque • Interpréter les résultats de l'évaluation en utilisant le jugement clinique 	GPS	
Evaluation de la Peau et des Tissus			
2.1	Procéder à une évaluation complète de la peau et des tissus de toutes les personnes exposées à des plaies de pression : <ul style="list-style-type: none"> • Dès que possible après l'admission/le transfert au service de soins • Dans le cadre de chaque évaluation des risques • Périodiquement, en fonction du degré de risque de plaies de pression de l'individu • Avant la sortie du service de soins 	GPS	
2.2	Inspecter la peau des personnes à risque de plaies de pression pour détecter la présence d'érythème.	A	↑↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
2.3	Distinguer l'érythème qui blanchit de l'érythème qui ne blanchit pas en utilisant soit la pression du doigt, soit la méthode du disque transparent et évaluer l'étendue de l'érythème.	B1	↑↑
2.4	Evaluer la température de la peau et des tissus mous.	B1	↑
2.5	Evaluer l'œdème et rechercher les modifications de la consistance des tissus par rapport aux tissus environnants.	GPS	
2.6	Envisager l'utilisation d'un appareil de mesure de l'humidité/œdème sous-épidermique comme complément à l'évaluation clinique de routine de la peau.	B2	↔
2.7	Lors de l'évaluation des peaux à pigmentation foncée, il est important de considérer l'évaluation de la température de la peau et de l'humidité sous-épidermique comme des stratégies d'évaluation complémentaires.	B2	↑
2.8	Évaluer la pertinence d'une évaluation objective de la couleur de la peau à l'aide d'un colorimètre lors d'une évaluation de la peau.	B2	↔
Soins Préventifs de la Peau			
3.1	Implémenter un protocole de soins de la peau qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> • Maintien de la peau propre et correctement hydratée • Nettoyage rapide de la peau après des épisodes d'incontinence • Utilisation de savons et de nettoyeurs alcalins à éviter • Protection de la peau de l'humidité avec un produit barrière. 	B2	↑↑
3.2	Eviter de frotter vigoureusement la peau qui est à risque de plaies de pression.	GPS	
3.3	Utiliser des produits d'incontinence hyperabsorbants afin de protéger la peau des personnes incontinentes urinaire à risque ou présentant une plaie de pression.	B1	↑
3.4	Envisager d'utiliser des textiles à faible coefficient de frottement pour les personnes présentant ou à risque de plaies de pression.	B1	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
3.5	Utiliser un pansement hydrocellulaire siliconé pour protéger la peau des personnes à risque de plaies de pression.	B1	↑
Evaluation de la Nutrition et Traitement			
4.1	Effectuer un dépistage nutritionnel pour les personnes à risque d'une plaie de pression.	B1	↑↑
4.2	Effectuer une évaluation nutritionnelle complète pour les adultes à risque ou souffrant d'une plaie de pression qui sont dépistés comme étant à risque de malnutrition.	B2	↑↑
4.3	Élaborer et mettre en œuvre un plan de soins nutritionnels individualisés pour les personnes souffrant ou à risque d'une plaie de pression, qui sont mal nourries ou qui risquent de souffrir de malnutrition.	B2	↑↑
4.4	Optimiser l'apport énergétique pour les personnes à risque de plaies de pression qui sont mal nourries ou à risque de malnutrition.	B2	↑
4.5	Ajuster l'apport protéinique pour les personnes à risque de plaies de pression qui sont mal nourries ou à risque de malnutrition.	GPS	
4.6	Fournir 30 à 35 kcalories/kg /jour pour les adultes avec une plaie de pression qui sont mal nourries ou à risque de malnutrition.	B1	↑
4.7	Fournir 1.2 à 1.5 g protéine/ kg /jour pour les adultes avec une plaie de pression qui sont mal nourries ou à risque de malnutrition.	B1	↑↑
4.8	Proposer des aliments fortifiés riches en calories et en protéines et/ou des suppléments nutritionnels en plus du régime alimentaire habituel pour les adultes à risque de développer une plaie de pression et qui sont également mal nourris ou menacés de malnutrition, si les besoins nutritionnels ne peuvent être satisfaits par un apport alimentaire normal.	C	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
4.9	Proposer des aliments fortifiés riches en calories et en protéines et/ou des suppléments nutritionnels en plus du régime alimentaire habituel pour les adultes avec une lésion de pression et qui sont également mal nourris ou menacés de malnutrition, si les besoins nutritionnels ne peuvent être satisfaits par un apport alimentaire normal.	B1	↑↑
4.10	Fournir des suppléments nutritionnels oraux ou des formules entérales riches en calories, en protéines, en arginine, en zinc et en antioxydants pour les adultes avec une lésion de pression de catégorie II ou plus qui sont mal nourris ou qui risquent de souffrir de malnutrition.	B1	↑
4.11	Discuter des avantages et des inconvénients d'une alimentation entérale ou parentérale pour soutenir la santé globale au regard des préférences et des objectifs de soins avec les personnes à risque de plaies de pression qui ne peuvent pas satisfaire leurs besoins nutritionnels par voie orale malgré les interventions nutritionnelles.	GPS	
4.12	Discuter des avantages et des inconvénients d'une alimentation entérale ou parentérale pour soutenir la santé globale en regard des préférences et des objectifs de soins avec les personnes souffrant de plaies de pression qui ne peuvent pas satisfaire leurs besoins nutritionnels par voie orale malgré les interventions nutritionnelles.	B1	↑
4.13	Fournir et encourager un apport adéquat en eau/fluide pour l'hydratation d'une personne souffrant ou à risque d'une plaie de pression lorsque cela est compatible avec les objectifs des soins et les conditions cliniques.	GPS	
4.14	Effectuer un dépistage et une évaluation nutritionnels adaptés à l'âge des nouveau-nés et des enfants à risque des plaies de pression.	GPS	

