

MEILLEURES PRATIQUES RECOMMANDÉES POUR

DES STRATÉGIES GLOBALES AFIN DE FAVORISER ET MAINTENIR L'INTÉGRITÉ DE LA PEAU

Recommandations émises par un groupe de travail composé d'experts

PUBLIÉ PAR :

Wounds International
108 Cannon Street
Londres EC4N 6EU, Royaume-Uni
Tél: + 44 (0)20 3735 8244
info@woundsinternational.com
www.woundsinternational.com

© Wounds International, 2020



La réunion consensuelle et le présent document ont reçu le soutien des commanditaires suivants.

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles des commanditaires.



Comment citer ce document :

Beeckman D et al (2020) *Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity*. Disponible en ligne (en anglais) à l'adresse www.woundsinternational.com



NURSES SPECIALIZED IN
WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE
CANADA
INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN
PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE
CANADA

GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS

Dimitri Beeckman (co-président), PhD, Inf, FEANS, Professeur à l'Université de Gand, à l'Université Monash, à l'Université du Danemark du Sud, à l'Université Örebro, à l'Université du Surrey et au Royal College of Surgeons en Irlande (RCSI)

Karen E. Campbell (co-présidente), PhD, ISPSC, Inf, Professeure adjointe, Université Western, Canada

Kimberly LeBlanc, PhD, Infirmière en pratique avancée, KDS Professional Consulting; Professeure adjointe, École de kinésithérapie, Faculté des sciences de la santé, Université Western; Faculté affiliée, École des sciences infirmières Ingram, Faculté de médecine, Université McGill, Canada

Jill Campbell, Infirmière clinicienne, Service d'intégrité de la peau, Royal Brisbane and Women's Hospital; Nomination conjointe, École des sciences infirmières, Queensland University of Technology, Brisbane, Australie

Ann Marie Dunk, PhD (c), Infirmière clinicienne consultante, Unité de viabilité tissulaires, Hôpital de Canberra, Australian Capital Territory Health, Australie

Catherine Harley, Directrice générale, Infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC/NSWOCC), Canada

Samantha Holloway, Enseignante, Centre d'éducation médicale, École de médecine, Collège des sciences biomédicales et de la vie, Université de Cardiff, Pays de Galles, Royaume-Uni

Diane Langemo, PhD, Inf, FAAN, Présidente, Langemo & Associates Consulting, USA

Marco Romanelli, Professeur et Président, Département de dermatologie, Université de Pise, Italie

Gulnaz Tariq, Gestionnaire du département de soins des plaies, Sheikh Khalifa Medical City (SKMC), Abu Dhabi, EUA

Hubert Vuagnat, Médecin-chef, Centre des plaies, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

COMITÉ DE RÉVISION

Sue Bale, OBE, PhD, BA, RGN, NDN, RHV, PG Dip, Dip N, Directrice R&D, Aneurin Conseil de santé de l'Université d'Aneurin Bevan, Royaume-Uni

Sharon Baranoski, MSN, inf, CCNS-APN, CWCN, MAPWCA, FAAN, Infirmière en pratique avancée, Infirmière consultante indépendante, USA

Lucie Charbonneau, Maître de conférences et infirmière spécialisée en soins des plaies, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Genève; Infirmière spécialisée en soins des plaies, Hôpitaux universitaires de Lausanne, Lausanne, Suisse

Dawn Christensen, BScN, MHSc(N), ISPSC, IIWCC, Infirmière consultante indépendante, Canada

Sebastien Di Tommaso, Infirmier diplômé spécialisé en soins des plaies, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

Karen Edwards, MSS, Inf, BSN, CWOCN, Hôpital de l'Université d'Alabama à Birmingham (UAB), Birmingham, Alabama, USA

Keith Harding, CBE, FRCGP, FRCP, FRCS, FLSW, Professeur de recherche sur la cicatrisation des plaies, Université de Cardiff, Royaume-Uni; Directeur médical, Centre d'innovation pour les plaies, Royaume-Uni; Directeur principal de la recherche clinique, A*Star, Singapour

Rosemary Hill, BSN CWOCN PSCC (C), Lions Gate Hospital, Vancouver Coastal Health, Canada

Zena Moore, PhD, MSc (Leadership dans la formation des professionnels de santé), MSc (Cicatrisation des plaies et réparation des tissus), FFMNRCIS, PG Dip, Dip First Line Management, RGN, professeure et directrice de l'école des sciences infirmières et des sages-femmes, Royal College of Surgeons en Irlande, Dublin, Irlande

Sebastian Probst, Professeur associé de Viabilité tissulaire et de soins des plaies, Haute école des sciences de la santé de Genève, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Suisse

Vera Santos, PhD, CETN (TISOBEST Emerit), École des sciences infirmières, Université de São Paulo, Brésil

Ann Williams, BSN Inf BC CWOCN CFCN, Centre hospitalier de Reston, Virginie, États-Unis

Nous tenons à remercier la Communauté de pratique française des ISPSCC pour son soutien lors de la validation de la traduction française de ce document.

AVANT-PROPOS

La peau est le plus grand organe du corps humain. Ses fonctions sont de nous protéger des agressions extérieures et de maintenir l'homéostasie interne. Au cours de sa vie, une personne peut être confrontée à des périodes où la peau présente une vulnérabilité accrue, ce qui la prédispose davantage à développer des problèmes cutanés. Les périodes critiques sont les suivantes: au tout début de la vie (lorsque la peau n'a pas atteint sa pleine maturité), lorsque les individus souffrent de maladies dermatologiques ou d'autres maladies systémiques et chroniques, à un âge avancé et en fin de vie. Le Comité consultatif international sur les déchirures cutanées (ISTAP) a identifié les principales lacunes en termes de connaissances dans le domaine de la prévention et de la gestion des problèmes cutanés au cours de ces périodes critiques, dans le but d'améliorer la pratique et les résultats cliniques.

L'ISTAP a reconnu le besoin de directives axées sur les facteurs de risque communs et les stratégies de prévention des affections cutanées courantes rencontrées par les personnes présentant une vulnérabilité cutanée accrue :

- Déchirures cutanées
- Lésions de pression
- Dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH)
- Changements cutanés en fin de vie.

L'objectif de ce document est de définir les concepts associés à la vulnérabilité cutanée et de guider les cliniciens dans leurs efforts pour identifier les facteurs de risque communs des affections cutanées et les moyens de maintenir ou de favoriser l'intégrité de la peau. Le but n'est pas de résumer individuellement ces affections cutanées, puisque des données probantes sont déjà disponibles à ce sujet, mais de les rassembler en se concentrant sur les facteurs de risque communs et de formuler une approche de prévention synergique permettant d'éliminer les obstacles observés dans la pratique. Le Skin Safety Model (Campbell et al, 2016) a présenté un modèle holistique qui a identifié les multiples lésions cutanées résultant d'une fragilité cutanée, ainsi que les multiples facteurs interdépendants. Ce document s'appuie sur l'existence de ce modèle.

En octobre 2019, l'ISTAP a réuni un groupe d'experts internationaux pour discuter de cette nouvelle approche et convenir des recommandations en matière de meilleures pratiques qui guideront la pratique et permettront d'améliorer les résultats.

À l'issue de la réunion, une ébauche a été rédigée et a fait l'objet d'un examen approfondi par le groupe de travail d'experts. D'autres experts internationaux ont été consultés afin de refléter la pratique des établissements de soins de santé dans différents pays.

Ce document doit fournir aux professionnels de santé les informations et les ressources nécessaires pour prodiguer des soins appropriés aux personnes à risque qui ont une peau fragile.

Le Dr Karen Campbell et le Pr Dimitri Beeckman, ISTAP et coprésidents du groupe de travail d'experts

Pour de plus amples informations sur l'ISTAP, rendez-vous sur www.skintears.org.

Concepts associés à la vulnérabilité cutanée : Une confusion babylonienne des langues !

Il existe de véritables lacunes en matière de terminologie et de cohérences des définitions qui concernent la vulnérabilité cutanée. Bien que le concept d'«intégrité de la peau» soit largement utilisé dans de nombreux domaines et contextes de santé différents, il n'existe à ce jour aucune définition formelle (Kottner et al, 2019a). De nombreux termes sont actuellement utilisés et il existe des recouvrements de sens incluant : fragilité cutanée, faiblesse cutanée, intégrité de la peau, résilience tissulaire, insuffisance cutanée et dermatoporose (Kaya & Saurat, 2007). À ce jour, il n'y a pas de consensus dans la littérature sur la définition des différents termes ou sur le concept de vulnérabilité cutanée (Ayello et al, 2019; Kottner et al, 2019b).

La classification internationale des diagnostics infirmiers de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2018) comprend deux diagnostics liés à l'intégrité de la peau. L'«altération de la peau» est définie comme une «altération de l'épiderme et/ou du derme» et le «risque d'altération de la peau» comme une «prédisposition d'altération de l'épiderme et/ou du derme, pouvant compromettre la santé». Comme dans la perspective médicale, l'intégrité de la peau est ici définie comme une altération par rapport à la «normale». Cette approche conceptuelle peut toutefois être trop simpliste. Kottner et al (2019a) définissent l'intégrité de la peau comme la combinaison d'une structure cutanée intacte et d'une capacité fonctionnelle suffisamment élevée pour la préserver.

Le terme «défaillance cutanée» a déjà été suggéré, mais il est défini différemment dans la littérature dermatologique (Irvine, 1991) et dans la littérature sur les lésions de pression (Langemo & Brown, 2006). Des discussions ont notamment porté sur les concepts interdépendants de «défaillance cutanée», de changements cutanés en fin de vie et de lésions de pression mais aussi sur les critères définissant le caractère inévitable de celles-ci. La clarté des définitions et des termes est donc primordiale (Kottner et al, 2019b).

«Fragilité cutanée» est le terme générique suggéré pour les peaux à risque et vulnérables. Ce terme a été débattu et approuvé par le groupe de travail d'experts. Il a été convenu que cette clarification des termes pourrait représenter un changement de paradigme vers une réflexion plus cohérente concernant les concepts de fragilité cutanée. Une approche proactive doit être adoptée pour protéger les peaux fragiles et prévenir les lésions, et pour que les individus, les familles et les soignants bénéficient d'une formation qui, dans la mesure du possible, puisse les aider à préserver l'intégrité de leur propre peau.

Il est important de ne pas confondre fragilité cutanée et «fragilité» globale, ce dernier terme pouvant avoir des connotations négatives pour certaines personnes. Bien qu'il n'y ait pas eu de consensus sur une définition exacte de la «fragilité», étant donné qu'elle ne peut être classée ni comme le résultat du processus de vieillissement ni comme une maladie (Bergman et al, 2007), elle peut être définie comme «une situation de diminution des réserves fonctionnelles conduisant à un état vulnérable avec les risques inhérents à une multitude d'effets indésirables» (Junius-Walker et al, 2018).

La fragilité est un terme générique qui englobe l'interaction de facteurs physiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et économiques. Ces composantes ont été décrites comme des facteurs interactifs, c'est-à-dire qu'elles ont influencé et ont été influencées par d'autres composantes comprises dans le terme générique de fragilité et augmentent la vulnérabilité des personnes âgées en termes de résultats négatifs tels que l'admission à l'hôpital et les chutes (Coker et al, 2019). La «fragilité» peut être considérée comme un état dynamique ou variable, selon l'interaction de ces facteurs. Une mauvaise santé physique ou mentale et les facteurs associés — c'est-à-dire des changements en termes de santé physique/mentale, environnement physique et circonstances sociales (telles qu'un deuil) — peuvent donner lieu à des changements temporaires dans l'apparence de la fragilité (Lang et al, 2009; Coker et al, 2019).

Il est également important de noter que, si la fragilité cutanée peut être associée au vieillissement, elle ne s'applique pas uniquement aux personnes âgées et ne doit pas non plus être considérée comme une simple conséquence du vieillissement. Pour des exemples de groupes de patients particuliers

exposés à un risque de fragilité cutanée et de l'impact que cela peut avoir sur l'individu et sa santé, consulter le Tableau 1.

