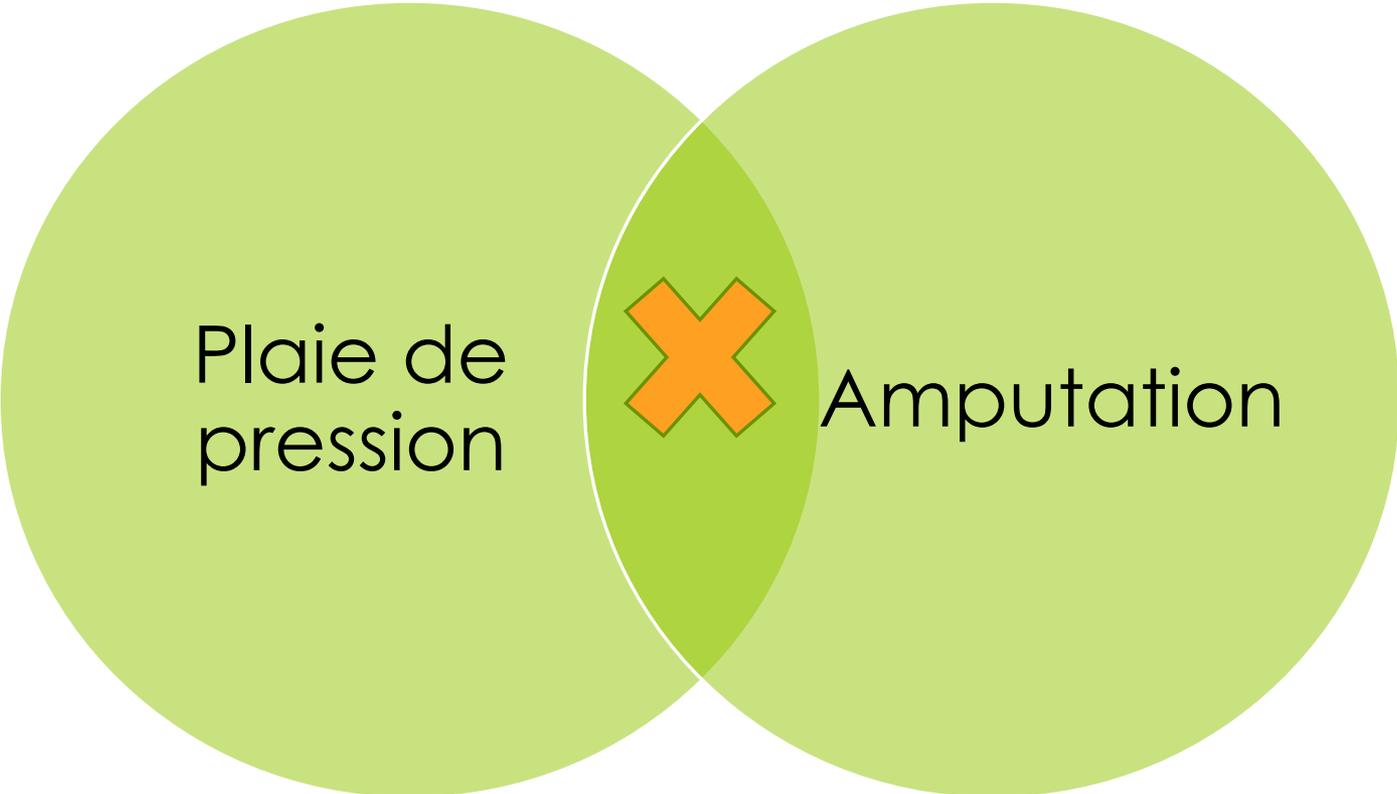


# Plaies de pression: un problème d'équipe?

Par Kate Rousseau-Harrison  
Ergothérapeute

---

# Plaies de pression & clientèle amputée: Pourquoi en parler?



Plaie de  
pression

Amputation

# Plan de l'atelier

- Révision des notions théoriques en lien avec les plaies de pression (PP)
- Identification des facteurs de risque et apport de chaque profession via des exemples de cas cliniques
- Retour sur les rôles de chacun