		Force de l'évidence	Force de Rec
4.15	Pour les nouveau-nés et les enfants souffrant ou à risque de plaies de pression et dont l'apport oral est insuffisant, envisager des aliments enrichis, des compléments alimentaires appropriés à l'âge, ou un soutien nutritionnel entéral ou parentéral.	GPS	
Repositionnement et Mobilisation Précoce			
5.1	Repositionner toutes les personnes présentant ou à risque de développer des plaies de pression selon un horaire individualisé, sauf contre-indication.	B1	↑↑
5.2	Déterminer la fréquence de repositionnement en tenant compte du niveau d'activité de la personne, de sa mobilité et de sa capacité à se repositionner de manière autonome.	B2	↑↑
5.3	Déterminer la fréquence de repositionnement en tenant compte des spécificités de la personne : <ul style="list-style-type: none"> • Tolérance de la peau et des tissus • État de santé général • Objectifs généraux du traitement • Confort et douleur 	GPS	
5.4	Mettre en œuvre des stratégies de rappel de repositionnement pour promouvoir le respect des programmes de repositionnement.	B1	↑
5.5	Repositionner la personne de manière à obtenir une décharge optimale de toutes les saillies osseuses et une redistribution maximale de la pression.	GPS	
5.6	Repositionner la personne pour soulager ou redistribuer la pression en utilisant des techniques de manipulation manuelle et des équipements qui réduisent la friction et le cisaillement.	B2	↑
5.7	Envisager d'utiliser la cartographie continue de la pression au chevet comme indice visuel pour guider le repositionnement.	C	↔

		Force de l'évidence	Force de Rec
5.8	Lors du positionnement, utiliser la position couchée latérale à 30° de préférence à la position couchée latérale à 90°.	C	↑
5.9	Maintenir la tête de lit le plus à plat possible.	B1	↔
5.10	Éviter la position couchée prolongée, sauf si elle est nécessaire à la gestion de l'état de santé de la personne.	B1	↔
5.11	Promouvoir la possibilité de s'asseoir hors du lit dans un fauteuil approprié ou un fauteuil roulant pendant des périodes de temps limitées.	B1	↑
5.12	Choisir une position assise inclinée avec les jambes en position élevée. Si l'inclinaison n'est pas appropriée ou possible, assurez-vous que les pieds sont bien appuyés sur le sol ou sur les repose-pieds lorsque la personne est assise en position verticale dans un fauteuil ou un fauteuil roulant.	B2	↑
5.13	Incliner le siège pour éviter que la personne ne glisse dans le fauteuil ou la chaise roulante.	B2	↑
5.14	Enseigner et encourager les personnes qui passent de longues périodes en position assise à effectuer des mouvements pour soulager la pression.	C	↑
5.15	Mettre en œuvre un programme de mobilisation précoce qui augmente l'activité et la mobilité aussi rapidement que possible.	C	↑
5.16	Pour les personnes souffrant d'une plaie de pression ischiatique ou sacrée, évaluer le bénéfice des périodes d'alitement pour promouvoir la cicatrisation par rapport au risque de nouvelles ou d'aggravation des plaies de pression et l'impact sur le mode de vie et la santé physique et émotionnelle.	GPS	
5.17	Repositionner les personnes instables gravement malades pouvant être repositionnées en utilisant des mouvements lents et progressifs pour laisser le temps de stabiliser l'état hémodynamique et l'oxygénation.	GPS	