Tableau 1: Groupes de patients présentant un risque de fragilité cutanée (adaptés de Wounds UK, 2018)

Groupe de patients	Changements cutanés	Problèmes potentiels
Personnes âgées	La peau devient plus fine, perd de son élasticité, diminution de l'apport sanguin, diminution de la graisse sous-cutanée, diminution de l'hydratation cutanée, réduction de la couche dermo-épidermique (diminution de l'adhérence de l'épiderme sur le derme; Moncrieff et al, 2015; Levine, 2020)	Déchirures cutanées, lésions de pression, infection, inflammation, sécheresse/desquamation, démangeaisons, cellulite, ulcères diabétiques, éventuels problèmes de nutrition; éventuels problèmes liés à la démence
Personnes ayant des problèmes de mobilité/paralysie	Altérations de l'apport vasculaire, de la régulation de température, macération/humidité, perte de collagène, muscles peu développés/atrophie, sensation altérée due à des nerfs cutanés endommagés (Rappl, 2008)	Déchirures cutanées, lésions de pression, infection, inflammation
Enfants/ Nouveaux-nés	Peau immature, changements intrinsèques dus à la durée de la pression, cisaillement et frottement, mauvaise perfusion et macération (Inamadar & Palit, 2013)	Dermatite du siège/érythème fessier, déchirures cutanées, lésions de pression
Personnes atteintes de spina bifida et de paralysie cérébrale	Diminution de la perfusion cutanée, réaction cutanée due aux médicaments, dermatite périnéale et inflammation due à l'incontinence (Inamadar & Palit, 2013)	Lésions de pression, possibilité de dermatite associée à l'incontinence
Patients bariatriques	Altération des cellules épidermiques, perte d'eau accrue, peau sèche, macération, augmentation de la température de la peau et réduction de la circulation lymphatique et de la perfusion (Shipman & Millington, 2011).	Lésions de pression, déchirures cutanées, ulcères diabétiques, psoriasis, lésions causées par l'humidité, intertrigo
Patients oncologiques	La radiation entraîne une inflammation, des dommages épidermique, une diminution de la perfusion (NHS, 2010)	Lésions de pression, cicatrisation réduite des plaies, infections cutanées, cellulite, dermite radique
Maladie chronique et autres pathologies	Changements cutanés dus à des maladies chroniques - ex: rénales, hépatiques, cardiovasculaires; médicaments; malnutrition; stomies et dispositifs; problèmes psychosociaux (Wounds UK, 2018)	Déchirures cutanées, lésions de pression, infection, inflammation, lésions dues à l'humidité; autres pathologies associées

Fragilité cutanée:
Points clés

- La fragilité cutanée est le terme générique choisi, qui est différent de la fragilité globale
- La fragilité cutanée représente un risque/ une menace pour la peau et n'est pas nécessairement une plaie/une déchirure/ un bris
- La fragilité cutanée concerne tous les âges, en particulier les âges extrêmes (c'est-à-dire les nouveau-nés et les personnes âgées) et est considérée comme multifactorielle
- L'approche globale centrée sur la personne devrait mettre en œuvre une stratégie intégrée, avec emphase sur la fragilité cutanée, afin d'améliorer les résultats chez les personnes présentant une peau fragile.

La fragilité cutanée peut être multifactorielle et résulter de l'effet cumulatif d'une combinaison de facteurs intrinsèques et extrinsèques (Moncrieff et al, 2015). De plus, parmi ces facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, certains peuvent être modifiables et d'autres non.

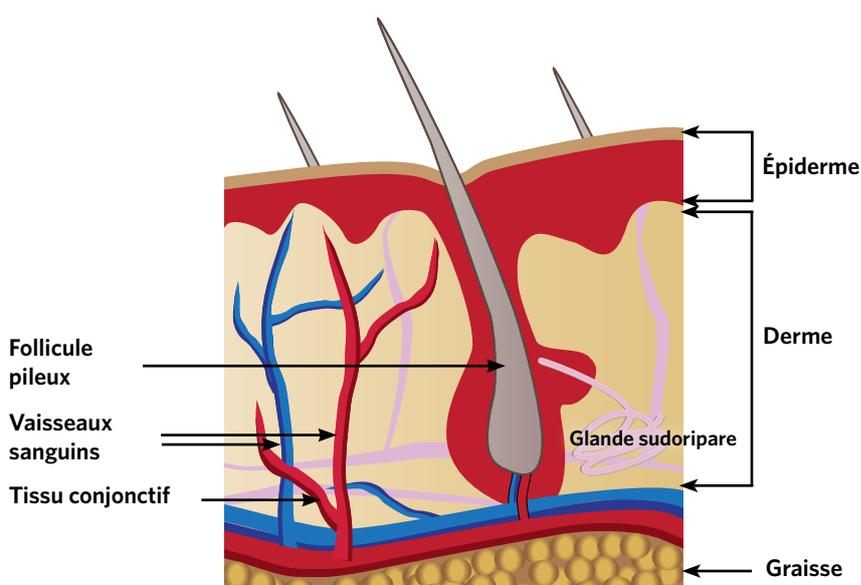
Le groupe de travail d'experts a identifié le besoin de définitions normalisées pour chacun des concepts liés à la vulnérabilité cutanée, afin d'éviter toute confusion et de clarifier l'identification et la prise en charge continue des personnes concernées. Cela permettra de se concentrer davantage sur les facteurs de risque communs/synergiques impliqués. Il convient par ailleurs de veiller au choix des termes et des étiquettes avant de les introduire dans la littérature, et de noter que la clarté est essentielle pour sensibiliser et améliorer les résultats (Kottner et al, 2019b).

L'importance de la peau

La peau est le plus grand organe du corps et représente 15 % du poids corporel (Wingerd, 2013). Voir la Figure 1 pour obtenir une représentation des couches principales de la peau. La principale fonction d'une peau saine est d'agir en tant que barrière contre les risques chimiques, physiques et mécaniques et contre l'invasion de micro-organismes et d'allergènes (Proksch et al, 2008). Chez les individus en bonne santé, la peau est résistante, élastique et possède une remarquable capacité de réparation (Wounds UK, 2018).

Les principales fonctions de la peau sont la thermorégulation, les fonctions immunitaires innées et adaptatives, la perception sensorielle, la production de vitamine D, etc. De plus, l'aspect extérieur de la peau et sa capacité sensorielle sont des facteurs importants pour le bien-être, l'estime de soi, l'attrait cosmétique, et la communication (Kottner et al, 2019a).

FIGURE 1 | Principales couches de la peau



Une peau saine remplit un certain nombre de fonctions, notamment :

- Protection : en agissant comme une barrière, en prévenant les dommages aux tissus internes causés par des traumatismes, les rayons ultraviolets (UV), les toxines, les agents pathogènes et les allergènes (Butcher & White, 2005)
- Barrière contre les infections : en plus de fournir une barrière physique, la peau intacte, par la présence de sébum, de produits chimiques antibiotiques naturels dans l'épiderme (peptides antimicrobiens) et d'un environnement acide superficiel bien préservé, parvient à également prévenir les infections (Günnewicht & Dunford, 2004)
- Perception sensorielle : les terminaisons nerveuses de la peau réagissent à des stimuli tels que les lésions tissulaires (à l'origine de la douleur), la température, les vibrations, le toucher et les démangeaisons (Wounds UK, 2018)
- Régulation de la température : permet l'isolation thermique ou le refroidissement du corps (Timmons, 2006)
- Communication, par le toucher et l'apparence physique : donne des indices sur l'état de bien-être physique de la personne (Flanagan & Fletcher, 2003)

- Production de vitamine D en réponse à la lumière du soleil : elle est importante pour l'homéostasie du calcium et pour le développement et le maintien de la masse osseuse (Butcher & White, 2005)
- Production de mélanine : elle est responsable de la coloration de la peau et de la protection contre les lésions causées par les rayons du soleil (Wounds UK, 2018).

La fragilité cutanée, qui rend la peau vulnérable et à risque, peut être déclenchée par un certain nombre de facteurs (Wounds UK, 2018). Par exemple, le processus de vieillissement normal provoque des changements dans la peau ce qui la rend plus fragile et susceptible aux lésions (LeBlanc et al, 2018), en raison de l'amincissement de l'épiderme, de la perte de collagène et d'élastine et de la perte globale d'hydratation (Levine, 2020). D'autres facteurs peuvent contribuer à la fragilité cutanée, notamment les lésions causées par les rayons UV, les maladies génétiques telles que l'ichtyose (peau sèche), certains médicaments et les produits irritants en provenance des pansements, la macération due à l'incontinence et le nettoyage répété de la peau (Wounds UK, 2018).

Les changements cutanés qui rendent la peau vulnérable aux lésions peuvent être classés comme extrinsèques : les lésions environnementales (par exemple, l'utilisation régulière de savon, l'exposition au soleil ou le tabagisme) ou la pression ; ou intrinsèques : le vieillissement, les effets des affections cutanées (par exemple, le psoriasis ou l'eczéma atopique) ou une maladie sous-jacente (Moncrieff et al, 2015 ; LeBlanc et al, 2018). De plus, ces facteurs de risque peuvent également être modifiables ou non modifiables.

Par conséquent, il est important de ne pas oublier que la fragilité cutanée peut être due à plusieurs facteurs différents et affecter différents groupes et individus. Le risque de fragilité cutanée et les éventuels problèmes qui en résultent peuvent varier selon les personnes et les moments, ce qui signifie qu'il est essentiel d'évaluer et de réévaluer les individus. Dans la mesure du possible, selon les combinaisons de facteurs de risque et leur nature (c.-à-d. intrinsèques/extrinsèques ou modifiables/ non modifiables), des mesures doivent être prises pour réduire le risque individuel.

Fragilité cutanée: Points clés

- **La peau ne doit pas être négligée car c'est un organe important (et le plus grand du corps humain) qui affecte la santé globale et assure de nombreuses fonctions vitales.**
- **La fragilité cutanée peut être causée par une multitude de facteurs et affecter de nombreux groupes et individus différents.**
- **Les facteurs de risque de fragilité cutanée peuvent être intrinsèques ou extrinsèques, modifiables ou non modifiables.**

Élaboration d'une structure de risque de la fragilité cutanée

Si la peau d'un individu présente une vulnérabilité accrue, le risque de lésions cutanées est lui aussi accru. Cela peut englober une série de problèmes, y compris (mais sans s'y limiter) des :

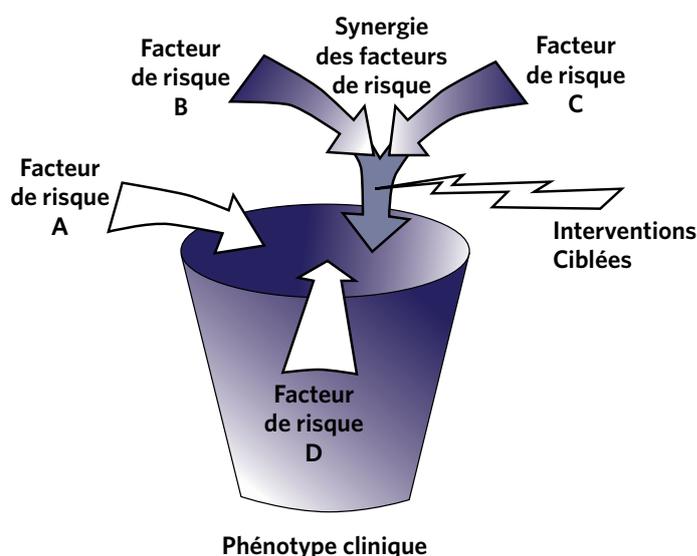
- Déchirures cutanées
- Lésions de pression
- Dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH)
- Changements cutanés en fin de vie.

De plus en plus de données montrent que ces différentes affections cutanées peuvent être liées entre elles - par ex. les DCAH comme facteur de risque pour les lésions de pression (Woo et al, 2017; Gray & Giuliano, 2018), la réduction synergique des déchirures cutanées et des lésions de pression (Bale et al, 2004). Les changements cutanés en fin de vie représentent un ensemble unique de circonstances. Les principes relatifs à la fragilité cutanée restent cependant les mêmes. Les plaies palliatives peuvent également être liées à des problèmes de fragilité cutanée: il convient de noter que les plaies palliatives incluent, mais sans s'y limiter, les plaies oncologiques et de fin de vie. Les plaies palliatives incluent toutes les plaies qui ne se referment pas et doivent donc être prises en charge, y compris les plaies chroniques et celles qui ne cicatrisent pas, ainsi que les plaies en soins palliatifs.

Fragilité cutanée: une approche synergique

Une approche intégrative doit être adoptée, abordant la synergie des principaux facteurs de risque de ces pathologies (Campbell et al, 2016). Il s'agit d'une nouvelle approche qui implique une réduction globale des facteurs de risque et une incidence réduite de toutes ces pathologies, afin d'améliorer les résultats pour les patients. L'objectif est de s'éloigner d'un mode de pensée « en silo » et de considérer l'ensemble de ces pathologies dans le contexte plus large de la fragilité cutanée. Voir le modèle conceptuel à la Figure 2.

FIGURE 2 | Modèle concentrique interactif centré sur les synergies des facteurs de risque (adapté d'Inouye et al, 2007)



Déchirures cutanées

Les déchirures cutanées sont les plaies les plus fréquentes chez les personnes âgées (le processus normal de vieillissement cutané fait que les personnes âgées ont une peau à risque, bien qu'elles ne soient pas les seules dans ce cas). Il est important de noter que des déchirures cutanées peuvent être observées chez des personnes de tous âges, y compris chez les enfants (en particulier, les enfants atteints du syndrome de kwashiorkor).

Les déchirures cutanées sont définies comme : des « lésions traumatiques occasionnées par des phénomènes mécaniques, y compris le retrait d'un pansement adhésif. Leur gravité peut varier en fonction de la profondeur (ne dépassant pas la couche sous-cutanée) ». La classification est basée sur l'importance de la perte de « lambeaux de peau ». Le lambeau cutané se définit comme une partie de la peau (épiderme/derme) involontairement séparée (partiellement ou totalement) de son emplacement d'origine suite à un cisaillement, à un frottement et/ou à une force contondante (LeBlanc et al, 2018). Ce concept ne doit pas être confondu avec un tissu que l'on détache intentionnellement de son emplacement d'origine à des fins thérapeutiques — par ex. une greffe de peau chirurgicale (Van Tiggelen et al, 2019). Chez les personnes présentant une fragilité cutanée, une force moindre suffit à provoquer une lésion traumatique, ce qui signifie que le risque de déchirures cutanées est accru (LeBlanc et al, 2018).