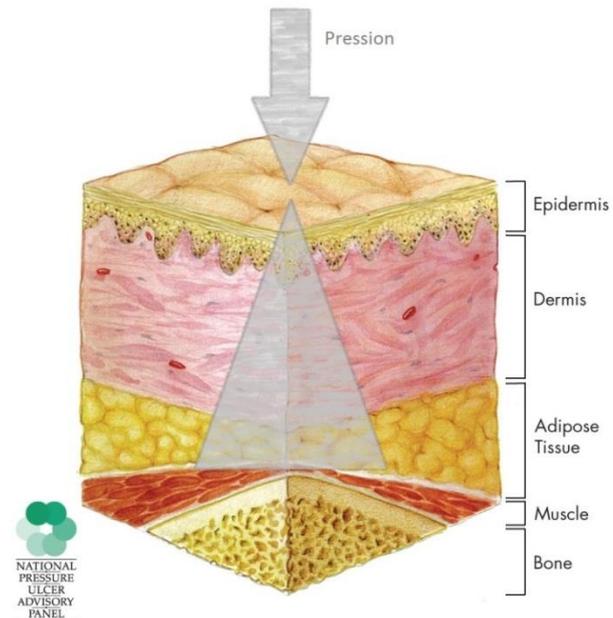
# Définition

« Une plaie de pression est une lésion circonscrite de la peau et/ou des tissus sous-jacents, habituellement au-dessus d'une proéminence osseuse, résultant de pression, ou d'une combinaison de pression et de cisaillement. Un certain nombre de facteurs contribuant ou confondant sont aussi associées aux plaies de pression, mais l'importance de ces facteurs doit encore être élucidés.

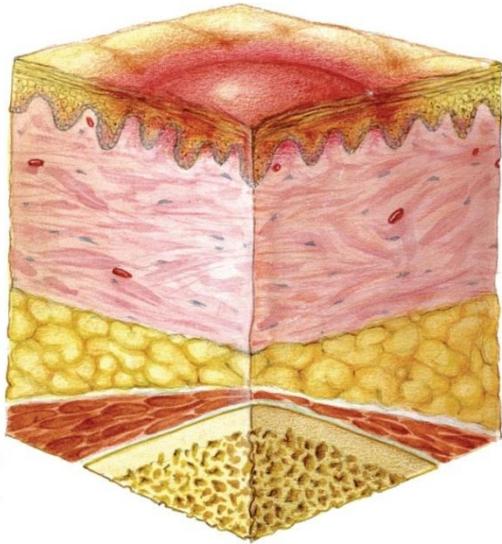
-NPUAP

# Impact de la pression

- Une pression faible sur une longue période de temps ou une pression forte sur une courte période de temps sont dommageables
- En présence de cisaillement, seulement la moitié de la pression est requise pour causer une occlusion

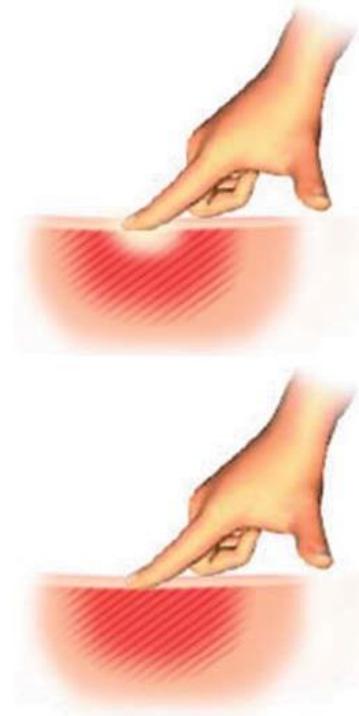


# Stade 1



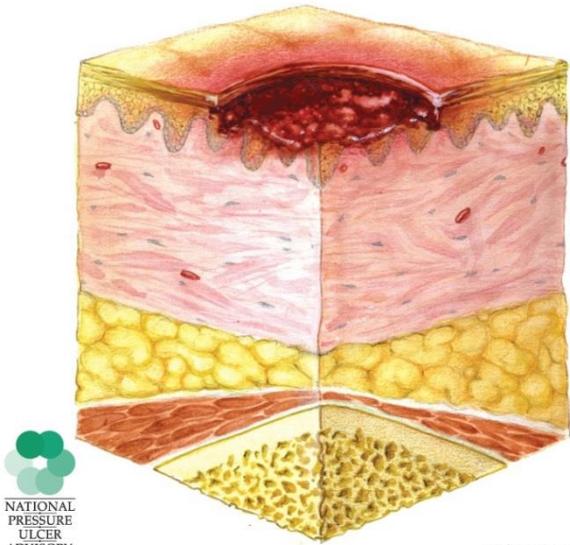
NATIONAL  
PRESSURE  
ULCER  
ADVISORY  
PANEL