		Force de l'évidence	Force de Rec
5.18	Initier de fréquents petits changements de position du corps pour les personnes gravement malades trop instables pour maintenir un programme de repositionnement régulier.	C	↑
5.19	Positionner l'individu de manière à réduire le risque de développer des plaies de pression pendant l'opération en répartissant la pression sur une plus grande surface du corps et en déchargeant les saillies osseuses.	GPS	
Plaies de Pression du Talon			
6.1	Dans le cadre d'une évaluation des risques, évaluer l'état vasculaire/circulatoire des membres inférieurs, des talons et des pieds lors d'une évaluation de la peau et des tissus.	B2	↑↑
6.2	Pour les personnes à risque de plaies de pression au niveau des talons et/ou qui présentent des plaies de pression de catégorie/stade I ou II, surélever les talons à l'aide d'un support spécialement conçu ou d'un oreiller/coussin en mousse. Décharger complètement le talon de manière à répartir le poids de la jambe le long du mollet sans exercer de pression sur le tendon d'Achille et la veine poplitée.	B1	↑↑
6.3	Pour les personnes présentant des plaies de pression catégorie/stade III ou plus au niveau des talons, surélever les talons à l'aide d'un support spécialement conçu ou d'un oreiller/coussin en mousse. Décharger complètement le talon de manière à répartir le poids de la jambe le long du mollet sans exercer de pression sur le tendon d'Achille et la veine poplitée.	GPS	
6.4	Utiliser un pansement prophylactique en complément de la décharge du talon et d'autres stratégies pour prévenir les lésions dues à la pression du talon.	B1	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
Supports			
7.1	Choisir un support répondant au besoin de redistribution de la pression de l'individu en fonction des facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'immobilité et d'inactivité • Nécessité d'influencer le contrôle du microclimat et la réduction du cisaillement • Taille et poids de l'individu • Nombre, gravité et localisation des plaies de pression existantes • Risque de développer de nouvelles plaies de pression. 	GPS	
7.2	Veiller à ce que la surface du lit soit suffisamment large pour permettre à la personne de se tourner sans contact avec les barrières du lit.	C	↑
7.3	Pour les personnes souffrant d'obésité, choisir un support présentant une meilleure redistribution de la pression, une réduction du cisaillement et des caractéristiques du microclimat.	GPS	
7.4	Utiliser des matelas ou sur-matelas en mousse à haute densité, plutôt que des matelas en mousse standard, pour toutes les personnes à risque de développer des plaies de pression.	B1	↑
7.5	Envisager d'utiliser un matelas ou un sur-matelas dynamique pour les personnes à risque de développer des plaies de pression.	C	↑
7.6	Évaluer les avantages relatifs de l'utilisation d'une peau de mouton de qualité médicale pour les personnes à risque de développer des plaies de pression.	B1	↔
7.7	Évaluer les avantages relatifs de l'utilisation d'un matelas ou d'un sur-matelas à air à pression alternée pour les personnes à risque de plaies de pression.	B1	↑
7.8	Utiliser un support de redistribution de la pression sur la table d'opération pour toutes les personnes souffrant ou risquant de souffrir de plaies de pression et qui doivent subir une intervention chirurgicale.	B1	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
7.9	<p>Pour la personne souffrant d'une plaie de pression, penser à changer pour un support spécialisé lorsque celle-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne peut pas être positionnée en décharge de la plaie de pression • Présente des plaies de pression sur deux zones ou plus (par exemple le sacrum et le trochanter), ce qui limite les options de positionnement • Présente une plaie de pression qui n'aboutit pas à la guérison ou qui démontre des signes de détérioration malgré des soins complets et appropriés • Est à risque élevé de plaies de pression supplémentaires • A subi un lambeau ou une greffe • Est inconfortable • Touche le fond du support en place. 	GPS	
7.10	Évaluer les avantages relatifs de l'utilisation d'un lit fluidisé pour faciliter la cicatrisation en réduisant la température cutanée et l'excès d'humidité pour les personnes présentant des plaies de pression de catégorie/stade III ou IV.	B1	↑
7.11	<p>Choisir un siège et le support répondant au besoin de redistribution de la pression de la personne en tenant compte de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille du corps et sa configuration, • Les effets de la posture et la déformation sur la répartition de la pression • Les besoins de mobilité et de style de vie. 	GPS	
7.12	Utiliser un coussin de redistribution de la pression pour prévenir les plaies de pression chez les personnes à haut risque qui sont assises dans un fauteuil/une chaise roulante pendant des périodes prolongées, en particulier si la personne est incapable d'effectuer des mouvements pour soulager la pression.	B1	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
7.13	Évaluer les avantages relatifs à l'utilisation d'un coussin d'air à pression alternée pour favoriser la cicatrisation des plaies de pression chez les personnes qui sont assises dans un fauteuil/une chaise roulante pendant des périodes prolongées, en particulier si la personne est incapable d'effectuer des mouvements pour soulager la pression.	B1	↑
7.14	Utiliser un coussin de redistribution de la pression bariatrique conçu pour les personnes obèses en position assise.	C	↑
7.15	Pour les personnes souffrant ou à risque de plaies de pression, envisager d'utiliser une surface d'appui redistribuant la pression pendant les transports/transits.	GPS	
7.16	Transférer la personne de la planche dorsale dès que possible après son admission dans un établissement de soins aigus, en consultation avec un professionnel de santé qualifié.	C	↑
Plaies de Pression sur Dispositifs Médicaux			
8.1	Pour réduire le risque de plaies de pression liées à un dispositif médical, examiner et sélectionner les dispositifs médicaux en tenant compte de : <ul style="list-style-type: none"> • La capacité du dispositif à minimiser les lésions tissulaires • La taille/forme correcte de l'appareil pour l'individu • La capacité à appliquer correctement l'appareil conformément aux instructions du fabricant • La capacité à sécuriser correctement le dispositif. 	B2	↑↑
8.2	Surveiller régulièrement la tension des fixations des dispositifs médicaux et, si possible, demander à la personne d'évaluer elle-même son confort.	C	↑
8.3	Évaluer la peau sous et autour des dispositifs médicaux pour détecter des signes de plaies de pression dans le cadre d'une évaluation cutanée de routine.	GPS	

		Force de l'évidence	Force de Rec
8.4	Réduire et/ou redistribuer la pression sur l'interface peau-dispositif médical en : <ul style="list-style-type: none"> • Tournant ou en repositionnant régulièrement le dispositif médical et/ou l'individu • Fournissant un support physique aux dispositifs médicaux afin de minimiser la pression et le cisaillement • Retirant les dispositifs médicaux dès que cela est médicalement possible. 	GPS	
8.5	Utiliser un pansement prophylactique sous le dispositif médical pour réduire le risque de plaies de pression liées aux dispositifs médicaux.	B1	↑
8.6	Si cela est approprié et sûr, alterner le dispositif de distribution d'oxygène entre le masque correctement ajusté et les lunettes nasales afin de réduire la gravité des plaies dues à la pression nasale et faciale pour les nouveau-nés recevant une oxygénothérapie.	B1	↑
8.7	Si cela est approprié et sûr, alterner le dispositif de distribution d'oxygène entre le masque correctement ajusté et les lunettes nasales afin de réduire la gravité des plaies dues à la pression nasale et faciale pour les enfants et les adultes recevant une oxygénothérapie.	GPS	
8.8	En accord avec un professionnel de santé qualifié et dès que possible, remplacer un collier cervical de désincarcération par un collier rigide pour soins aigus et retirer les colliers cervicaux dès que possible en fonction de l'état clinique.	C	↑
Classification des Plaies de Pression			
9.1	Distinguer les plaies de pression des autres types de plaies.	GPS	
9.2	Utiliser un système de classification des plaies de pression pour classer et documenter le niveau de perte de tissus.	GPS	