Les déchirures cutanées peuvent se produire sur n'importe quelle partie du corps mais sont souvent localisées au niveau des extrémités (membres supérieurs et inférieurs ou face dorsale des mains) (LeBlanc et Baranoski, 2011). Il peut s'agir de plaies douloureuses, affectant la qualité de vie de l'individu, augmentant le risque ou la durée d'hospitalisation (LeBlanc et al, 2018). Une étude des caractéristiques des patients et de la peau associées aux déchirures cutanées a révélé que les caractéristiques les plus courantes des patients étaient des antécédents de déchirures cutanées, une mobilité réduite et des troubles cognitifs, tandis que les caractéristiques de la peau associées aux déchirures cutanées comprenaient le purpura sénile, des ecchymoses et l'œdème (Rayner et al, 2015; Strazzeri-Pulido et al, 2017).

Lésion de pression

En Europe, le terme anglais « pressure ulcer » (ulcère de pression ou plus communément escarre en français) est largement utilisé, tandis qu'en Asie du Sud-Est, en Australie et en Nouvelle-Zélande, c'est le terme « pressure injury » (lésion de pression en français) qui a été adopté. Les États-Unis utilisent de plus en plus le terme « pressure injury », comme le recommande le National Pressure Injury Advisory Panel des USA. Cependant, les discussions concernant la terminologie se poursuivent. Bien qu'aucun de ces termes ne décrive de manière exhaustive l'étiologie complète de ces plaies, ils concernent tous le même phénomène. La terminologie reste un sujet de discussions et de débats continus. Aux fins du présent document, seul le terme « lésion de pression » est utilisé.

Une lésion de pression se définit comme une lésion localisée de la peau et/ou des tissus sous-jacents, due à une pression ou à une pression associée à un cisaillement. Les lésions de pression surviennent généralement sur une proéminence osseuse, mais peuvent également être liées à un dispositif médical ou à un autre objet (EPUAP, 2019). Bien que des progrès considérables aient été réalisés en matière de compréhension de l'étiologie des lésions de pression, de nombreuses zones d'incertitude subsistent, notamment en ce qui concerne l'évaluation appropriée des risques, la détection précoce et le traitement le plus efficace (NPUAP et al, 2014; EPUAP, 2019; Kottner et al, 2019b).

Les lésions de pression restent une source importante de morbidité et de mortalité et continuent de représenter un fardeau important pour les patients et les systèmes de santé (Coleman et al, 2014). Les lésions de pression peuvent survenir à la suite d'une immobilisation ou d'un alitement prolongé (Lindgren et al, 2004). Elles peuvent aussi souvent être le résultat d'une combinaison de comorbidités ou d'un mauvais état de santé général (y compris la santé de la peau). Une maladie chronique prolongée et une fragilité générale peuvent contribuer à une mobilité réduite et à une perte de poids potentielle, ce qui peut entraîner un risque accru de lésions de pression (Jaul et al, 2018). La grande majorité des lésions de pression sont toutefois évitables, ce qui signifie que la prévention est la principale priorité, même si cela représente un important défi dans la pratique clinique (Edsberg et al, 2014; Mervis & Phillips, 2019).

La prévention des lésions de pression doit inclure l'utilisation de surfaces de support appropriées, un repositionnement fréquent, une bonne nutrition, une bonne gestion de l'humidité et l'utilisation prophylactique de pansements en mousse multicouches recouverts de silicone (Mervis & Phillips, 2019). L'évaluation et la surveillance de la santé de la peau, qui sont souvent négligées, doivent constituer la pierre angulaire des stratégies de prévention des lésions de pression.

Élaboration d'une structure de risque de la fragilité cutanée (suite)

Dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH)

Les DCAH constituent une pathologie complexe reconnue et de plus en plus courante (Woo et al., 2017). Les DCAH correspondent à un type de dermatite de contact due à des irritants, lesquels peuvent inclure l'urine, les selles, les liquides intestinaux des stomies et l'exsudat d'une plaie. Il existe quatre types de DCAH: la dermatite associée à l'incontinence (DAI), la dermatite intertrigineuse (DIT), les lésions cutanées péri-lésionnelles et les DCAH péristomiales (Gray et al, 2011). Le développement et la gravité des DCAH dépendent d'un certain nombre de facteurs et elles sont généralement observées chez les personnes qui peuvent être affectées par les facteurs de risque intrinsèques suivants: transpiration excessive, augmentation du métabolisme dermique (température locale élevée), pH cutané anormal, antécédents d'atopie (susceptibilité génétique aux contaminants/irritants), plis corporels profonds, atrophie dermique et production inadéquate de sébum (Gray et al, 2011; Bianchi, 2012). Elles peuvent également être causées par des facteurs de risque extrinsèques, tels que l'incontinence, la transpiration, les irritants chimiques/biologiques ou d'autres facteurs environnementaux (Bianchi, 2012).

La surexposition de la peau à l'humidité peut compromettre l'intégrité de sa fonction barrière, la rendant plus perméable et vulnérable aux lésions (Woo et al, 2017). Les personnes atteintes de DCAH souffrent de symptômes chroniques qui affectent leur qualité de vie, notamment des douleurs, des sensations de brûlure et un prurit (Woo et al, 2017).

De nouvelles données probantes mettent en évidence le lien entre les DCAH et d'autres pathologies cutanées telles que les dermites, les infections cutanées et les lésions de pression (Jones et al, 2008; Woo et al, 2009; Woo et al, 2017).

Changements cutanés en fin de vie

Il n'existe pas de consensus sur la terminologie relative aux changements cutanés en fin de vie, et il a été reconnu que la clarté était nécessaire dans ce domaine (Ayello et al, 2019).

Les personnes en fin de vie souffrent de changements cutanés et nécessitent des soins spécifiques (Latimer et al, 2019). Ces changements cutanés sont liés à une fragilité cutanée globale accrue et sont aussi souvent appelés «défaillances cutanées» (Rivera & Stankiewicz, 2018). La défaillance cutanée a été définie par Langemo et Brown (2006) comme: «un événement au cours duquel la peau et les tissus sous-jacents meurent en raison de l'hypoperfusion qui se produit en même temps qu'un dysfonctionnement grave ou une défaillance de d'autres systèmes d'organes».

Le document SCALE (Sibbald et al, 2010) indique que les changements physiologiques avant la mort peuvent entraîner des changements inévitables au niveau cutané ou des tissus mous, malgré des interventions de soins qui respectent ou dépassent les normes de soins. La diminution de la perfusion tissulaire (ischémie locale), l'altération de l'oxygénation cutanée, la diminution de la température cutanée locale, la décoloration marbrée et la nécrose cutanée sont des symptômes reconnus dans le cadre du processus SCALE et qui peuvent évoluer vers une défaillance cutanée si deux organes internes ou plus sont également touchés.

Dans les jours ou les semaines précédant leur mort, certaines personnes en fin de vie développent une atteinte à l'intégrité de la peau connue sous le nom d'ulcère terminal de Kennedy (UTK), ou de «syndrome de 3:30», qui est un sous-ensemble des lésions de pression. Même s'il est admis que les UTK sont inévitables, ils ne sont souvent pas faciles à reconnaître par les médecins à cause d'une méconnaissance de leur existence (Nesovic, 2016). Cela peut altérer la précision du diagnostic et de la prise en charge et avoir un impact sur la personne en termes de douleur et de confort en fin de vie (Latimer et al, 2019). Les UTK se présentent sous la forme de petits points noirs dus à l'hypoperfusion et apparaissent très rapidement, puis grossissent, souvent en quelques heures (Ayello et al, 2019).

Le document SCALE (Sibbald et al, 2010) recommande de réaliser régulièrement une évaluation complète de la peau afin de documenter tous les sujets de préoccupation, conformément aux souhaits et à l'état du patient et de sa famille, de ses amis et des accompagnateurs. Les changements cutanés

en fin de vie peuvent varier d'une personne à l'autre et, même s'ils sont considérés comme inévitables dans le processus de décès, les personnes en fin de vie ne développent pas toutes une défaillance cutanée (Ayello et al, 2019). De même, il convient de noter que certaines situations associées à une fin de vie peuvent s'inverser et il est possible que ces patients guérissent finalement d'une défaillance cutanée (Ayello, 2019).

Il existe un besoin reconnu de recherche et de sensibilisation accrues sur les changements cutanés en fin de vie, basé sur des stratégies holistiques centrées sur le patient dans le cadre de soins continus, ce qui pourrait contribuer à améliorer le confort et la qualité de vie du patient (Latimer et al, 2019). Les changements cutanés en fin de vie étant liés à la fragilité cutanée, ils s'inscrivent dans le cadre de l'approche intégrée proposée pour la peau d'une personne.

Élaboration d'une structure de risque: *Points clés*

- **La considération du concept de fragilité cutanée doit englober une approche intégrée, qui aborde la peau dans son ensemble et intègre les facteurs de risque synergiques liés à la santé globale d'une personne et à son bien-être**
- **Les affections pouvant être liées à la fragilité cutanée comprennent (mais sans s'y limiter): les déchirures cutanées, les lésions de pression, les DCAH et les changements cutanés en fin de vie**
- **Il est reconnu que d'autres affections peuvent être liées à la fragilité cutanée; les preuves des quatre principales affections sont cependant plus solides**
- **Accepter qu'il existe une relation synergique entre ces facteurs pourrait permettre d'optimiser les résultats pour les patients et de veiller à ce que la santé de la peau soit une priorité, réduisant ainsi les risques pour toutes ces affections.**

Mettre l'accent sur l'amélioration de la santé de la peau et la prévention des lésions cutanées

Se concentrer sur l'importance de la peau et prendre des mesures pour promouvoir une santé optimale de la peau, en particulier chez les personnes dont la peau est vulnérable, est capital pour optimiser les résultats en matière d'intégrité de la peau. La fragilité cutanée est complexe et multidimensionnelle, et nécessite une approche globale afin de prévenir les lésions cutanées. L'optimisation des résultats en matière d'intégrité de la peau doit être étayée par la prise en compte des besoins et des préférences des patients, l'identification et la prise en compte des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, l'évaluation et l'appréciation continues ainsi que l'administration de soins fondés sur des données probantes et centrés sur la personne.

Évaluation

Il est largement admis qu'il est important de considérer la situation globale des personnes (par exemple, la mobilité, l'état nutritionnel, les facteurs socio-économiques et psycho-sociaux). Pour cela, une évaluation holistique est primordiale. Par conséquent, s'il était possible d'intégrer une évaluation complète de la peau dans un seul processus, un outil d'évaluation distinct ne serait pas nécessaire (par exemple, pour le risque de déchirure cutanée ou de lésion de pression). Une approche intégrée et pleine de bon sens est beaucoup plus utile (voir Tableau 2).

Tableau 2. Éléments clés d'une évaluation complète de la peau (adaptés de Wounds UK, 2018)

- Évaluation de la peau
- Antécédents médicaux du patient
- Le patient présente-t-il des facteurs de risque intrinsèques de peau vulnérable, tels que la vieillesse, le diabète, l'atopie (réaction immunitaire accrue aux allergènes) ou une peau fine ?
- La peau est-elle intacte ?
- Le patient présente-t-il des facteurs de risque liés à une plaie tels qu'un eczéma variqueux, une infection, des niveaux élevés d'exsudat/une humidité excessive, un œdème avec ou sans godet ?
- Est-on en présence d'une affection cutanée ? Y a-t-il quelque chose d'inhabituel, comme une éruption ou une sécheresse cutanée, la peau pique-t-elle ou est-elle sensible ? Au toucher, comment la peau est-elle perçue par le patient ?
- Évaluation des connaissances du patient sur sa maladie de peau
- Antécédents de l'état de la peau :
 - Depuis combien de temps le patient souffre-t-il de cette affection ?
 - À quelle fréquence se produit-elle ?
 - Y a-t-il des variations saisonnières ?
 - Y a-t-il des antécédents familiaux de maladie de peau ?
 - La profession/les loisirs du patient peuvent-ils affecter sa peau (par exemple, exposition à des produits chimiques, lavage répété des mains) ?
 - Quels médicaments le patient prend-il (en particulier des médicaments à long terme tels que des corticoïdes) ?
 - Souffre-t-il d'allergies connues ?
 - Le patient est-il exposé à d'autres facteurs de risque extrinsèques (par exemple, une exposition accrue au soleil, tabac, alcool) ?
 - Traitements antérieurs et passés et efficacité
 - Certains traitements, actions ou comportements ont-ils une influence sur la maladie ?
 - Y a-t-il présence d'une odeur ?
- Toucher/appliquer une pression douce sur la peau pour recueillir des informations sur sa texture
- Vérifier la température de la peau du bout des doigts (ou par thermographie infrarouge sans contact)
- Idéalement, effectuer l'examen cutané dans une pièce chaude et à l'abri des regards (bien que cela ne soit pas toujours possible)

Une évaluation globale de la peau doit être réalisée lors de la première consultation ou lors de l'admission dans un établissement clinique et une inspection continue de la peau doit être intégrée à un programme de soins quotidiens documenté pour s'assurer que les changements de l'état de santé/de la peau du patient sont identifiés (Wounds UK, 2015). Il est important de noter qu'une documentation claire, cohérente et précise en est un élément clé.

Si une personne est considérée comme à risque, la liste de contrôle du programme de réduction des risques (Tableau 3) doit être mise en place.