STAGE 1

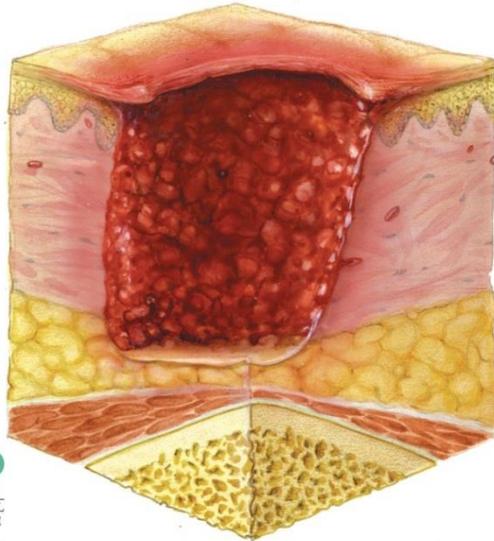


# Stade 2

- Perte partielle de l'épiderme ou du derme



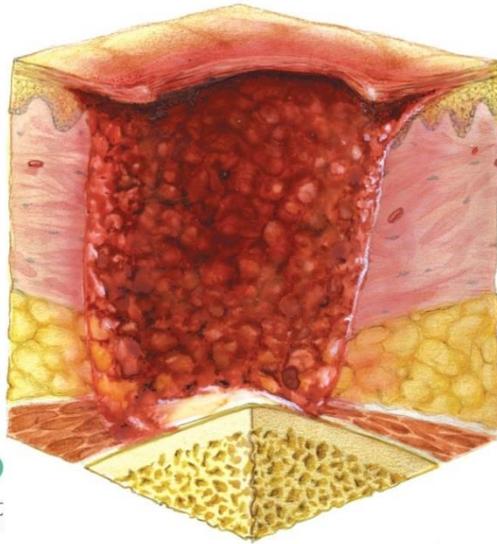
# Stade 3



STAGE 3

- Atteinte complète des tissus de la peau sans atteinte des tendons, muscles ou os

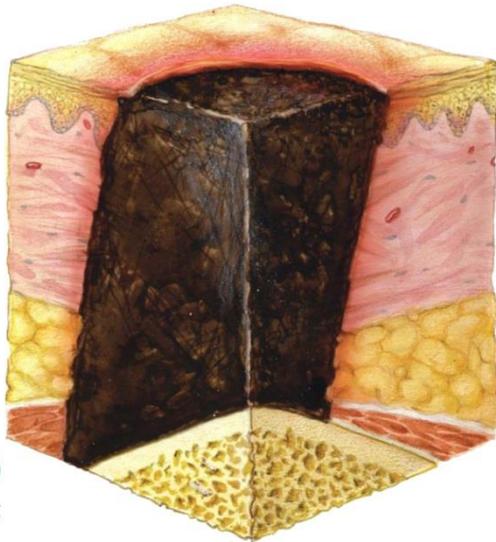
# Stade 4



STAGE 4

- Perte complète des tissus de la peau avec exposition de l'os, des tendons ou du muscle