		Force de l'évidence	Force de Rec
9.3	Vérifier qu'il existe un accord clinique sur la classification des plaies de pression parmi les professionnels de santé chargés de la classification de celles-ci.	GPS	
Evaluation des Plaies de Pression et Suivi de la Cicatrisation			
10.1	Effectuer une évaluation initiale complète de la personne avec une plaie de pression.	GPS	
10.2	Fixer des objectifs de traitement compatibles avec les valeurs et les objectifs de la personne, avec la contribution de ses proches-aidants, et élaborer un plan de traitement qui soutient ces valeurs et ces objectifs.	GPS	
10.3	Procéder à une réévaluation complète de la personne si la plaie de pression ne montre pas de signes de cicatrisation dans les deux semaines malgré des soins locaux appropriés, une redistribution de la pression et une alimentation adéquate.	B2	↑↑
10.4	Évaluer la plaie de pression et réévaluer au moins une fois par semaine pour suivre les progrès vers la cicatrisation.	GPS	
10.5	Choisir une méthode uniforme et cohérente pour mesurer la taille et la surface des plaies de pression afin de faciliter des comparaisons significatives des mesures des plaies dans le temps.	B2	↑↑
10.6	Évaluer les caractéristiques physiques du lit de la plaie, de la peau et des tissus mous environnants à chaque évaluation de la plaie de pression.	GPS	
10.7	Surveiller les progrès de la cicatrisation des plaies de pression.	GPS	
10.8	Envisager d'utiliser un outil validé pour surveiller la guérison des lésions de pression	B2	↑
Evaluation et Traitement de la Douleur			
11.1	Effectuer une évaluation complète de la douleur chez une personne avec une plaie de pression.	B1	↑↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
11.2	Utiliser des stratégies non pharmacologiques de gestion de la douleur comme stratégie de première ligne et un traitement adjuvant pour réduire la douleur associée aux plaies de pression.	GPS	
11.3	Utiliser des techniques et des équipements de repositionnement en tenant compte de la prévention et de la gestion de la douleur due aux plaies de pression.	GPS	
11.4	Utiliser les principes de la cicatrisation en milieu humide pour réduire la douleur des plaies de pression.	GPS	
11.5	Envisager l'application d'un opioïde topique pour gérer la douleur aiguë due aux plaies de pression, si nécessaire et en l'absence de contre-indications.	B1	↔
11.6	Administer régulièrement une analgésie pour contrôler la douleur des plaies de pression.	GPS	
Nettoyage et Débridement			
12.1	Nettoyer les plaies de pression	B1	↑
12.2	Utilisez des solutions de nettoyage avec des antimicrobiens pour nettoyer les plaies de pression avec une infection suspectée ou confirmée	GPS	
12.3	Nettoyer la peau périlésionnelle.	B2	↑
12.4	Laisser tranquille les plaies de pression stables, dures et sèches des membres et des talons ischémiques, à moins que l'on ne suspecte une infection.	B2	↑↑
12.5	Débrider la plaie de pression présentant du tissu dévitalisé et du biofilm suspecté ou confirmé et effectuer un débridement jusqu'à ce que le lit de la plaie soit exempt de tissu dévitalisé et recouvert de tissu de granulation.	B2	↑↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
Infection et Biofilms			
13.1	<p>Suspecter fortement une infection locale dans une plaie de pression en présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrisation retardée • Absence de signes de cicatrisation au cours des deux semaines précédentes malgré un traitement approprié • Augmentation de la taille/profondeur • Rupture de la plaie /déhiscence • Nécrose • Tissu de granulation friable • Poche ou tunnélisation dans le lit de la plaie • Augmentation de l'exsudat ou changement de la qualité de l'exsudat • Augmentation de la chaleur dans les tissus environnants • Douleur accrue • Malodor. 	B1	↔
13.2	<p>Suspecter fortement un biofilm dans une plaie de pression en présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de cicatrisation malgré une antibiothérapie appropriée • Récurrence face à une thérapie antimicrobienne appropriée • Cicatrisation retardée malgré un traitement optimal • Augmentation de l'exsudat • Augmentation de la mauvaise granulation ou de l'hypergranulation friable • Érythème et/ou inflammation chronique de faible intensité • Signes secondaires d'infection. 	GPS	

		Force de l'évidence	Force de Rec
13.3	Envisager un diagnostic de propagation de l'infection si la personne avec une plaie de pression présente des signes locaux et/ou systémiques d'infection aiguë, notamment mais pas exclusivement : <ul style="list-style-type: none"> • Retard de cicatrisation • Erythème s'étendant du bord de la plaie • Rupture de la plaie /déhiscence • Induration • Crépitation, fluctuation ou décoloration de la peau environnante • Lymphangite • Malaise/léthargie • Confusion/délirium et anorexie (en particulier chez les personnes âgées). 	GPS	
13.4	Déterminer la présence d'une charge microbienne dans la plaie de pression par biopsie tissulaire ou par technique d'écouvillonnage semi-quantitatif et microscopie.	GPS	
13.5	Déterminer la présence d'un biofilm dans la plaie de pression par biopsie tissulaire et microscopie à haute résolution.	GPS	
13.6	Évaluer la plaie de pression pour détecter la présence d'ostéomyélite en présence d'un os exposé et/ou si l'os est rugueux ou mou, ou si la plaie de pression n'a pas pu cicatriser avec un traitement approprié.	B2	↑
13.7	Optimiser le potentiel de cicatrisation : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'état nutritionnel de la personne et remédier aux carences • Évaluer les comorbidités de la personne et promouvoir le contrôle des maladies • Réduire si possible la thérapie immunosuppressive de la personne • Prévenir la contamination des plaies de pression • Préparer le lit de la plaie à travers le nettoyage et le débridement. 	GPS	

		Force de l'évidence	Force de Rec
13.8	Utiliser des antiseptiques topiques dans des concentrations adaptées aux tissus afin de contrôler la charge microbienne et de favoriser la cicatrisation des plaies de pression avec un retard de cicatrisation.	B1	↑
13.9	Utiliser des antiseptiques topiques qui sont actifs contre le biofilm dans des concentrations adaptées aux tissus en conjonction avec un débridement régulier pour contrôler et éradiquer le biofilm suspecté (ou confirmé) dans les plaies de pression avec un retard de cicatrisation.	C	↑
13.10	Utiliser des antibiotiques systémiques pour contrôler et éradiquer l'infection chez les personnes avec des plaies de pression et présentant des signes cliniques d'infection systémique.	GPS	

Pansements

14.1	<p>Pour toutes les plaies de pression, choisir le pansement le plus approprié en fonction des objectifs et des capacités d'autogestion de la personne et/ou de son soignant informel et sur la base d'une évaluation clinique, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diamètre, forme et profondeur de la plaie de pression • Nécessité de combattre la charge bactérienne • Capacité à maintenir le lit de la plaie humide • Nature et volume de l'exsudat de la plaie • État des tissus dans le lit de la plaie • État de la peau périlésionnelle • Présence de tunnélisation ou sous-minage • Douleur. 	GPS	
------	---	-----	--