Tableau 3. Liste de contrôle du programme de réduction des risques (adaptée de LeBlanc et Baranoski, 2011)

Facteur de risque	Action
Peau	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inspecter la peau et étudier les antécédents de fragilité cutanée <input type="checkbox"/> Si le patient a la peau sèche, fragile et vulnérable, évaluer le risque de traumatisme accidentel <input type="checkbox"/> Traiter la peau sèche et utiliser des émoullients/hydratants pour la réhydrater, deux fois par jour/selon les besoins <input type="checkbox"/> Mettre en place un programme de soins de la peau individualisé à l'aide d'un nettoyant doux (pas de savon classique) et d'eau tiède (pas chaude) <input type="checkbox"/> Éviter les traumatismes cutanés dus à l'utilisation d'adhésifs, de pansements et de bandes (utiliser des bandes silicone et des bandages de rétention cohésifs) <input type="checkbox"/> Penser aux médicaments susceptibles d'avoir un effet direct sur la peau (par exemple, les stéroïdes topiques et systémiques) <input type="checkbox"/> Être conscient de l'augmentation des risques liés aux âges extrêmes <input type="checkbox"/> Envisager l'utilisation de vêtements de protection (par exemple, protège-tibias, manches longues ou bandages de rétention) <input type="checkbox"/> Éviter d'avoir les ongles longs ou de porter des bijoux lors d'un contact avec le patient
Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Encourager les activités/exercices si la fonction physique est altérée <input type="checkbox"/> Éviter les frottements et les cisaillements (grâce à l'utilisation d'alèses de positionnement et de lève-personnes), utiliser des techniques de manipulation conformes aux directives locales <input type="checkbox"/> Évaluer le risque de chutes et la façon de les prévenir <input type="checkbox"/> Veiller à ce que le patient porte des chaussures confortables/adéquates <input type="checkbox"/> Enfiler les vêtements et les dispositifs de compression avec le plus grand soin <input type="checkbox"/> Garantir un environnement sûr : éclairage adéquat, suppression d'obstacles <input type="checkbox"/> Utiliser des rembourrages sur les équipements (en respectant la réglementation locale) et les meubles <input type="checkbox"/> Évaluer les lésions cutanées qui pourraient être causées par des animaux de compagnie
Santé générale	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informer les patients et les soignants sur les risques de fragilité cutanée et la prévention des lésions <input type="checkbox"/> Impliquer activement le patient/personnel soignant dans les décisions relatives aux soins, le cas échéant <input type="checkbox"/> Optimiser la nutrition et l'hydratation et orienter le patient vers un nutritionniste, le cas échéant <input type="checkbox"/> Orienter le patient vers un spécialiste si l'altération de la perception sensorielle est problématique (par exemple, en cas de diabète) <input type="checkbox"/> Envisager les effets possibles des médicaments et d'une polymédication sur la peau du patient

Mettre l'accent sur l'amélioration de la santé de la peau et la prévention des lésions cutanées (suite)

Les antécédents médicaux et spécifiques à la peau d'une personne (par exemple, les affections cutanées et tout antécédent de problèmes cutanés ou de lésions cutanées antérieures) doivent constituer un élément important de l'évaluation, et des mesures doivent être prises en conséquence. Tout comme l'évaluation de la capacité et de l'aptitude de la personne à s'impliquer dans ses propres soins, car les soins personnels de la peau peuvent être un outil puissant dans le cadre d'une routine de soins de la peau (voir la section « Soins personnels », page 15). Si la famille ou les soignants sont impliqués, ils peuvent également être informés des soins de la peau à pratiquer et de la manière dont ils peuvent aider.

Soins de la peau

L'hydratation régulière doit être considérée comme un élément essentiel des soins de la peau chez les personnes ayant une peau fragile, afin de favoriser la santé générale de la peau et de réduire le risque de lésions cutanées (Wounds UK, 2015). Cela peut aider à restaurer la fonction barrière de la peau, à réduire les démangeaisons et à augmenter le taux d'hydratation. Les avantages de l'hydratation pour traiter des affections cutanées spécifiques sont bien reconnus, mais chez les patients à risque de dégradations cutanées, l'hydratation doit également être utilisée dans le cadre d'une routine quotidienne complète de soins de la peau (Wounds UK, 2018). Il a été constaté que l'utilisation de crèmes hydratantes aidait à prévenir les lésions cutanées, notamment les déchirures cutanées et les lésions de pression superficielles (Bale et al, 2004 ; Carville et al, 2014). Tout dommage potentiel dû à l'humidité peut être minimisé ou éliminé en utilisant un tissu absorbant de transfert de l'humidité.

Les produits hydratants sont disponibles sous diverses formes (crèmes, pommades et lotions), ainsi que sous forme de liquides nettoyants pour le corps et gels liquides, qui doivent avoir un pH équilibré (compris entre 4,5 et 6,5), être sans parfum et non sensibilisants (Wounds UK, 2018). Ils peuvent être utilisés à toutes les étapes des soins d'hygiène des personnes ayant une peau fragile, aussi bien pour le nettoyage que pour l'hydratation. Si nécessaire, des produits contenant des ingrédients supplémentaires (par exemple, des humectants tels que de l'urée, du glycérol ou du myristate d'isopropyle) peuvent être utilisés pour leurs propriétés d'attraction de l'humidité, attirant activement l'eau du derme vers l'épiderme et remplaçant l'eau perdue dans la peau (Wounds UK, 2015).

D'autres facteurs doivent également être pris en compte lors des soins des peaux à risque : réduire l'exposition au soleil, minimiser la fréquence des bains et douches, veiller à ce que la température de l'eau ne soit pas trop chaude et essuyer la peau avec une serviette douce plutôt que de la frotter (LeBlanc et al, 2018 ; Wounds UK, 2018).

L'utilisation de produits adaptés doit être intégrée dans une approche normalisée des soins de la peau afin de gérer l'humidité, tout comme l'utilisation d'un gel douche liquide en remplacement du savon afin de protéger et d'hydrater les peaux vulnérables à risque de lésions (Wounds UK, 2018). Il est donc recommandé aux personnes concernées de suivre un programme de soins complet, comprenant l'utilisation d'une combinaison de produits de soins d'hygiène sans savon, ainsi que de crèmes et de pommades « sans rinçage » (Wounds UK, 2018).

Hydratation des peaux à risque de DCAH

Il est reconnu qu'une humidité excessive est néfaste. Cependant, la reconstitution de l'humidité naturelle est importante et peut être obtenue en appliquant des produits hydratants et en veillant à ce que ces derniers soient utilisés de manière adaptée et n'entraînent pas de macération supplémentaire.

Dans certains cas, il peut être bénéfique d'utiliser des produits contenant des acides aminés, des céramides et des acides gras essentiels (Woo et al, 2017). Le coût et la disponibilité doivent cependant être pris en compte lorsque cela est nécessaire, et les produits doivent être adaptés aux patients.

Il est important de noter qu'un excès d'humidité ne doit pas être considéré comme un obstacle à l'utilisation de produits hydratants, car ces derniers permettent de protéger la peau et d'améliorer son intégrité globale (Woo et al, 2017).

Une barrière de protection (par exemple, un pulvérisateur ou une crème) est recommandée pour prévenir la dégradation de la peau (Benbow, 2012), conjointement avec des produits appropriés facilitant la gestion de l'incontinence (Wounds UK, 2018).

Prévention des lésions cutanées : Points clés

- L'évaluation holistique et le suivi continu des personnes sont essentiels
- Une thérapie à base d'émollient doit être intégrée dans la routine quotidienne des personnes présentant une peau fragile et à risque
- Dans la mesure du possible, les soins personnels doivent être encouragés, ce qui peut accroître l'engagement dans le traitement et améliorer les résultats
- Un pH compris entre 4,5 et 6,5 doit être maintenu pour préserver le manteau acide.

Soins personnels

L'hydratation peut être intégrée à la routine quotidienne des personnes qui en ont besoin : par exemple, on peut leur demander d'appliquer eux-mêmes des produits émoullissants ou hydratants (ou de renforcer la routine existante) et d'optimiser leur propre routine de soins d'hygiène afin d'incorporer des mesures de soins de la peau adaptées qui réduiront les risques de lésions.

Un essai contrôlé randomisé par grappes a évalué l'efficacité d'une routine d'hydratation deux fois par jour par rapport à des soins de la peau « normaux » pour réduire l'incidence des déchirures cutanées dans un établissement de soins pour personnes âgées (Carville et al, 2014). Cette étude a révélé que l'application, deux fois par jour, d'un produit hydratant standard de pH neutre et sans parfum disponible dans le commerce, sur les extrémités, réduisait l'incidence de déchirures cutanées de près de 50 %.

Une autre étude recommandant l'application deux fois par jour d'un produit hydratant non parfumé et respectueux du pH (pH entre 4,5 et 6,5) sur les extrémités de patients âgés de 65 ans ou plus ayant une peau à risque, a révélé une réduction de l'incidence des déchirures cutanées (Finch et al, 2018). Le personnel soignant a appliqué le produit hydratant deux fois par jour sur les patients qui en avaient besoin ; les patients ou leurs proches ont reçu des informations relatives à l'application et ont été encouragés à appliquer eux-mêmes le produit hydratant dans la mesure du possible. Le temps d'application du produit hydratant a été consigné pour chaque application, la documentation et la cohérence étant la clé du succès. L'étude a démontré les avantages de cette routine, qui était une intervention relativement peu coûteuse réduisant les coûts globaux et améliorant les résultats des soins.

La clé du succès d'une routine de soins réside dans l'implication de la personne dans ses propres soins. Le choix et l'acceptabilité du patient sont particulièrement importants pour la sélection des produits émoullissants. Les propriétés et les avantages des émoullissants peuvent varier et convenir à différentes personnes - par exemple, les pommades peuvent être plus efficaces car elles ont une forte teneur en huile, mais elles peuvent être plus lourdes et plus grasses sur la peau ; les émoullissants contenant des humectants peuvent être plus acceptables sur le plan cosmétique pour certaines personnes (Wounds UK, 2015).

Pour les soins personnels, il est important d'adopter une vision holistique, en s'assurant que le patient est en aussi bonne santé que possible. La nutrition et l'hydratation sont essentielles à la santé de la peau et peuvent aider à prévenir les lésions cutanées. Dans la mesure du possible, il convient également d'encourager la mobilité. Les problèmes de polymédication doivent également être pris en compte si nécessaire, car certains médicaments peuvent provoquer des changements cutanés qui doivent être pris en charge de manière appropriée (LeBlanc et al, 2018).

Une liste de contrôle des soins personnels peut être remise au patient pour l'encourager à surveiller sa propre santé cutanée et son bien-être global (Tableau 4).

Tableau 4. Liste de contrôle des soins personnels pour les patients présentant une peau vulnérable (adaptée de Wounds UK, 2015)

- Ai-je bénéficié d'un programme de soins cutanés personnalisé ?
- Est-ce que j'utilise un émoullient tous les jours ?
- Mon alimentation est-elle saine et est-ce que je bois suffisamment d'eau ?
- Suis-je suffisamment actif/active et mobile ?
- Ai-je envisagé de porter des vêtements susceptibles de protéger ma peau (manches longues, protège-tibias ou bandages tubulaires) ?
- Mon environnement a-t-il été rendu aussi sûr que possible (éclairage adéquat, absence d'obstacle et rembourrage des meubles, par exemple) ?
- Les chaussures que je porte sont-elles adéquates/confortables pour éviter les chutes ?

Mise en œuvre dans la pratique

Il est essentiel d'envisager la fragilité cutanée dans son ensemble, en adoptant une nouvelle approche qui intègre tous les aspects de la santé de la peau et les risques associés. Cela se traduit par une évolution des pratiques, une plus grande intégration de celles-ci au sein de l'équipe pluridisciplinaire et à toutes les étapes de la prise en charge. Cela doit donner lieu à une évaluation globale comme point de départ, puis à un suivi continu et à d'autres interventions si nécessaire. Par conséquent, tous les patients présentant une peau à risque doivent être pris en charge, afin de réduire le risque de lésions cutanées.

Le Skin Safety Model (Campbell et al, 2016) proposait un cadre unifié offrant une perspective unique sur les divers antécédents interconnectés contribuant à un éventail de lésions cutanées chez les patients hospitalisés âgés et vulnérables (Figure 3).

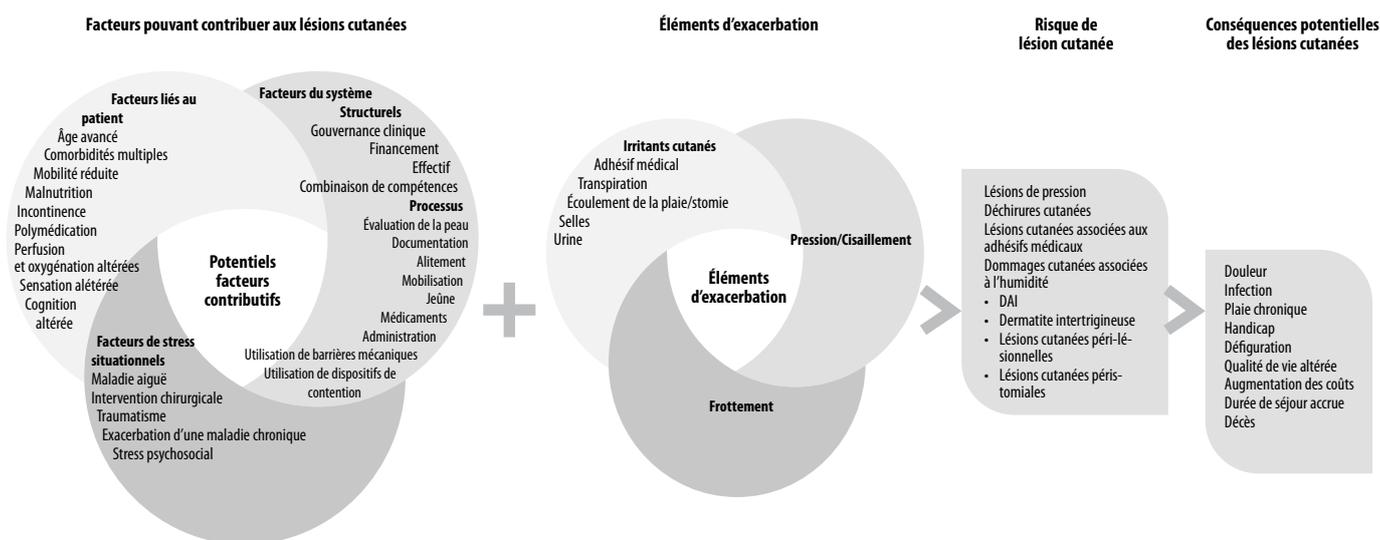


FIGURE 3 | The Skin Safety Model (Campbell et al, 2016)

Pour mettre en œuvre ces principes, les soins doivent être envisagés dans leur globalité. Les principes de prise en charge des peaux à risque doivent être fondés sur des données probantes ; ils doivent être cohérents ; et les dimensions fondamentales des soins doivent être les suivantes :

1. Soins centrés sur la personne qui privilégient les besoins et les préférences de la personne, de sa famille et des soignants
2. Évaluation globale complète, formulation d'un plan de soins, mise en œuvre et évaluation continue
3. Évaluation et prise en charge continues de la douleur
4. Maximisation des activités de la vie quotidienne (AVQ)
5. Encourager et faciliter la mobilité, y compris le repositionnement et l'utilisation d'équipements appropriés
6. Encourager et maintenir la continence et des soins de continence appropriés
7. Encourager et faciliter une nutrition et une hydratation optimales
8. Routine complète de soins de la peau individualisée.