# Indéterminé



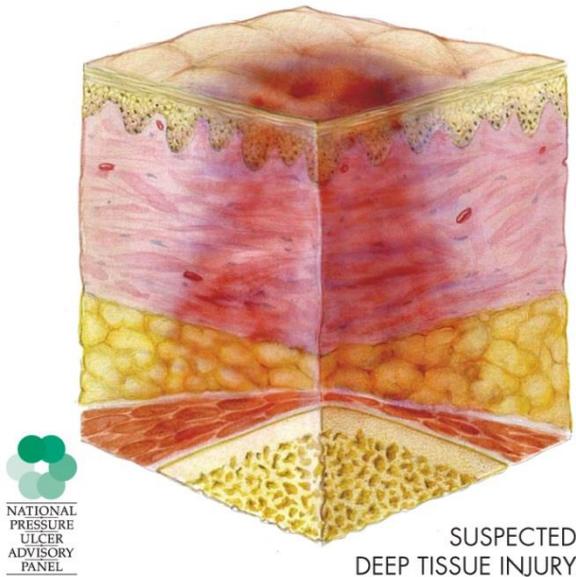
NATIONAL  
PRESSURE  
ULCER  
ADVISORY  
PANEL

UNSTAGEABLE

- Tissus nécrotiques apparents empêchent l'identification du stade

# Lésion des tissus profonds suspectée

- Peau encore intacte mais couleur violacée ou marron



# Facteurs de risque reliés à la personne:

- Immobilité ou diminution d'activités
- Humidité
- Perte de sensation
- Âge avancé
- Dénutrition
- Déshydratation
- Tabagisme
- Comportements et cognition
- Morphologie
- Faiblesse musculaire
- Contractures
- Maladies (ex. : diabète)
- Historique de plaie

# Facteurs de risque liés à l'environnement ou aux HDV:

- Pression
- Forces de friction et de cisaillement
- Contentions
- Surfaces d'appui
- Température/climat
- Environnement humain
- Méthodes de transfert

# Principaux sites de plaies

- Station assise:



# Principaux sites de plaies

- Station assise:
  - Sacrum
  - Ischions
  - Omoplates
  - Pieds
  - Talons



# Principaux sites de plaies

- Décubitus latéral:



# Principaux sites de plaies

- Décubitus latéral:
  - Trochanter
  - Épaule
  - Genou
  - Malléoles
  - Côtes
  - Oreilles