		Force de l'évidence	Force de Rec
14.2	Évaluer la rentabilité des pansements au niveau local, en tenant compte des coûts directs et indirects pour le système de soins de santé et pour la personne avec une plaie de pression. Les pansements modernes qui favorisent la cicatrisation des plaies en milieu humide sont plus susceptibles d'être rentables en raison des temps de cicatrisation plus courts et des changements de pansement moins fréquents.	GPS	
14.3	Utiliser des pansements hydrocolloïdes pour les lésions de pression non infectées de catégorie/stade II, selon l'état clinique de la lésion de pression.	B1	↑
14.4	Utiliser des pansements hydrogels pour les lésions de pression non infectées de catégorie/stade II, selon l'état clinique de la lésion de pression.	B1	↑
14.5	Utiliser des pansements hydrocellulaires pour les lésions de pression non infectées de catégorie/stade II, selon l'état clinique de la lésion de pression.	B1	↑
14.6	Utiliser un pansement en hydrogel pour les lésions de pression non infectées de catégorie/stade III et IV avec un minimum d'exsudat.	B1	↑
14.7	Utiliser des pansements d'alginate de calcium pour les plaies de pression non infectées de catégorie/stade III et IV avec un d'exsudat modéré.	B1	↑
14.8	Utiliser des pansements en mousse (y compris les hydropolymères) pour les plaies de pression de catégorie/stade II et plus avec un exsudat modéré/important.	B1	↑
14.9	Utiliser des pansements super-absorbants avec une grande capacité d'absorption pour gérer les plaies de pression fortement exsudatives.	B2	↑
14.10	Utiliser des pansements de gazes humides pour maintenir un environnement de plaie suffisamment humide lorsque les pansements modernes ne sont pas une option.	B1	↔

		Force de l'évidence	Force de Rec
14.11	Utilisez un film transparent comme pansement secondaire lorsque les pansements modernes ne sont pas une option.	B1	↔
14.12	Prendre en compte les preuves et les conseils disponibles sur l'utilisation des pansements lors de la sélection des pansements dans les régions géographiques ayant un accès limité aux ressources.	GPS	
Pansements Biologiques			
15.1	Envisager d'appliquer des pansements au collagène sur les plaies de pression qui ne guérissent pas afin d'améliorer le taux de guérison et réduire les signes et symptômes d'inflammation de la plaie.	B1	↑
Facteurs de Croissance			
16.1	Envisager l'application de plasma riche en plaquettes pour favoriser la guérison des plaies de pression.	B1	↔
16.2	Envisager d'appliquer des facteurs de croissance dérivés des plaquettes pour favoriser la guérison des plaies de pression de catégorie/stade III et IV.	B1	↔
Agents Biophysiques			
17.1	Administrer une stimulation électrique à courant pulsé pour faciliter la cicatrisation des plaies dans le cas des plaies de pression récalcitrantes de catégorie/stade II et des plaies de pression de catégorie/stade III ou IV.	A	↑
17.2	Envisager l'utilisation d'une thérapie par ultrasons à basse fréquence sans contact comme thérapie d'appoint pour faciliter la cicatrisation des plaies de pression de catégorie/stade III et IV et des dommages tissulaires profonds probables.	B2	↔
17.3	Envisager l'utilisation d'une thérapie par ultrasons à haute fréquence à 1MHz comme thérapie d'appoint pour faciliter la cicatrisation des plaies de pression de catégorie/stade III et IV.	B1	↔

		Force de l'évidence	Force de Rec
17.4	Envisager la thérapie par pression négative comme une thérapie d'appoint précoce pour réduire la taille et la profondeur des plaies de pression de catégorie/stade III et IV.	B1	↑
Chirurgie des Plaies de Pression			
18.1	Obtenir une consultation chirurgicale pour une personne avec une plaie de pression qui : <ul style="list-style-type: none"> • Présente une cellulite évolutive ou est une source suspectée de septicémie • Présente des sous-minages, des tunnélisations, des sinus et/ou des tissus nécrotiques étendus qu'il n'est pas facile d'enlever par débridement conservateur • Est de catégorie/stade III ou IV et ne cicatrise pas par un traitement conservateur. 	GPS	
18.2	Considérer les facteurs suivants pour évaluer l'indication à la chirurgie des plaies de pression : <ul style="list-style-type: none"> • Probabilité de cicatrisation avec un traitement non chirurgical par rapport à une intervention chirurgicale • Les objectifs de la personne en matière de soins • L'état clinique de la personne • Motivation et capacité de la personne à respecter le traitement • Risque de chirurgie pour la personne. 	GPS	
18.3	Évaluer et atténuer les facteurs physiques et psychosociaux susceptibles de nuire à la guérison des plaies chirurgicales ou d'influencer la récurrence d'une plaie de pression.	B2	↑
18.4	Dans la mesure du possible, exciser complètement la plaie de pression, y compris la peau anormale, la granulation et le tissu nécrotique, les sous-minages et l'os impliqué.	B2	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
18.5	<p>Lors de la conception d'un lambeau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choisir des tissus avec une bonne qualité d'approvisionnement en sang • Utiliser des tissus composites pour accroître la durabilité • Utiliser un lambeau aussi large que possible • Minimiser l'atteinte de la peau et des tissus adjacents • Placer la ligne de suture loin des zones de pression directe • Minimiser la tension sur l'incision à la fermeture. 	GPS	
18.6	Surveiller régulièrement la plaie et signaler immédiatement les signes de complication/souffrance du lambeau.	GPS	
18.7	Utiliser un support spécialisé (matelas) dans la période post-opératoire immédiate.	B2	↑
18.8	Positionner et transférer la personne de manière à éviter les pressions et les perturbations sur le site chirurgical.	GPS	
18.9	Lorsque le site chirurgical est suffisamment guéri, commencer un protocole d'assise progressive.	B2	↑
Mesure de la Prévalence et de l'Incidence			
19.1	Utiliser une méthodologie rigoureuse et des variables de mesure cohérentes lors de la réalisation et de la communication d'études sur la prévalence et l'incidence des plaies de pression.	GPS	
Implémentation dans la pratique clinique			
20.1	Au niveau organisationnel, évaluer et maximiser les caractéristiques de la main-d'œuvre dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité afin de réduire l'incidence des plaies de pression.	C	↑
20.2	Au niveau organisationnel, évaluer les connaissances des professionnels de la santé sur les plaies de pression afin de faciliter la mise en œuvre de programmes d'éducation et d'amélioration de la qualité.	B1	↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
20.3	Au niveau organisationnel, évaluer et maximiser les attitudes et la cohésion de la main-d'œuvre pour faciliter la mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la qualité.	GPS	
20.4	Au niveau de l'organisation, évaluer et maximiser la disponibilité et la qualité des équipements et des normes pour leur utilisation dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité visant à réduire l'incidence des plaies de pression.	B1	↑↑
20.5	Au niveau organisationnel, élaborer et mettre en œuvre un programme d'amélioration de la qualité structuré, adapté et multivarié pour réduire l'incidence des plaies de pression.	A	↑↑
20.6	Au niveau organisationnel, engager toutes les parties prenantes clés dans la supervision et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité afin de réduire l'incidence des plaies de pression.	B1	↑↑
20.7	Au niveau organisationnel, inclure des politiques, procédures et protocoles fondés sur les preuves et des systèmes de documentation normalisés dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité visant à réduire l'incidence des plaies de pression.	B1	↑↑
20.8	Au niveau organisationnel, fournir des outils d'aide à la décision clinique dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité visant à réduire l'incidence des plaies de pression	B1	↑↑
20.9	Assurer un leadership clinique en matière de prévention et de traitement des plaies de pression dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité visant à réduire les plaies de pression.	B1	↑↑
20.10	Au niveau professionnel, dispenser une formation à la prévention et au traitement des plaies de pression dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité visant à réduire l'incidence des plaies de pression.	A	↑↑

		Force de l'évidence	Force de Rec
20.11	Au niveau organisationnel, contrôler, analyser et évaluer régulièrement les performances par rapport à des indicateurs de qualité pour la prévention et le traitement des plaies de pression.	B1	↑↑
20.12	Au niveau organisationnel, utiliser des systèmes de retour d'information et de rappel pour promouvoir le programme d'amélioration de la qualité et ses résultats auprès des parties prenantes.	B2	↑
Education des Professionnels de Santé			
21.1	Au niveau organisationnel, évaluer les connaissances des professionnels de la santé sur les plaies de pression afin de faciliter la mise en œuvre de programmes d'éducation et d'amélioration de la qualité.	B1	↑↑
21.2	Au niveau organisationnel, développer et mettre en œuvre un programme d'éducation multimodal pour la prévention et le traitement des plaies de pression.	B2	↑↑
Qualité de vie, Auto-soins et Education			
22.1	Évaluer la qualité de vie liée à la santé, les connaissances et les compétences en matière d'auto-soins des personnes souffrant ou à risque de plaies de pression afin de faciliter l'élaboration d'un plan de soins des plaies de pression et d'un programme d'éducation.	GPS	
22.2	Fournir une éducation sur les plaies de pression, une formation professionnelle et un soutien psychosocial aux personnes souffrant ou à risque de plaies de pression.	C	↑

INDICATEURS QUALITÉ

Indicateurs Structurels



- Q11 Un plan d'évaluation des caractéristiques appropriées du personnel (par exemple, les niveaux de dotation et la composition des compétences) est en place pour garantir la qualité des soins.
- Q12 L'organisation a mis en place un programme multimodal structuré et adapté d'amélioration de la qualité des plaies de pression.
- Q13 La structure a une politique/protocole de prévention et de traitement des plaies de pression qui reflète les meilleures pratiques figurant dans ce guide.
- Q14 Les collaborateurs bénéficient d'une formation régulière sur la prévention et le traitement des plaies de pression.
- Q15 La direction de l'organisation, les professionnels de la santé, les patients et les proches aidants sont impliqués dans la supervision et la mise en œuvre du programme de prévention des plaies de pression.
- Q16 Le programme d'amélioration de la qualité porte sur la disponibilité et la qualité des équipements spécifiques aux plaies de pression et des normes pour leur utilisation.
- Q17 L'organisation fournit des outils d'aide à la décision clinique pour soutenir la prévention et le traitement des plaies de pression.
- Q18 Un professionnel de la santé spécialisé est disponible pour soutenir la prévention et le traitement des plaies de pression.

Indicateurs de Processus



- Q19 Chaque personne est évaluée pour son risque de plaie de pression dès que possible après l'admission/transfert et périodiquement par la suite et l'évaluation est documentée dans le dossier médical.
- Q10 Chaque personne a fait l'objet d'une évaluation cutanée complète dès que possible après l'admission/transfert et périodiquement par la suite et l'évaluation est documentée dans le dossier médical.
- Q11 Un plan individualisé de prévention des plaies de pression basé sur les risques est documenté, mis en œuvre et modifié en fonction de l'évolution du risque de chaque personne à risque ou souffrant de plaies de pression.
- Q12 Une évaluation de la personne est documentée pour les personnes souffrant d'une plaie de pression.
- Q13 Les plaies de pression sont évaluées et les résultats sont documentés au moins une fois par semaine pour suivre l'évolution de la cicatrisation.
- Q14 Un plan de traitement individualisé et les objectifs est disponible pour chaque personne souffrant d'une plaie de pression.
- Q15 Chaque personne souffrant d'une plaie de pression dispose d'une évaluation complète et documentée de la douleur et, le cas échéant, d'un plan de traitement de la douleur.
- Q16 Toute personne exposée à un risque d'escarre reçoit un dépistage nutritionnel et, le cas échéant, une évaluation nutritionnelle complète est effectuée, et un plan de soins nutritionnels est documenté.
- Q17 Toute personne à risque ou souffrant de plaies de pression (et/ou son proche aidant) reçoit des informations sur la prévention et le traitement des plaies de pression, les soins auto-administrés et un soutien psychosocial.
- Q18 Les taux de plaies de pression est régulièrement mesurés et communiqués aux parties prenantes.

Indicateurs de Résultats

- Q19 Le pourcentage de patients de l'institution porteurs d'une plaie à un moment donné (prévalence)
- Q20 Le pourcentage de patients n'ayant pas de plaie de pression à l'admission et qui en développe en cours de séjour dans l'institution (taux d'acquisition nosocomiale).