Soins centrés sur la personne

Les besoins et les préférences de la personne, de sa famille et de ses aidants doivent être une priorité. Les besoins, notamment la capacité à prendre soin de soi varient d'une personne à l'autre. Il est essentiel que tous les soins soient adaptés à la personne.

Évaluation globale complète

Se reporter à la section de la page 12 pour plus d'informations sur l'évaluation globale et ce qu'elle doit inclure. Il convient de souligner qu'une documentation claire et précise, comportant des données sur la prise de décision partagée et les objectifs de traitement convenus entre la personne et le médecin (y compris les problèmes tels que l'observance), est primordiale. L'évaluation doit être cohérente et inclure tous les éléments énumérés dans l'évaluation. Toutefois, il est important de ne pas oublier que les soins doivent être adaptés à la personne, ce qui comprend l'évaluation. Il est essentiel d'écouter la personne et de s'assurer que tous les problèmes psychosociaux ou socio-économiques sont identifiés.

Évaluation et gestion de la douleur

Actuellement, il n'existe pas d'outil de référence pour évaluer la douleur. Les professionnels de santé doivent toutefois utiliser un outil d'évaluation approprié qui se rapporte à leur population de patients. L'évaluation de la douleur ne doit pas être négligée dans le cadre de l'évaluation globale du patient. Il est important de comprendre le point de vue de la personne sur sa propre douleur, plutôt que de faire des hypothèses fondées sur la santé de sa peau ou de sa lésion.

Dans la pratique, l'évaluation doit constituer la pierre angulaire d'une gestion optimale de la douleur, et, si nécessaire, des mesures doivent être prises en fonction des besoins du patient et de ses aptitudes (Fink, 2000).

Maximisation des activités de la vie quotidienne (AVQ)

Les activités de base de la vie quotidienne sont généralement les suivantes : se laver, s'habiller, faire sa toilette et manger ; tandis que les activités instrumentales de la vie quotidienne concernent des tâches plus complexes telles que cuisiner et faire le ménage. En présence de l'une ou l'autre des quatre principales affections évoquées, les personnes peuvent avoir des difficultés à effectuer les AVQ nécessaires à une vie indépendante. Lorsque c'est possible, la maximisation des AVQ (impliquant dans certains cas un ergothérapeute) est associée à des bénéfices significatifs en termes de qualité de vie, de relations familiales et de réduction des frais de prise en charge (Ciro, 2014).

Mobilité

Chez certaines personnes, encourager l'exercice ou accroître la mobilité peut être bénéfique. Des séances de physiothérapie/kinésithérapie, ou la consultation de collègues physiothérapeutes/kinésithérapeutes au sujet des besoins d'une personne, peuvent être conseillées.

Les activités secondaires impliquent une activité physique dans le cadre des activités quotidiennes régulières : marcher jusqu'aux toilettes, réaliser ses propres transferts et s'habiller. Pour de nombreuses personnes, l'exercice le plus facile consiste à effectuer des activités quotidiennes régulières et accessoires (Gouvernement de l'État de Victoria, 2019).

Dans la mesure du possible, les personnes doivent être encouragées à :

- S'habiller (envisager la possibilité de porter leurs vêtements et leurs chaussures habituels)
- Sortir du lit et se déplacer, sous surveillance ou avec une assistance et si nécessaire une aide appropriée à la marche
- S'asseoir hors du lit en toute sécurité et autant que possible en fonction de leur état
- Marcher jusqu'aux toilettes, sous surveillance ou avec une assistance si nécessaire

Mise en œuvre dans la pratique (suite)

- Manger les repas hors du lit, de préférence dans une salle à manger commune si elle est disponible et appropriée
- Prendre une douche ou y participer et réaliser d'autres activités telles que les soins d'hygiène et autres soins personnels.

Les interventions du personnel peuvent inclure :

- Superviser ou aider, si nécessaire, les personnes âgées à marcher, lors des transferts et des AVQ
- Créer un plan de continence et de mobilité qui s'adapte aux patients qui prennent leurs repas hors du lit
- Régler la hauteur du lit pour permettre des transferts indépendants en toute sécurité
- Dans le cadre de soins en milieu hospitalier, aider les patients à s'orienter sur l'unité de soins, leur montrer où se trouvent les toilettes
- Offrir une culture qui encourage l'exercice physique occasionnel
- Fournir des aides pour optimiser les transferts et la mobilité
- Éviter l'utilisation des ridelles de lit, qui peuvent limiter la mobilité et constituer un danger
- Améliorer la compréhension des risques liés à une mobilité réduite et mettre en place des stratégies pour prévenir le déconditionnement.

Continence

Dans la mesure du possible, identifier et éliminer la cause de l'incontinence, et étudier les options de traitement (Wishin et al, 2008). Pour ce faire, il convient de pratiquer un examen de la fonction rénale et vésicale en cas d'incontinence urinaire, et un examen de l'intestin et du côlon en cas d'incontinence fécale (Beele et al, 2017). Si aucun traitement n'est possible, il est recommandé d'utiliser des produits adaptés à l'incontinence et de mettre en place des interventions comportementales non invasives (Beeckman et al, 2018). Les interventions comportementales peuvent inclure une gestion nutritionnelle et hydrique, une amélioration de la mobilité et des techniques d'élimination différentes (Wishin et al, 2008). Les données suggèrent qu'une routine d'élimination structurée et des exercices peuvent améliorer l'incontinence et l'état de la peau chez les résidents âgés en maison de retraite (Bates-Jensen et al, 2003). Il est recommandé de réévaluer régulièrement le type et la fréquence de l'incontinence, d'adapter la gestion de l'incontinence et d'estimer le risque de lésions cutanées, telles que la DAI (Beeckman et al, 2018).

Nutrition et hydratation

La bonne nutrition est considérée comme une stratégie majeure pour maintenir l'intégrité et la santé de la peau, et pour assurer une cicatrisation optimale (Kottner et al, 2013). Un bilan nutritionnel doit être utilisé, comme par exemple l'outil universel de dépistage de la malnutrition, « Malnutrition Universal Screening Tool » (MUST, 2018), pour s'assurer que la nutrition et l'hydratation du patient sont adéquates et maintenir ainsi l'intégrité de la peau ou favoriser la cicatrisation. Le suivi doit être continu et le patient informé de l'importance de la nutrition et de l'hydratation, le cas échéant.

Nettoyage doux de la peau

Le nettoyage doit être une partie importante des routines standard de soins de la peau. En cas de fragilité cutanée, il est essentiel de s'assurer que le nettoyage est doux et qu'il n'endommage pas la peau de quelque manière que ce soit. Le processus de nettoyage en lui-même peut être préjudiciable à la barrière cutanée (Voegeli, 2008; Ananthapadmanabhan et al, 2013). Un nettoyage excessif peut provoquer une sécheresse et une irritation de la peau, et également influencer le pH et, par conséquent, la flore bactérienne (Beele et al, 2017). De nombreux savons ont un pH élevé et peuvent abîmer la peau. Le séchage de la peau par friction entraîne un frottement supplémentaire et doit être évité (Voegeli, 2008). Par conséquent, il convient de trouver un équilibre optimal entre l'élimination des irritants et la prévention d'une irritation supplémentaire due à un nettoyage fréquent, ce qui est particulièrement pertinent chez les patients souffrant de DAI (Beeckman et al, 2018).

Il convient d'éviter tout nettoyage classique à l'eau et au savon car il modifie la barrière et augmente le pH de la peau (Kuehl et al, 2003; Beele et al, 2017). Les produits de soins d'hygiène liquide sans savon peuvent être un bon substitut au savon pour certains patients (Wounds UK, 2018) – voir p.14 pour plus d'informations sur les soins généraux de la peau. Les produits pour la peau à base de tensioactifs non ioniques, dont le pH reflète celui du manteau acide de la peau saine, sont également privilégiés en raison de leur douceur (Nix, 2000; Kuehl et al, 2003).

Dans la mesure du possible, il est recommandé d'utiliser des nettoyeurs sans rinçage à pH neutre, tels que des textiles non tissés doux et jetables, qui peuvent également simplifier les soins et améliorer le confort du patient (Gray et al, 2012; Kottner et al, 2013; Beeckman et al, 2016; Beeckman et al, 2018).

Hydratation et protection de la peau

L'hydratation et la protection de la peau représentent également une étape clé pour réduire les risques. Les produits hydratants sans rinçage peuvent être utiles en cela (voir page 14 pour plus d'informations).

Les produits sans rinçage peuvent être utilisés à la fois pour la prévention (comme barrière entre la couche cornée et l'humidité ou une substance irritante) et pour le traitement (pour favoriser la cicatrisation et permettre la régénération de la barrière cutanée; Beeckman et al, 2016). Les produits sans rinçage, notamment les produits hydratants pour la peau, doivent être appliqués conformément aux instructions du fabricant; l'emploi sur une peau endommagée ou dénudée doit être confirmée par les données de sécurité du fabricant. Des examens systématiques récents ont montré que l'application de produits sans rinçage (hydratants, protecteurs cutanés ou une combinaison) semblait plus efficace que l'eau et le savon (Beeckman et al, 2016; Pather et al, 2017).

Les hydratants pour la peau visent à réparer ou à renforcer la barrière cutanée, à maintenir et/ou à augmenter sa teneur en eau, à réduire la perte d'eau trans-épidermique (TEWL) et à restaurer ou améliorer la structure intercellulaire des lipides (Beeckman, 2017). Un produit de protection de la peau vise à prévenir les déchirures cutanées en fournissant une barrière imperméable ou semi-perméable sur la peau (Beeckman et al, 2009; Kottner & Beeckman, 2015; Beeckman et al, 2016).

Ces produits doivent être appliqués régulièrement et par tapotement doux pour éviter tout frottement, ainsi qu'en quantité appropriée pour éviter le ramollissement de la peau. Chez les personnes souffrant de DAI, il convient de les appliquer sur toutes les zones de la peau en contact avec de l'urine et/ou des selles, idéalement avant que cela ne se produise (Kottner et Beeckman, 2015; Beele et al, 2017).

Précautions d'application et de retrait d'un dispositif

Pour les peaux vulnérables, le site d'insertion d'un dispositif médical (Moreiras-Plaza, 2010) ou l'emplacement du dispositif peut entraîner une susceptibilité accrue aux lésions tissulaires (ONG, 2011; Hogeling et al., 2012). Les dispositifs peuvent provoquer un frottement ou créer une pression sur les tissus mous (Jaul, 2011), entraînant ainsi des lésions de pression (WUWHS, 2016). Les rubans adhésifs utilisés pour fixer le dispositif peuvent également irriter une peau sensible, notamment si un œdème se développe en périphérie. Le choix approprié d'un ruban adhésif médical (par ex. basé sur la technologie du silicone) peut cependant prévenir les complications cutanées (Black et al, 2010; WUWHS, 2016).

Mise en œuvre dans la pratique (suite)

Plusieurs stratégies ont été proposées pour prévenir les lésions de pression liées à un dispositif, notamment :

- Le bon positionnement et l'entretien de l'équipement. Cela comprend le choix adapté du dispositif de fixation et de l'adhésif médical conformément aux directives du fabricant (Apold & Rydrych, 2012 ; Boesch et al., 2012)
- L'utilisation d'hydrocolloïdes minces, de pansements pelliculaires ou de produits barrières sous le dispositif pour réduire l'humidité, les frottements et le cisaillement (Weng, 2008 ; Huang et al, 2009 ; Jaul, 2011 ; Iwai et al, 2011 ; Boesch et al, 2012)
- L'utilisation de tampons de gel dermique réduisant la pression (Large, 2011).