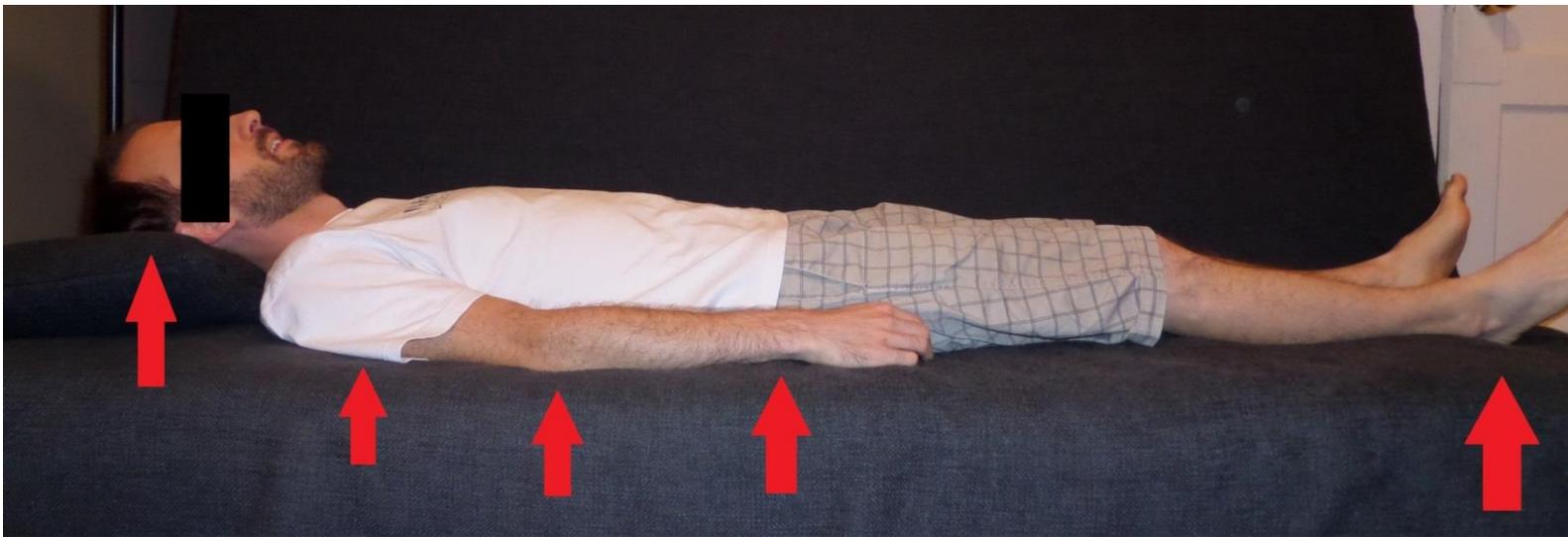
# Principaux sites de plaies

- Décubitus dorsal:



# Principaux sites de plaies

- Décubitus dorsal:
  - Sacrum
  - Talons
  - Omoplates
  - Coudes
  - Occiput



# Équipe

- Ergothérapeute
- Infirmier
- Médecin (omni et physiatre)
- Nutritionniste
- Physiothérapeute
- (Préposé à l'entretien ménager)
- Préposé aux bénéficiaires (ou préposé en réadaptation)
- Psychologue
- Technicien en orthèse/prothèse
- Travailleur social
- **Usager et famille**

## Cas #1 : Mme Rita

Madame Rita est âgée de 91 ans. Elle a subi une amputation tibiale droite d'origine vasculaire. Mme est très maigre, elle dit ne pas avoir beaucoup d'appétit, et ce, depuis plusieurs années. Suite à son opération d'amputation, elle a eu à l'hôpital référent un délirium et de l'anémie qui ont prolongé son séjour en soins aigus. Durant cette période, elle est principalement demeurée alitée.

Mme Rita vous arrive en réadaptation à l'interne, 17 jours après l'opération. Son état médical est désormais stable. Au niveau de sa morphologie, Mme Rita mesure 5'2'' et pèse 94 lbs, son IMC est de 17,2. Elle présente une cyphose dorsale importante. Au niveau fonctionnel, Mme présente un déconditionnement important. En effet, elle requiert de l'aide physique légère à modérée pour ses transferts ainsi que pour les repositionnements au lit, particulièrement se remonter au lit.

Le niveau d'assistance varie selon son niveau de fatigue. Elle a aussi besoin de consignes verbales lors des transferts en raison de la nouveauté de la tâche et de l'environnement (ex. : mettre les freins du FR). Mme Rita transfère du FR au lit par pivot debout. Elle passe en moyenne 2x4h au FR manuel par jour. Elle est limitée à l'uniplan sur courtes distances pour la propulsion du FR.

Mme a à l'occasion des accidents au niveau de sa continence urinaire, surtout causés par le fait qu'elle attend à la dernière minute avant de sonner la cloche d'appel pour que quelqu'un vienne l'aider pour son transfert à la toilette. Mme présente des plaies de stades 1 et 2 sur les apophyses épineuses de sa colonne vertébrale dorsale. Les plaies sont de formes irrégulières et allongées. De plus, Mme rapporte une douleur vive au talon gauche, sur la face médio-postérieure. La peau de son talon est rouge, mais blanchit au toucher.

# Analyse des facteurs de risque

Facteurs de risque	Professionnel impliqué	Intervention
Ex.: Pression dorsale lorsque couchée sur le dos plusieurs heures, faible poids et cyphose		
...		

# Partage de cas

- À vous la parole...

# Cas de M. George

- M. George est âgé de 59 ans, il est diabétique (type II), il mesure 6'4'' et pèse 280 lbs. Il a subi une amputation fémorale droite il y a 6 semaines, mais est hospitalisé depuis plusieurs mois en raison de son état médical instable (infection MI D, insuffisance rénale aigue, problème cardiaque). M présente aussi des séquelles d'un AVC survenu l'an dernier pour lequel M a fait de la réadaptation, mais conserve les séquelles suivantes : diminution de force et de sensibilité à l'hémicorps gauche.