SYSTÈMES DE CLASSIFICATION COURAMMENT UTILISÉS

Les systèmes de classification des plaies de pression suivants sont utilisés dans différentes régions géographiques. Le guide complet *Recommandations Internationales de Pratique Clinique* comprend des photographies et des illustrations de la catégorie/stades des plaies de pression, ainsi qu'une liste plus complète des systèmes de classification des lésions de pression couramment utilisés.

Système de Classification Internationale NPUAP-EPUAP (2009, 2014)	WHO ICD-11 (2018)	Système de classification NPUAP (Avril 2016)
Catégorie/Stade I : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine	EH90.0 Plaie de pression de grade 1	Lésion de pression stade 1 : Érythème qui ne blanchit pas sur une peau saine
Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une proéminence osseuse. Pour les peaux à pigmentation foncée, le blanchiment pourrait ne pas être visible ; sa couleur peut être différente à la périphérie. La zone peut être douloureuse, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport aux tissus adjacents. Il est possible que chez les sujets à peau foncée, la Catégorie/Stade I soit difficile à détecter. Ces personnes devraient être identifiées comme étant "à risque".	La plaie de pression de grade 1 est un précurseur de l'ulcération cutanée. La peau reste intacte, mais il y a une rougeur non blanchissable d'une zone localisée, généralement sur une proéminence osseuse. La zone peut être douloureuse, ferme, molle, plus chaude ou plus froide que les tissus adjacents. Elle peut être difficile à détecter chez les personnes à la peau foncée, mais la couleur des zones touchées peut différer de celle de la peau environnante. La présence d'une ulcération de pression de grade 1 peut indiquer que les personnes risquent d'évoluer vers une ulcération franche.	Peau intacte avec une zone localisée d'érythème non blanchissable, qui peut apparaître différemment sur une peau sombre. La présence d'un érythème blanchissable ou des changements de sensation, de température ou de fermeté peuvent précéder les changements visuels. Les changements de couleur n'incluent pas la décoloration violette ou marron, pouvant indiquer une lésion de pression des tissus profonds

Système de Classification Internationale NPUAP-EPUAP (2009, 2014)	WHO ICD-11 (2018)	Système de classification NPUAP (Avril 2016)
Catégorie/Stade II : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène	EH90.1 Plaie de pression de grade 2	Lésion de pression stade 2 : Atteinte partielle de la peau avec exposition du derme
<p>Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent. Elle se présente comme une ulcération brillante ou sèche, superficielle, sans fibrine ni ecchymose*. Cette catégorie/stade ne devrait pas être utilisée pour décrire les dermabrasions, brûlures, dermatites associées à l'incontinence, la macération ou les excoriations.</p> <p><i>* Les ecchymoses indiquent une suspicion de lésion des tissus profonds</i></p>	<p>Plaie de pression avec perte d'épaisseur partielle du derme. Elle se présente sous la forme d'une plaie ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge ou rose sans fibrine ou sous forme de vésicule séreuse ou sérosanguine qui peut se rompre. Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour décrire les déchirures cutanées, les brûlures de ruban adhésif, les dermatites associées à l'incontinence, la macération ou les excoriations.</p>	<p>Perte d'épaisseur partielle de la peau avec exposition du derme. Le lit de la plaie est viable, rose ou rouge, humide, et peut également se présenter sous la forme d'une phlyctène remplie de sérum intacte ou rompue. Le tissu adipeux (graisse) n'est pas visible et les tissus profonds ne sont pas visibles. Le tissu de granulation, la fibrine et la nécrose ne sont pas présents. Ces lésions résultent généralement d'un microclimat défavorable et d'un cisaillement de la peau sur le pelvis et d'un cisaillement au niveau du talon. Ce stade ne doit pas être utilisé pour décrire les dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH), notamment la dermatite associée à l'incontinence (DAI), l'intertrigo, la lésion cutanée liée à un adhésif médical, ou plaies traumatiques (déchirures cutanées, brûlures, abrasions).</p>

Système de Classification Internationale NPUAP-EPUAP (2009, 2014)	WHO ICD-11 (2018)	Système de classification NPUAP (Avril 2016)
Catégorie/Stade III : Perte complète de tissu cutané	EH90.2 Plaie de pression de grade 3	Lésion de pression stade 3 : Perte complète de la peau
<p>Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnélisations. La profondeur de la plaie de pression de Catégorie/Stade III dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les plaies de pression de Catégorie/Stade III peuvent être superficielles. Par contraste, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des plaies de pression de Catégorie/Stade III extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.</p>	<p>Plaie de pression avec perte complète de tissu. La graisse sous-cutanée peut être visible mais l'os, le tendon ou le muscle ne sont pas exposés. La fibrine peut être présente mais ne masque pas la profondeur de la perte de tissu. Il peut y avoir sous-minage et tunnelisation des structures adjacentes. La profondeur varie en fonction de l'emplacement anatomique : les plaies de pression de grade 3 peuvent être peu profondes dans les zones où il y a peu ou pas de graisse sous-cutanée (par exemple l'arête du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole). En revanche, les plaies de pression de grade 3 peuvent être extrêmement profondes dans les zones de forte adiposité.</p>	<p>Perte complète de peau, où le tissu adipeux (graisse) est visible dans la plaie et où le tissu de granulation et des bords roulés de la plaie sont souvent présents.</p> <p>La fibrine et/ou la nécrose peut être visible. La profondeur des lésions tissulaires varie en fonction de l'emplacement anatomique ; les zones présentant une adiposité importante peuvent développer des plaies profondes. Un sous-minage et une tunnelisation peuvent se produire.</p> <p>Le fascia, le muscle, le tendon, le ligament, le cartilage et/ou l'os ne sont pas exposés. Si la fibrine ou la nécrose cache l'étendue de la perte de tissu, il s'agit d'une lésion de pression inclassable.</p>

Système de Classification Internationale NPUAP-EPUAP (2009, 2014)	WHO ICD-11 (2018)	Système de classification NPUAP (Avril 2016)
Catégorie/Stade IV : Perte tissulaire complète	EH90.3 Plaie de pression de grade 4	Lésion de pression stade 4 : Perte complète de la peau et des tissus
Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnélisations. La profondeur de la plaie de pression de Catégorie/Stade IV dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les plaies de pression de Catégorie/Stade IV peuvent être superficielles. La plaie de pression de Catégorie/Stade IV peut s'étendre au muscle et/ou aux structures de soutien (comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires) ce qui rend la survenue d'une ostéomyélite ou d'une ostéite probable. L'os et les muscles sont exposés, visibles ou directement palpables.	Plaie de pression avec un muscle, un tendon ou un os visible ou directement palpable, résultant d'une perte totale de la peau et des tissus sous-cutanés. La fibrine ou la nécrose peut être présente. La profondeur varie en fonction de l'emplacement anatomique : les plaies de pression de grade IV peuvent être peu profondes dans les zones où il y a peu ou pas de graisse sous-cutanée (par exemple, l'arête du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole) mais elles sont généralement profondes et présentent souvent un sous-minage ou une tunnélisation des structures adjacentes.	Perte complète de la peau et des tissus avec exposition ou directe palpation du fascia, muscle, tendon, ligament, cartilage ou os dans la plaie. La fibrine et/ou la nécrose peut être visible. Des bords roulés, des sous-minages et/ou des tunnels sont souvent présents. La profondeur varie en fonction de l'emplacement anatomique. Si de la fibrine ou de la nécrose obscurcit l'étendue de la perte de tissu, il s'agit d'une lésion de pression inclassable.

Système de Classification Internationale NPUAP-EPUAP (2009, 2014)	WHO ICD-11 (2018)	Système de classification NPUAP (Avril 2016)
Inclassable : Profondeur inconnue	EH90.5 Plaie de pression, non dégradable	Lésion de pression inclassable : Perte totale non-observable de peau et des tissus
Perte tissulaire complète dans laquelle la profondeur de la plaie de pression est complètement masquée par de la fibrine (jaune, beige, gris, vert ou brun) et/ou par de la nécrose (beige, brun ou noire) présente dans le lit de la plaie. Tant que la fibrine et/ou la nécrose ne sont pas enlevées afin d'exposer le fond du lit de la plaie, la profondeur réelle ne peut être déterminée, et donc la catégorie/le stade, ne peut être déterminée. Une nécrose talonnière stable (sèche, adhérente, intacte sans érythème ou avec décollement tissulaire) a pour fonction d'être une "couverture naturelle (biologique) du corps" et ne doit pas être retirée.	Plaie de pression avec perte totale de la peau, dans laquelle la profondeur réelle de la plaie est complètement obscurcie par de la fibrine (jaune, brun, gris, vert ou marron) et/ou une nécrose (brun, marron ou noir) dans le lit de la plaie. Tant qu'une quantité suffisante de fibrine et/ou de nécrose n'a pas été enlevée pour exposer le lit de la plaie, il n'est pas possible de déterminer si la plaie est de grade 3 ou 4.	Perte complète de la peau et des tissus, pour laquelle l'étendue des dommages tissulaires au sein de la plaie ne peut être confirmée parce qu'elle est cachée par la fibrine ou la nécrose. Si la fibrine ou la nécrose est enlevée, une lésion de pression de stade 3 ou de stade 4 sera révélée. Les nécroses stables (c'est-à-dire sèches, adhérentes, intactes sans érythème ni fluctuation) sur le talon ou le membre ischémique ne doivent pas être ramollies ou enlevées.

Système de Classification Internationale NPUAP-EPUAP (2009, 2014)	WHO ICD-11 (2018)	Système de classification NPUAP (Avril 2016)
Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue	EH90.4 Suspicion d'une lésion tissulaire profonde induite par la pression, profondeur inconnue	Lésion de pression des tissus profonds : décoloration profonde rouge, marron ou violet persistante et non-blanchissable
<p>Zone délimitée de couleur pourpre ou brun-rouge avec une peau décolorée intacte ou une phlyctène à contenu hématique, résultant d'une lésion des tissus mous sous-jacents dû à une pression et/ou du cisaillement. Cette zone peut être composée de tissus douloureux, fermes, mous, souples, plus chauds ou plus froids par rapport aux tissus adjacents. Le dommage des tissus profonds pourrait être difficile à détecter chez les personnes à peau foncée. L'évolution pourrait inclure la présence d'une phlyctène fine sur un lit de plaie foncé. La plaie peut encore évoluer en se couvrant d'une fine couche de nécrose. L'évolution de la lésion peut être rapide et toucher d'autres couches tissulaires additionnelles malgré le traitement proposé.</p>	<p>Zone de lésion des tissus mous dues à la pression ou au cisaillement qui devrait évoluer en une profonde plaie de pression, mais qui ne l'a pas encore fait. La peau affectée est généralement décolorée en violet ou en marron et peut présenter des phlyctènes hémorragiques. Elle peut être douloureuse et œdémateuse. Elle peut être soit plus chaude, soit plus froide que les tissus adjacents. L'évolution vers une plaie profonde peut être rapide, même avec un traitement optimal.</p>	<p>Peau intacte ou non avec une zone localisée d'une décoloration persistante non blanchissable rouge profond, marron, violet ou une séparation épidermique révélant un lit de plaie sombre ou une phlyctène remplie de sang. Douleur et changement de température précédent souvent les changements de couleur de la peau. La décoloration peut apparaître différemment sur une peau à pigmentation foncée. Cette lésion résulte d'une pression intense et/ou prolongée et les forces de cisaillement à l'interface os-muscle. La lésion peut évoluer rapidement pour révéler l'étendue réelle des lésions tissulaires, ou peut se résorber sans perte de tissus. Si du tissu nécrotique, du tissu sous-cutané, du tissu de granulation, le fascia, des muscles ou d'autres structures sous-jacentes sont visibles, cela indique une perte complète de la peau et des tissus (inclassable, stade 3 ou stade 4). N'utilisez pas cette classification pour décrire des lésions vasculaires, traumatiques, neuropathiques ou dermatologiques.</p>



www.internationalguideline.com