Si une plaie s'est développée, il est également important de faire preuve de prudence lors de l'application et du retrait des pansements, afin d'éviter les lésions cutanées causées par les adhésifs médicaux (LCAM). Quelques conseils pour l'application et le retrait d'un pansement sur les peaux vulnérables (LeBlanc et al, 2018) :

- Envisager l'utilisation de pansements non traumatiques lors du retrait
- Prendre le temps de retirer les pansements lentement
- Tracer une flèche sur le pansement pour indiquer le sens de retrait adéquat et veiller à ce que ce point soit clairement expliqué dans les notes le cas échéant (par ex. lors de déchirures cutanées)
- Pour limiter le traumatisme, des dissolvants pour adhésifs peuvent être utilisés lors du retrait du pansement
- Utiliser un pansement conçu pour un contact direct avec la peau péri-lésionnelle
- Il est également possible d'envisager l'utilisation d'un produit barrière pour protéger la peau environnante (par exemple, pour prévenir la macération si une plaie est fortement exsudative, ou pour empêcher l'arrachement de la peau lors du retrait de l'adhésif/du pansement ou du dispositif de fixation).

Mise en œuvre dans la pratique: *Points clés*

- **Les principes des soins de la peau doivent adopter une approche centrée sur la personne et fondée sur les données**
- **L'évaluation doit donner lieu à un suivi et à un plan de soins individualisés pour les personnes à risque**
- **L'amélioration de la santé de la peau et la prévention des lésions cutanées chez les personnes vulnérables doivent être une priorité dans tous les aspects des soins.**

Conclusions

Il est impératif d'améliorer l'intégrité de la peau chez les personnes présentant une fragilité cutanée. La peau est le plus grand organe, possède de multiples fonctions et est importante pour la santé générale. Une approche holistique centrée sur la personne en termes de santé de la peau peut briser les silos de soins et améliorer l'intégrité de la peau et la qualité de vie de ceux qui présentent une fragilité cutanée. Les éléments essentiels de cette approche relative aux soins de la peau comprennent une évaluation holistique approfondie et une surveillance continue, la prise en compte de multiples facteurs interdépendants qui englobent les besoins et les préférences de la personne, l'état de santé général, la mobilité, la nutrition, l'état de continence et les problèmes socio-économiques/psychosociaux.

Il est clair qu'il est nécessaire de s'intéresser davantage à la peau, ainsi qu'à son importance sur la santé générale, dans des groupes de patients spécifiques qui peuvent être à risque de lésions cutanées en raison de leur fragilité. La peau est un organe vital et doit être traitée comme tel. Elle est également un indicateur important de la santé générale et du bien-être et représente une opportunité énorme de prévention de plusieurs complications qui pourraient autrement passer inaperçues. Si nous nous sommes concentrés sur des pathologies spécifiques et leurs facteurs de risque synergiques, il en existe bien d'autres.

La participation individuelle des patients et de leurs soignants/parents est également très importante. Les routines personnelles des personnes à risque donnent des résultats bénéfiques, tant en termes de santé des patients que de qualité de vie, et constituent un moyen relativement peu coûteux d'améliorer le système et de réaliser des économies (Finch et al, 2018).

Cette nouvelle approche doit encourager une façon de penser qui englobe tous les aspects de la santé de la peau, en considérant les problèmes de peau sous l'angle de la fragilité cutanée plutôt que comme des affections distinctes. Cette approche doit à son tour permettre d'améliorer les résultats, surtout pour la personne.

Bibliographie

- Ananthapadmanabhan K, Subramanyan K, Nole G (2013) A global perspective on caring for healthy stratum corneum by mitigating the effects of daily cleansing: report from an expert dermatology symposium. *Br J Dermatol* 168(Suppl 1): 1-9
- Apold J, Rydrych D (2012) Preventing device related pressure ulcers: Using data to guide statewide change. *J Nurs Care Qual* 27(1): 28-34
- Ayello EA, Levine JM, Langemo D et al (2019) Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure and unavoidable pressure injuries. *Adv Skin Wound Care* 32(3): 109-21
- Bale S, Tebble N, Jones V, Price P (2004) The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability* 14(2):44-50
- Bates-Jensen BM, Alessi CA, Al Samarrai NR, Schnelle JF (2003) The effects of an exercise and incontinence intervention on skin health outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 51(3): 348-55
- Beeckman D (2017) A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability* 26(1): 47-56
- Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S et al (2009) Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs* 65(6): 1141-54
- Beeckman D, Smet S, Van den Bussche K (2018) Incontinence-associated dermatitis: why do we need a core outcome set for clinical research? *Wounds International* 9(2): 21-5
- Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L et al (2016) Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. CD011627
- Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D (2017) Incontinence-associated dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugs Aging* 35(1): 1-10
- Benbow M (2012) Skin care of the incontinent patient. *J Commun Nurs* 26(2): 31-7
- Bianchi J (2012) Causes and strategies for moisture lesions. *Nurs Times* 108(5): 20-2
- Black JM, Cuddigan JE, Walko MA et al (2010) Medical device related pressure ulcers in hospitalised patients. *Int Wound J* 7(5): 358-65
- Boesch RP, Myers C, Garrett T et al (2012) Prevention of tracheostomy-related pressure ulcers in children. *Pediatrics* 129(3): 792-7
- Butcher M, White R J (2005) The structure and functions of the skin. In: RJ White (ed) *Skin Care in Wound Management: Assessment, Prevention and Treatment*. Wounds UK Books, Aberdeen
- Campbell J, Coyer F, Osborne S (2016) The Skin Safety Model: Reconceptualising skin vulnerability in older patients. *J Nurs Scholarship* 48(1): 14-22
- Carville K, Leslie G, Osseiran-Moisson R et al (2014) The effectiveness of a twice-daily skin-moisturising regimen for reducing the incidence of skin tears. *Int Wound J* 11(4): 446-53
- Ciro CA (2014) Maximizing ADL performance to facilitate aging in place for people with dementia. *Nursing Clinics* 49(2): 157-69
- Coker JF, Martin ME, Simpson RM, Lafortune L (2019) Frailty: an in-depth qualitative study exploring the views of community care staff. *BMC Geriatrics* 19: 47
- Coleman S, Nixon J, Keen J et al (2014) A new pressure ulcer conceptual framework. *J Adv Nurs* 70: 2222-34
- Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM et al (2014) Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 41: 313-34
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific PU Panel (2019) Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. Available online at: <https://www.eupap.org/pu-guidelines/> (accessed 14.01.2020)
- Finch K, Osseiran-Moisson R, Carville K et al (2018) Skin tear prevention in elderly patients using twice-daily moisturiser. *Wound Practice and Research* 26(2): 99-109
- Fink R (2000) Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 13(3): 236-9
- Flanagan M, Fletcher J (2003) Tissue viability: Managing chronic wounds. In: Booker C, Nicol M (eds) *Nursing adults: The practice of caring*. Mosby, St Louis
- Gray M, Black JM, Baharestani MM et al (2011) Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38(3): 233-41
- Gray M, Beeckman D, Bliss DZ et al (2012) Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 39(1): 61-74
- Gray M, Giuliano KK (2018) Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: A multisite epidemiologic analysis. *JWOCN* 45(1): 63-7
- Günnewicht B, Dunford C (2004) *Fundamental aspects of tissue viability nursing*. Southampton: Quay
- Hogeling M, Fardin SR, Frieden IJ, Wargon O (2012) Forehead pressure necrosis in neonates following continuous positive airway pressure. *Pediatr Dermatol* 29(1): 45-8
- Huang TT, Tseng CE, Lee TM, et al (2009) Preventing pressure sores of the nasal ala after nasotracheal tube intubation: from animal model to clinical application. *J Oral Maxillofac Surg* 67: 543-51
- Inamadar AC, Palit A (2013) *Critical care in dermatology*. Jaypee Medical Publishing, Delhi
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA (2007) Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *JAGS* 55: 780-91
- Irvine C (1991) 'Skin failure' - a real entity: discussion paper. *J R Soc Med* 84(7): 412-3
- Iwai T, Goto T, Maegawa J, Tohna I (2011) Use of a hydrocolloid dressing to prevent nasal pressure sores after nasotracheal intubation. *Br J Oral Maxillofac Surg* 49: e65-6
- Jaul E (2011) A prospective pilot study of atypical pressure ulcer presentation in a skilled geriatric unit. *Ostomy Wound Manage* 57(2): 49-54
- Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J (2018) An overview of comorbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics* 18(305): 1-11
- Jones JE, Robinson J, Barr W, Carlisle C (2008) Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nurs Stand* 22(45): 53-8
- Junius-Walker U, Onder G, Soleymani D et al (2018) The essence of frailty: A systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. *Eur J Intern Med* 56: 3-10
- Kayer G, Saurat JH (2007) Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology* 215(4): 284-94
- Kottner J, Beeckman D (2015) Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcers in geriatric patients. *G Ital Di Dermatol Venereol* 150(6): 717-29
- Kottner J, Beeckman D, Vogt A, Blule-Peytav U (2019a) Chapter 11: Skin Health and Skin Integrity. In: *Innovations and Emerging Technologies in Wound Care 1st Edition*. Editor: A. Gefen. p183-92
- Kottner J, Lichtenfeld A, Blume-Peytavi U (2013) Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. *Br J Dermatol* 169(3): 528-42
- Kottner J, Sigauco-Roussel D, Cuddigan J (2019b) From bed sores to skin failure: Linguistic and conceptual confusion in the field of skin and tissue integrity. *Int J Nurs Studies* 92: 58-9
- Kuehl B, Fyfe K, Shear N (2003) Cutaneous cleansers. *Skin Therapy Lett* 8(3): 1-4

- Lang PO, Michel JP, Zekry D (2009) Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 55(5): 539-49
- Langemo DK, Brown G (2006) Skin fails too: acute, chronic and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 19(4): 206-11
- Large J (2011) A cost-effective pressure damage prevention strategy. *Br J Nurs* 20(6 Suppl): 22-5
- Latimer S, Shaw J, Hunt T et al (2019) Kennedy Terminal Ulcers: A scoping review. *J Hospice Palliat Nurs* 21(4): 257-63
- LeBlanc K, Baranoski S (2011) Skin tears - state of the science: Consensus statements for the prevention, prediction, assessment and treatment of skin tears. *Adv Skin Wound Care* 24(9): 2-15
- LeBlanc K, Campbell K, Beeckman D (2018) Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. *Wounds International*. Available online at: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/istap-best-practice-recommendations-prevention-and-management-skin-tears-aged-skin> (accessed 6.12.2019)
- Levine J (2020) Clinical aspects of aging skin: Considerations for the wound care practitioner. *Adv Skin Wound Care* 33(1): 12-9
- Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek AC (2004) Immobility - a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci* 18(1): 57-8
- Malnutrition Advisory Group (2018) The 'MUST' Report. Nutritional Screening for Adults: A Multidisciplinary Responsibility. Available at: www.bapen.org.uk (accessed 21.01.2020)
- Mervis JS, Phillips TJ (2019) Pressure ulcers: Prevention and management. *J Am Acad Dermatol* 81(4): 893-902
- Moncrieff G, Van Onselen J, Young T (2015). The role of emollients in maintaining skin integrity. *Wounds UK* 11(1):68-74
- Moreiras-Plaza M (2010) Abdominal wall skin pressure ulcer due to a peritoneal catheter. *Perit Dialysis Int* 30(2): 257-8
- National Health Service (2010) Skincare of patients receiving radiotherapy. NHS Quality Improvement Scotland
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, PPPI (2014) Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. Cambridge Media, Osborne Park, Western Australia
- Nesovic AV (2016) Kennedy Terminal Ulcer: A retrospective chart review of ulcers in the hospice setting and educating providers and nurses on the importance of skin changes at life's end. Bozeman, MT: Nursing, Montana State University
- Nix DH (2000) Factors to consider when selecting skin cleansing products. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 27(5): 260-8
- North American Nursing Diagnosis Association (2018) Nursing Diagnoses, Definitions and Classification. Available at: www.nanda.org/nanda-i-publications/ (accessed 25.11.2018)
- Ong JC, Chan FC, McCann J (2011) Pressure ulcers of the popliteal fossae caused by thromboembolic deterrent stockings (TEDS). *Ir J Med Sci* 180(2): 601-2
- Pather P, Hines S, Kynoch K, Coyer F (2017) Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. *JBI Database Systematic Rev Implementation Reports* 15(5): 1473-96
- Proksch E, Brandner JM, Jensen JM (2008) The skin: an indispensable barrier. *Exp Dermatol* 17(12): 1063-72
- Rappl LM (2008) Physiological changes in tissues denervated by spinal cord injury tissues and possible effects on wound healing. *Int Wound J* 5: 435-44
- Rayner R, Carville K, Leslie G, Roberts P (2015) A review of patient and skin characteristics associated with skin tears. *J Wound Care* 24(9): 406-14
- Rivera J, Stankiewicz M (2018) A review of clinical incidents: skin failure in the dying patient. *J Stomal Ther Aust* 38(1): 12-4
- Shipman AR, Millington GWM (2011) Obesity and the skin. *Br J Dermatol* 165(4):743-50
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J (2010) SCALE: Skin changes at life's end: final consensus statement. October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care* 23(5): 225-36
- Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili T et al (2017) Incidence of skin tears and risk factors. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44: 29-33
- Timmons J (2006) Skin function and wound healing physiology. *Wound Essentials* 1: 8-17
- Van Tiggelen H, LeBlanc K, Campbell K et al (2019) Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries. *Br J Dermatol* Oct 12. doi: 10.1111/bjd.18604.
- Victoria State Government (2019) Maintaining and improving mobility and self-care. Available online at: <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/falls-mobility/mobility/mobility-improving> (accessed 16.12.2019)
- Voegeli D (2008) The effect of washing and drying practices on skin barrier function. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 35(1): 84-90
- Weng MH (2008) The effect of protective treatment in reducing pressure ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive Crit Care Nurs* 24(5): 295-9
- Wingard B (2013) The human body: Concepts of anatomy and physiology (3rd ed). London: Lippincott, Williams and Wilkins
- Wishin J, Gallagher TJ, McCann E (2008) Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 35(1): 104-10
- Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D (2017) Management of moisture-associated skin damage: A scoping review. *Adv Skin Wound Care* 30(11): 494-501
- Woo KY, Coutts PM, Price P et al (2009) A randomized crossover investigation of pain at dressing change comparing 2 foam dressings. *Adv Skin Wound Care* 22: 304-10
- World Union of Wound Healing Societies (2016) Role of dressings in pressure ulcer prevention. Available online at: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/consensus-document-role-dressings-pressure-ulcer-prevention1> (accessed 14.01.2020)
- Wounds UK (2015) All-Wales guidance for the prevention and management of skin tears. Available online at: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/prevention-and-management-skin-tears> (accessed 6.12.2019)
- Wounds UK (2018) Best practice statement: Maintaining skin integrity. Available online at: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/maintaining-skin-integrity> (accessed 26.11.2019)

Annexe

Résumé de la littérature				
Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
Déchirures cutanées	Van Tiggelen H et al (2019) <i>British J of Dermatology</i> Oct 12. doi: 10.1111/bjd.18604	Étude multipays	Mesurer la validité et la fiabilité du système de classification international du Groupe consultatif international sur les déchirures cutanées (ISTAP)	Une définition du concept de « lambeau de peau » dans le domaine des déchirures cutanées a été élaborée et ajoutée au système de classification ISTAP initial, qui comprend trois types de déchirures cutanées.
				La concordance globale avec la norme de référence était de 0,79 (IC de 95 % 0,79-0,80) et la sensibilité variait de 0,74 (IC de 95 % 0,73-0,75) à 0,88 (IC de 95 % 0,87-0,88). La fiabilité inter-évaluateurs était de 0,57 (IC de 95 % 0,57-0,57). La fiabilité intra-évaluateur du coefficient Kappa de Cohen était de 0,74 (IC de 95 % 0,73-0,75).
				Le système de classification ISTAP est étayé par des données de validité et de fiabilité. Il doit être utilisé à l'échelle mondiale pour une évaluation systématique et le signalement de déchirures cutanées dans la pratique clinique et la recherche.
Déchirures cutanées	Carville et al (2014) <i>Int Wound J</i> 11(4):446-53	Essai contrôlé randomisé	Évaluer l'efficacité d'une routine d'hydratation deux fois par jour par rapport aux soins de la peau « habituels » pour réduire l'incidence des déchirures cutanées	L'application d'un hydratant deux fois par jour a réduit l'incidence des déchirures cutanées chez près de 50 % des résidents d'établissements de soins pour personnes âgées.
Déchirures cutanées	Finch K et al (2018) <i>Wound Prac Res</i> 26(2): 99-109	Étude interventionnelle prospective	Mesurer la prévention des déchirures cutanées chez les patients âgés en utilisant des hydratants deux fois par jour. Cadre : Hôpital privé de 580 lits à Brisbane, un échantillon raisonné de patients âgés de 65 ans ou plus invités à participer.	Les taux mensuels d'incidence de déchirures cutanées ont été calculés en fonction du nombre de déchirures cutanées/jours de lit occupés par le patient x 1000. Dans l'ensemble, 762 patients éligibles ont été inclus dans le groupe d'intervention et leurs résultats ont été comparés aux 415 patients du groupe témoin historique.
				Au total, 104 patients ont développé au moins une déchirure cutanée (groupe d'intervention : n = 60, groupe témoin : n = 60, groupe témoin : n = 44).
				Dans l'ensemble, 185 déchirures cutanées ont été signalées (moyenne = 1,79 déchirures cutanées/patient, Écart-type = 1,55, plage = 19). Le taux d'incidence mensuel moyen dans le groupe d'intervention était de 4,35 pour 1000 jours de lit occupé (89 déchirures cutanées sur 6 mois).
				Les résultats indiquent l'efficacité de l'hydratant appliqué deux fois par jour sur les extrémités des patients âgés pour la prévention des déchirures cutanées.

Résumé de la littérature (suite)

Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
Déchirures cutanées	Kaya G and J Saurat (2010) <i>European Geriatric Medicine</i> 1(4): 216-219	Revue de la littérature	Identifier les épidémies potentielles de dermatoporse - un nouveau concept proposé pour couvrir différentes manifestations et implications du syndrome chronique d'insuffisance/fragilité cutanée.	<p>La corticothérapie chronique systémique ou topique et l'exposition chronique à des rayons UV semblent être les principales causes de dermatoporse. Les mécanismes moléculaires impliquant la voie hyaluronate-CD44 semblent jouer un rôle important dans la pathogenèse.</p> <p>D'autres recherches et essais cliniques sont nécessaires pour trouver des solutions préventives ou thérapeutiques pour la dermatoporse.</p>
Déchirures cutanées	Koyano Y et al (2016) <i>International Wound Journal</i> 14(4): 691-697	Étude de cohorte prospective	Identifier les propriétés de la peau qui peuvent être utilisées pour prédire le développement d'une déchirure cutanée chez les patients âgés. Réalisée dans un établissement médical de longue durée au Japon sur une période de 8 mois, sur des patients âgés de 65 ans et plus ($n = 149$).	<p>Au total, 52 déchirures cutanées ont été enregistrées parmi les 21 patients, soit un taux d'incidence de 1,13/1000 jours-personnes.</p> <p>L'un des facteurs prédictifs des déchirures cutanées était l'épaisseur du derme (HR = 0,52, intervalle de confiance de 95 % = 0,33-0,81; valeur $p = 0,004$). Le point seuil pour l'épaisseur du derme était de 0,80 mm (aire sous la courbe = 0,77, intervalle de confiance de 95 % = 0,66-0,88; valeur $p = 0,006$).</p> <p>Les résultats suggèrent que la mesure de l'épaisseur du derme au départ est un moyen facile et précis d'identifier un patient à risque élevé.</p>
Déchirures cutanées	LeBlanc K et al (2018) <i>ISTAP Best Practice Recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin</i> . London: Wounds International	Énoncé des meilleures pratiques	Le Groupe consultatif international sur les déchirures cutanées (ISTAP) a réuni un groupe d'experts chargé de formuler des recommandations internationalement reconnues pour la prévention et la gestion des déchirures cutanées, à l'aide de définitions et d'une terminologie mises à jour.	<p>Malgré l'intérêt accru porté à la question des déchirures cutanées ces dernières années, il existe encore des lacunes en termes de sensibilisation et d'informations et des domaines dans lesquels des recherches supplémentaires sont nécessaires.</p> <p>Le groupe a principalement identifié qu'une terminologie normalisée était nécessaire pour faciliter l'identification correcte et gérer les déchirures cutanées. Un système de classification validé et normalisé est également nécessaire pour faciliter les meilleurs soins dans la pratique au stade le plus précoce possible.</p> <p>Dans la mesure du possible, l'objectif doit être la prévention.</p> <p>Les produits sélectionnés doivent permettre de gérer les déchirures cutanées de manière appropriée, d'éviter d'autres traumatismes de la peau et de prendre en considération la fragilité cutanée environnante.</p> <p>Les effets des déchirures cutanées sur la qualité de vie du patient ne sont pas totalement connus - il est nécessaire de poursuivre les recherches pour mieux connaître les expériences et perspectives du patient.</p> <p>Les déchirures cutanées peuvent causer des douleurs et des complications et retarder la cicatrisation. La prévention et une prise en charge appropriée sont essentielles.</p>

Annexe (suite)

Résumé de la littérature (suite)				
Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
Déchirures cutanées	LeBlanc K et al (2016) <i>Eur Wound Manag Assoc J</i> 16(1): 17-23	Études de cas	Trois études de cas ont été utilisées pour étudier la relation entre les lésions de pression et les déchirures cutanées à l'aide des facteurs démographiques, des comorbidités, des facteurs de prédisposition, de la cause de la plaie, de la description de l'évolution de la plaie et d'autres variables.	Ces cas mettent en évidence les difficultés à différencier les déchirures cutanées et les lésions de pression. Dans les trois cas, les déchirures cutanées ont été diagnostiquées à tort comme étant des lésions de pression, ce qui a entraîné un retard dans la mise en place des stratégies de prévention des déchirures cutanées.
				L'identification et la classification des déchirures cutanées et des lésions de pression comme étant deux types de plaies différents peuvent poser un défi clinique aux professionnels de santé.
				Le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), le Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) et l'ISTAP maintiennent que, malgré les similitudes dans l'apparence des plaies et les difficultés de diagnostic, il est essentiel que ces plaies soient correctement diagnostiquées.
Déchirures cutanées	Lewin G et al (2015) <i>Int Wound J</i> 13(6): 1246-51	Étude cas-témoin	Identifier les facteurs de risque associés au développement des déchirures cutanées chez les personnes âgées. Entre décembre 2008 et juin 2009, 453 patients (151 cas et 302 témoins) ont été inclus dans une étude cas-témoin dans un hôpital tertiaire métropolitain de 500 lits en Australie occidentale. Éligibilité des cas : déchirure cutanée survenue au cours des 5 derniers jours ou déchirure cutanée survenue au cours de l'hospitalisation.	Le modèle le plus parcimonieux pour prédire le développement de déchirures cutanées comprenait six variables : ecchymose (bleu); purpura sénile; hématome; signes de déchirures cutanées précédemment guéries; œdème; et incapacité à se repositionner de manière autonome.
				La capacité de ces six caractéristiques à prédire qui, parmi les patients les plus âgés, pourraient développer une déchirure cutanée, doit maintenant être déterminée par une étude prospective.
Déchirures cutanées	Rayner R et al (2015) <i>J Wound Care</i> 24(9): 406	Revue systématique de la littérature	Identifier les études qui ont examiné les caractéristiques du patient et de la peau en association avec les déchirures cutanées. Se baser sur la littérature anglaise parue entre 1980 et 2013, en utilisant les bases de données suivantes : PubMed, Medline, CINAHL, Embase, Scopus, Evidence Based et Medicine Reviews (EBM). Les critères de recherche incluaient l'âge, la peau, les déchirures ou lacérations, les déchirures cutanées, les déchirures gériatriques, les déchirures épidermiques et la prévalence.	343 articles ont été trouvés avec les critères de recherche. La lecture du résumé a permis de trouver neuf documents jugés pertinents pour la recherche.
				Les principales conclusions de ces huit articles publiés et d'une étude non publiée ont révélé que les caractéristiques les plus courantes des patients étaient des antécédents de déchirures cutanées, de mobilité réduite et de troubles cognitifs.
				Les caractéristiques de la peau associées aux déchirures cutanées comprenaient le purpura sénile, les ecchymoses et les œdèmes. Cette analyse offre un aperçu des caractéristiques identifiées des patients et de la peau qui prédisposent les personnes âgées aux déchirures cutanées, et révèle le manque de recherche dans ce domaine.

Résumé de la littérature (suite)

Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
Fragilité cutanée	Persico I et al (2018) <i>J Am Geria Soc</i> 66(10): 2022-30	Analyse systématique et méta-analyse	Évaluer la relation entre la fragilité et le délire. Participants âgés de 65 ans ou plus. Deux auteurs ont examiné de façon indépendante toutes les citations en anglais, ont extrait les données pertinentes et ont évalué les études pour déterminer les biais potentiels. Les articles portant sur les populations pédiatriques ou neuro-chirurgicales, l'abus d'alcool ou de substances, les maladies psychiatriques, les traumatismes crâniens ou les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que les articles de synthèse, les lettres et les études de cas ont été exclus.	1 626 articles de LA recherche initiale ont été identifiés, et 20 remplissaient les critères de sélection ($n = 5\,541$ participants, âge moyen 77,8 ans).
				Huit études étaient éligibles pour une méta-analyse, montrant une association significative entre la fragilité Q2 et le délire consécutif (RR = 2,19, IC à 95 % = 1,65-2,91).
				Les mesures de l'association entre la fragilité et le délirium variaient peu d'une étude à l'autre (12 2,24, valeur p statistique $Q = 0,41$), mais les méthodes utilisées pour évaluer les deux affections présentaient une grande hétérogénéité. Ces deux analyses corroborent l'existence d'une relation indépendante entre la fragilité et le délirium, bien qu'il existe une hétérogénéité méthodologique notable entre les méthodes utilisées pour évaluer les deux pathologies.
Fragilité cutanée	Clegg A et al (2013) <i>Lancet</i> 381: 752-62	Revue systématique de la littérature	Développer des méthodes plus efficaces pour détecter la fragilité et évaluer son degré de gravité dans le cadre de la pratique clinique de routine, en particulier des méthodes utiles pour les soins primaires.	La distinction entre les personnes âgées fragiles et celles qui ne le sont pas doit faire partie intégrante de l'évaluation lors des visites médicales, car cela peut entraîner une intervention invasive ou la prise de médicaments potentiellement nocifs.
				Le meilleur processus basé sur les données probantes pour détecter la fragilité et évaluer son degré de gravité est le processus d'évaluation gériatrique complète. Il s'agit d'un processus qui exige d'importantes ressources et de nouvelles recherches sont nécessaires de toute urgence pour trouver des méthodes tout aussi fiables mais plus efficaces et plus sensibles dans le cadre des soins de routine.
Fragilité cutanée	Junius-Walker U et al (2018) <i>Eur J Intern Med</i> 56: 3-10	Revue systématique de la littérature	Le groupe ADVANTAGE vise à analyser les divers concepts de fragilité afin de découvrir l'essence de la fragilité comme base d'une compréhension partagée. Les publications éligibles ont été examinées grâce à une analyse conceptuelle qui a conduit à l'extraction de données textuelles pour les thèmes « définition », « attributs », « antécédents », « conséquences » et « concepts connexes ».	78 publications ont été incluses dans cette étude et 996 passages de texte pertinents ont été extraits à des fins d'analyse. Cinq composantes constituent une définition complète : la vulnérabilité, la genèse, les signes, les caractéristiques et les résultats défavorables.
				Chaque composante est décrite plus en détail par un ensemble de critères de définition et d'explication. La perspective fonctionnelle sous-jacente de la santé ou des troubles est plus compatible avec l'entité de fragilité.
				Les résultats permettent de se concentrer sur les éléments constitutifs pertinents qui définissent la fragilité. Ils soulignent les points communs des divers concepts et définitions de la fragilité.

Annexe (suite)

Résumé de la littérature (suite)				
Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
Lésion de pression	Ayello E et al (2019) <i>Adv Skin Wound Care</i> 32(3): 109-21	Revue de la littérature	<p>Synthétiser la littérature sur les lésions de pression observées chez les patients en fin de vie et clarifier les termes utilisés pour décrire ces affections.</p> <p>Un consensus sur une terminologie appropriée est essentiel pour réduire la confusion chez les intervenants et garantir des soins appropriés aux patients.</p>	<p>Il existe un consensus sur le fait que les changements cutanés en fin de vie sont des phénomènes cliniques réels observés dans la pratique. Cependant la physiopathologie des changements cutanés chez les patients mourants et en soins palliatifs est incomplète.</p> <p>Il est également nécessaire de s'entendre sur les définitions et les termes, et de commencer à définir les critères de diagnostic de la défaillance cutanée ainsi que des changements cutanés en fin de vie, afin d'éviter la confusion et d'entraver la communication entre les cliniciens, en particulier entre les disciplines.</p> <p>La terminologie doit donc être cohérente et faire l'objet d'une validation dans le cadre clinique. Cet article fournit une plate-forme de dialogue supplémentaire.</p>
Lésions de pression	Jackson D et al (2019) <i>Int J Nurs Studies</i> 92: 109-20	Revue d'études observationnelles	Examiner les études observationnelles mentionnant les lésions de pression liées à un dispositif médical afin d'identifier les dispositifs médicaux couramment associés à ces dernières.	<p>29 études (17 transversales; 12 cohortes) comprenant les données de 126,150 patients étaient éligibles pour cette analyse. L'âge moyen des patients était d'environ 36,2 ans pour les adultes et de 5,9 ans pour les enfants.</p> <p>L'incidence et la prévalence regroupées estimées des lésions de pression liées à des dispositifs médicaux étaient de 12 % (IC de 95 % 8-18) et de 10 % (IC de 95 % 6-16) respectivement. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution étant donné les niveaux élevés d'hétérogénéité observés entre les études incluses.</p> <p>Les dispositifs médicaux couramment identifiés associés à un risque de lésions de pression comprennent les dispositifs respiratoires, les colliers cervicaux, les dispositifs de tubulure, les attelles et les cathéters intraveineux.</p>
Lésions de pression	Jaul E et al (2018) <i>BMC Geriatrics</i> 18: 305	Revue de la littérature	Décrire les maladies chroniques et aiguës qui sont des facteurs de risque de lésions de pression chez les patients âgés.	<p>De multiples maladies chroniques et facteurs de complication associés à l'immobilité, l'ischémie tissulaire et la sous-nutrition peuvent causer des lésions de pression dans les milieux communautaires, les hôpitaux et les maisons de repos.</p> <p>L'identification des principaux facteurs de risque et de l'impact des comorbidités et des maladies gériatriques associées sur la sensibilité du patient âgé revêt une importance critique pour la prévention des lésions de pression.</p>

Résumé de la littérature (suite)

Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
Lésions de pression	Kottner J et al (2018) <i>Clinical Biomechanics</i> 59: 62-70	Revue systématique de la littérature	Proposer une discussion actualisée et approfondie sur le microclimat dans le contexte de la prévention des lésions de pression, relier les idées actuelles provenant des perspectives de la biomécanique dermatologique, du laboratoire et de la pratique clinique, et discuter des technologies de prévention actuelles et futures du point de vue du microclimat.	Un objet sur la surface de la peau fournit une impédance à la perte de chaleur par convection ou une impédance à la perte d'humidité par évaporation.
				Le microclimat est un effet modificateur ou un facteur de risque indirect des lésions de pression. Les effets des « interventions microclimatiques » sur la prévention des lésions de pression ne sont pas clairs.
				Le terme « gestion du microclimat » ne doit pas être utilisé.
Lésions de pression	Mervis J & Phillips T (2019) <i>J Am Acad Dermatol</i> 81(4): 893-902	Article de formation continue	La prévention a été l'un des principaux objectifs de la recherche sur les lésions de pression. Cet article est centré sur la prévention et la prise en charge, et met l'accent sur les données des pratiques communément acceptées.	Les lésions de pression continuent d'être un fardeau important pour les patients et la société, avec la nécessité de stratégies continues de prévention et de traitement efficaces.
				Des études de grande qualité comparant de nombreuses interventions disponibles restent nécessaires.
				Les lésions de pression nécessitent sans aucun doute une approche multidimensionnelle qui optimise le soulagement de la pression, l'état nutritionnel et les soins appropriés des plaies, ainsi que des traitements non chirurgicaux et chirurgicaux selon les besoins.
DCAH	McNichol L et al (2018) <i>Adv Skin Wound Care</i> 31(11): 502-13	Revue de la littérature	Examiner les données sur la DAI. Des stratégies de bonnes pratiques pour la prise en charge des lésions cutanées résultant d'une DAI (prévention et traitement) sont proposées. Un moyen mnémotechnique est introduit pour aider les cliniciens à traduire les données de DAI dans la pratique. Les expériences sur le milieu de travail complètent cette synthèse des données. Des approches visant à faciliter l'application de ces connaissances et de ces données dans la pratique sont également proposées.	La DAI demeure une préoccupation importante dans la pratique.
				Des informations et des directives sur la DAI existent dans la littérature, mais il est difficile de faire adopter ses pratiques de routine par des cliniciens débordés.
				La prise en charge de la DAI nécessite une combinaison de processus et de produits utilisés de manière cohérente. Des outils et des algorithmes de prise de décision simplifiés sont nécessaires pour aider les prestataires à évaluer la DAI et à mettre en place les options de prévention et de traitement.
				Cette analyse corrobore l'utilisation de divers produits conçus pour protéger la peau, le nettoyage de la peau peu après un épisode d'incontinence et l'utilisation de nouveaux produits absorbants qui éliminent l'humidité de la peau afin de réduire les lésions cutanées dues à une DAI.

Annexe (suite)

Résumé de la littérature (suite)				
Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
DCAH	Metin A et al (2015) <i>Clin Dermatol</i> 33(4): 437-47	Article de synthèse	Discuter des infections superficielles très répandues, indépendamment de l'âge et du sexe, dans les populations du monde entier. La prévalence de champignons peut varier en fonction des patients et de certains facteurs environnementaux.	<p>Les zones sous-ventilées et humides exposées aux frottements sont particulièrement sensibles aux infections fongiques, par exemple les paupières, le conduit auditif externe, l'arrière des oreilles, le nombril, la région inguinale et les aisselles (également appelées pliures).</p> <p>Les champignons peuvent à la fois envahir directement la peau, conduisant à des infections, et stimuler indirectement les mécanismes immunitaires en raison d'interactions tissulaires et de leurs caractères antigéniques mais aussi contribuer au développement ou à l'exacerbation d'infections bactériennes secondaires, d'une dermatite séborrhéique, d'une dermatite atopique et d'un psoriasis.</p> <p>« Les infections fongiques superficielles peuvent être classées et étudiées comme des infections à dermatophytes, des infections à <i>Candida</i>, des infections à <i>Malassezia</i> et d'autres infections superficielles indépendamment des zones de plis cutanés concernées. »</p>
DCAH	Woo K et al (2017) <i>Adv Skin Wound Care</i> 30(11): 494-501	Revue de la littérature	Identifier et fournir une intégration narrative des données existantes relatives à la gestion et à la prévention des DCAH	<p>37 articles ont été jugés appropriés pour cette revue. Les résultats comprenaient des définitions fonctionnelles et des taux de prévalence des quatre types de DCAH, des échelles d'évaluation pour chaque type, et sept stratégies fondées sur des données probantes pour la gestion des DCAH.</p> <p>Sur la base de cette revue de la littérature, les auteurs proposent des interventions clés pour protéger et prévenir les DCAH, notamment l'utilisation de pommades barrières, de polymères liquides et de cyanoacrylates pour créer une couche protectrice qui maintient simultanément les niveaux d'hydratation tout en bloquant l'humidité externe et les irritants.</p>
DCAH	Zulkowski K et al (2017) <i>Adv Skin Wound Care</i> 30(8): 372-81	Article de formation continue	Examiner les problèmes superficiels de la peau liés aux DCAH, les lésions cutanées liées à l'adhésif médical et les déchirures cutanées. Les similitudes, les différences, la prévention et le traitement seront décrits.	<p>Toute irritation cutanée doit être documentée, tout comme la planification des soins ultérieurs et le traitement approprié. Les médecins doivent déterminer la ou les cause(s) de l'irritation pour trouver les solutions appropriées.</p> <p>L'humidité sous les pansements ou les produits pour stomie, l'utilisation de produits adhésifs dans la même zone cutanée ou un placement et un retrait incorrects, l'humidité entre les plis cutanés, l'incontinence et les facteurs liés au patient ont tous une influence sur l'apparition d'un problème.</p> <p>De nombreux problèmes cutanés épidermiques peuvent et doivent être évités. Tout problème cutané doit être suivi, repéré et considéré comme une opportunité d'amélioration des soins. Tout le personnel doit comprendre son rôle dans la prévention et ce qu'il doit signaler.</p> <p>Informé le patient et la famille est tout aussi important pour éviter des problèmes de peau supplémentaires après la sortie de l'établissement.</p>

Résumé de la littérature (suite)

Domaine d'intérêt	Détails concernant l'auteur/le journal	Type	Objectif	Résultats
DCAH	Gray M and Weir D (2007) <i>J Wound Ostomy Cont Nurs</i> 34(2): 153-57	Revue de la littérature	Identifier les interventions efficaces pour prévenir et gérer la macération de/dans la peau péri-lésionnelle	L'application d'un protecteur cutané (à base de vaseline ou à base de zinc formant un film barrière non collant) sur la peau péri-lésionnelle réduit le risque de macération de la peau péri-lésionnelle. (Degré de certitude des données: Niveau 1)
				Il n'existe pas de preuves cliniques suffisantes pour déterminer si les pansements composites ou en mousse sont plus efficaces que les pansements hydrocolloïdes pour la prévention de la macération de la peau péri-lésionnelle. (Degré de certitude des données: Niveau 3)
				Des données limitées suggèrent qu'un pansement en mousse imprégné d'argent peut être plus efficace qu'un pansement en mousse simple pour la prévention de la macération de la peau péri-lésionnelle. (Degré de certitude des données: Niveau 2)
				Les données sont insuffisantes pour conclure que le miel non traité, la thérapie par pression négative et la thérapie par compression sont efficaces pour prévenir la macération de la peau péri-lésionnelle. (Degré de certitude des données: Niveau 5)
				Il est nécessaire d'effectuer rapidement des recherches afin d'identifier et d'évaluer les stratégies de gestion de la macération péri-lésionnelle existante.
Fragilité cutanée	Conroy S and Elliott A (2017) <i>Medicine</i> 45(1): 15-18	Évaluation gériatrique complète	Le problème que pose le concept de fragilité réside dans la recherche d'une définition fonctionnelle appropriée pouvant être utilisée dans la pratique clinique. De nombreuses définitions existent dans la littérature, mais il n'existe aucun accord quant à la meilleure mesure explorée dans cet article.	Les définitions les plus populaires incluent le modèle de fragilité de Fried et l'indice de fragilité.
				L'identification de la fragilité est recommandée pour cibler les interventions et aider à améliorer les résultats.
Changements cutanés en fin de vie	Latimer S et al (2019) <i>J Hospice Palliative Nurs</i> 21(4): 257-63	Revue de la littérature	Identifier et cartographier la littérature publiée sur les ulcères terminaux de Kennedy en termes de définition, de prévalence, d'évaluation, de traitement, de prise en charge, de coûts des soins de santé et de qualité de vie pour les patients dans tous les établissements de soins de santé.	Les données sur la prévalence des ulcères terminaux de Kennedy sont limitées et aucun outil d'évaluation validé n'est disponible.
				Les ulcères terminaux de Kennedy peuvent être classés à tort comme des lésions de pression, ce qui peut entraîner des sanctions financières pour l'établissement. Cette revue de la littérature a révélé d'importantes lacunes dans les connaissances et la pratique clinique relatives à l'évaluation, la prise en charge et le traitement des patients atteints d'ulcères terminaux de Kennedy.
				L'éducation du patient en temps utile peut aider à prendre des décisions éclairées en matière de soins et de qualité de fin de vie.
				Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour éclairer la pratique clinique afin d'améliorer les soins aux patients.