# Cas de M. George

Il a actuellement beaucoup d'œdème au MI G, une plaie de stade 3 chronique sous le pied, une plaie de stade 2 au talon et une plaie de stade 2 au sacrum. Sur le plan cognitif, vous observez qu'il a de la difficulté à retenir les nouvelles informations. M est en réadaptation depuis 3 semaines. Il adhère peu aux traitements, il préfère que les préposés l'aident plutôt que de participer à ses AVQ's. Il a d'ailleurs encore besoin de consignes verbales lors des transferts et de supervision de contact en raison de la diminution de son équilibre assis.

# Cas de M. George

M effectue ses transferts par push-up (semi-glissé latéralement) à l'aide d'une planche de transfert en raison de contractures en flexion à la hanche et au genou qui l'empêchent de faire de la station debout. Au lit, M dort exclusivement en DD et son pied touche au pied de lit. Au niveau des déplacements, M est en train de compléter l'entraînement pour l'utilisation d'un FR motorisé.

# Cas de M. George

Il est jugé indépendant pour la conduite du FR depuis une semaine dans le centre de réadaptation et ses environs et on le retrouve désormais la plupart du temps en train de fumer à l'extérieur. Étant donné l'atteinte d'un plateau dans les objectifs de réadaptation et que M n'est pas candidat pour l'appareillage, l'équipe doit préparer le congé prochainement.

# Ergothérapeute

- Analyse des habitudes de vie :  
observation directe du client en action;  
recherche des causes en lien avec HDV.
- Recommandations d'aides techniques :  
choix de matelas, de fauteuil roulant et  
ses composantes (ex.: coussin, dossier,  
bascule motorisée).

# Infirmier

- Axe préventif: complète une échelle de mesure du risque (ex. : Braden).
- Mets à jour le plan thérapeutique infirmier (PTTI) et met en place des interventions spécifiques selon les éléments recueillis.
- Évalue la douleur (si présente) et mets à jour le PTI.
- Évalue la plaie et prodigue des soins directs (ex. : pansement, rédige de notes pour suivre l'évolution).

# Nutritionniste

- Diagnostique la dénutrition
- Corrige la dénutrition
- Fait l'enseignement du traitement nutritionnel au patient et à ses proches, ainsi qu'à l'équipe médicale

# Physiothérapeute

- Prépare un programme de renforcement et d'amélioration des capacités physiques en général de façon à favoriser la mobilité et les transferts.
- Utilise des modalités de traitement des plaies complémentaires (ex. : laser).
- Procèdent à des évaluations et des interventions en lien avec la douleur.

# Préposé aux bénéficiaires

- Effectue les soins directs aux patients → est au premier rang pour observation de signes précurseurs.
- Contribue à adapter les interventions en fonction des routines du client.
- Applique les recommandations (positionnement au lit, au FR, techniques de transfert, horaire de changement de positions).

# Psychologue

- Évalue l'impact de la PP sur l'image corporelle et le sentiment d'efficacité personnelle, le désir de vivre.
- Évalue les perceptions de l'usager en lien avec ses HDV (ex. : tabagisme, ROH) et propose des interventions en lien avec changement d'HDV .
- Favorise l'adhésion au traitement et intervient pour diminuer les résistances à l'application des recommandations.
- Offre des modalités de gestion de la douleur.

# Travailleur social

- Contribue à la communication entre le patient, ses aidants et les intervenants
- Aide à la recherche de ressources pouvant être requises en vue du congé (ex. : CLSC)

# Usager et ses proches

- Au coeur de nos interventions : tenir compte de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs préoccupations

# En conclusion...

- Prendre le temps de discuter des rôles de chacun
- Multidisciplinaire vs interdisciplinaire

# Remerciements

- Estelle Le Houx, nutritionniste
- Jocelyn Morettini, Psychologue
- Louise De Serre, ergothérapeute
- Shirley Gesse, infirmière
- Maxime Glandon, ergothérapeute, modèle sur les photos et conjoint supportant

# Références

- De Serres et Drapeau (2012) Prévention et traitement des plaies de pression en ergothérapie.
- Gaudreault et al. (2010) Programme de soins des plaies, CSSS de la vieille-Capitale.
- Moisan, Linda (2009) Prévention des plaies de pression par l'évaluation du risque selon l'échelle de Braden, CSSS Pierre-Boucher.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (<http://www.npuap.org/>)
- OEQ, OIIQ, OPPQ (2014) Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes.