

Recommandations des pratiques exemplaires en matière de prévention et de traitement des dermatites liées à l'incontinence

PAR

KIMBERLY LEBLANC,
B.Sc.INF., IA,
M.Sc.INF, CETN(C),

DAWN CHRISTENSEN,
B.Sc.INF., IA,
M.Sc.INF, CETN(C),

LAURA ROBBS,
B.Sc.INF., IA,
M.Sc.INF, CETN(C),

VIDA JOHNSTON,
B.Sc.INF., IA,
WOCN(C),
CETN(C),

BEVERLY CLELAND,
B.Sc.INF, IA, NCA

ET

NORMAN FLETT, M. D.,
CCMF, FCFP

Abrégé

Bien qu'il n'existe aucune ligne directrice canadienne en matière de prévention et de prise en charge des dermatites liées à l'incontinence (DI), les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des lésions de pression émises par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) peuvent servir de fondement à la déduction de données probantes en la matière. Par ailleurs, Gray et coll. ont publié un document consensuel sur le sujet, qui peut être utilisé en complément des données probantes figurant dans les lignes directrices de l'AIIAO.

Les lignes directrices de pratique clinique de la Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS) pour la prévention et le traitement des lésions de pression et

les recommandations de pratiques exemplaires de l'ACSP pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées sont également utiles. Le cheminement proposé dans cet article pour l'évaluation et le traitement des DI peut servir d'aide à la prise de décision clinique. Il est conseillé au clinicien d'identifier et de traiter les causes sous-jacentes; d'identifier et de répondre aux inquiétudes du patient; de respecter les pratiques exemplaires; et de recourir à des thérapies auxiliaires si nécessaire. Les recommandations de pratiques exemplaires formulées ici prennent également en compte la nécessité absolue de mettre au point des activités administratives et éducatives favorisant la mise en œuvre de ces lignes directrices dans la pratique clinique.

Introduction

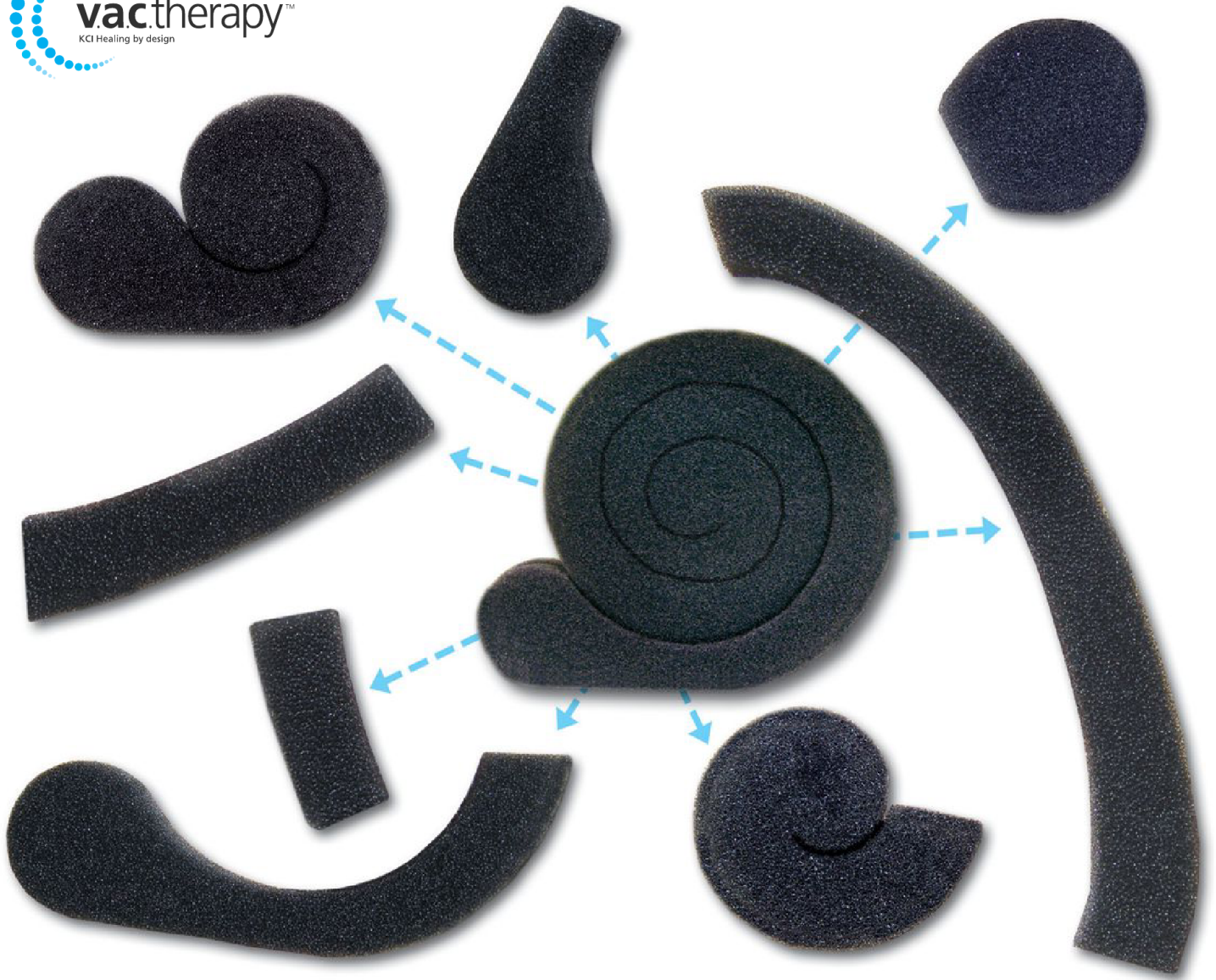
La prévention et la prise en charge des dermatites liées à l'incontinence (DI) sont des thèmes peu documentés. Lors de leurs recherches, les auteurs ont découvert qu'aucun document ne présentait la prévalence, l'incidence ou l'impact économique des DI au sein de la population canadienne. Ils ont interrogé les bases de données MEDLINE et CINAHL à partir des termes clés suivants : DI, érythème fessier, lésion de macération, dermatite d'irritation, dermatite périnéale et miliaire. Ces requêtes ont attiré leur attention sur des articles consacrés aux causes, aux traitements et à la prise en charge des DI. Au total, ils ont répertorié 27 articles théoriques et articles de fond sur lesquels se fondent les recommandations formulées dans cet article.

Définition de la dermatite liée à l'incontinence

La dermatite liée à l'incontinence (DI) représente un problème complexe et un défi pour les professionnels de la santé. La DI peut être définie comme une inflammation cutanée apparaissant au niveau de la région périnéale ou périgénitale en raison d'un contact prolongé avec l'urine ou les selles. Selon Gray et coll., la DI est une inflammation de l'épiderme accompagnée de rougeurs et d'œdèmes, voire d'une exsudation claire et bulleuse.¹ Dans des cas plus avancés ou plus sévères, on peut également observer une érosion ou une dénudation de la peau.¹

La DI se développe à partir d'une simple macération résultant de l'exposition plus ou moins prolongée à

suite page 26



How many ways can you make it simple?

Introducing the easier-to-use* V.A.C.® Simplace™ Dressing.

Designed to make V.A.C.® Therapy placement simpler, faster and easier, the V.A.C.® Simplace™ Dressing includes:

- V.A.C.® GranuFoam™ Dressing in a spiral roll for custom tear-off sizing
- Repositionable 3M™ Tegaderm™ Dressing applied in fewer steps
- SensaT.R.A.C.™ Pad with pre-fixed labels for convenient documentation of foam pieces

*When compared to standard V.A.C.® GranuFoam™ Dressings.



For more information,
call 1-800-668-5403 or visit www.kci-medical.com



featuring a
3M Tegaderm™
Dressing

CAUTION: Federal law restricts this device to sale (or sale/rental) by or on the order of a physician. NOTE: Specific indications, contraindications, warnings, precautions and safety information exist for KCI products and therapies. Please consult a physician and product instructions for use prior to application.

©2009 KCI Licensing, Inc. 3M and Tegaderm are trademarks of 3M Company. All other trademarks herein are proprietary to KCI Licensing Inc., its affiliates and/or licensors. The V.A.C.® System and most KCI products are subject to patents and/or pending patents. DSL#0903-150.4 - 06/16

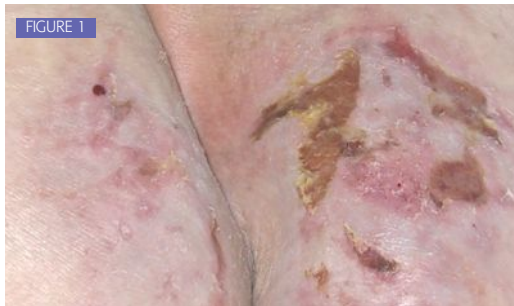


FIGURE 1
 Patiente de 78 ans présentant une désépidermisation causée par une DI.



FIGURE 2
 Patiente de 70 ans présentant une DI sévère sans désépidermisation.

l'urine et/ou aux selles. Junkin et Selekof précisent que chez les patients présentant une couleur de peau foncée, l'inflammation est susceptible de présenter une coloration différente de la peau environnante (à savoir jaune, blanc ou rouge foncé/violet).² Dans ce cas, il est important d'identifier les zones indurées par palpation. Le patient peut se plaindre de sensibilité, douleur, démangeaison, fourmillement ou brûlure au niveau du site concerné.^{2,3} Les figures 1 et 2 présentent des DI avec et sans désépidermisation.

On constate fréquemment une confusion entre les DI et les lésions de pression de stade 1 définies selon les

critères du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ou d'autres plaies d'épaisseur partielle comme les déchirures cutanées.⁴ La manifestation initiale de ces lésions peut en effet sembler identique aux yeux du profane. Voici l'un des indicateurs permettant de différencier les DI des lésions de pression : en général, le site d'une DI n'est pas délimité par une proéminence osseuse. Au contraire, le site présente des bordures plus irrégulières et imprécises au niveau des régions exposées à l'humidité. Contrairement aux lésions de pression, les DI n'évoluent pas vers des lésions cutanées d'épaisseur complète sauf si l'érosion est étendue et prolongée et/ou accompagnée d'une infection.⁵ Il est indispensable de différencier les DI des autres types de plaie, notamment des lésions de pression et des déchirures cutanées, afin de garantir le traitement et la prise en charge adaptés de cette pathologie (tableau 1).^{5,6}

À noter que la DI peut causer une sensibilité accrue de la peau aux forces de cisaillement, de friction et de pression. Un même patient est donc susceptible de présenter à la fois des lésions de pression, et des déchirures cutanées ainsi qu'une DI.^{7,8}

Prévalence

Selon Junkin et Selekof, la prévalence de l'incontinence parmi les patients en soins intensifs aux États-Unis en 2007 était de 19,7 pour cent (120/608 patients âgés de 4 ans).³ Au total, 107 patients (17,6 pour cent) présentaient une incontinence fécale. La prévalence la plus élevée a été observée dans le groupe le plus âgé (> 80 ans). Dans 42,5 pour cent des cas, les patients incontinents présentaient des lésions cutanées associées. Les patients présentant une DI souffraient

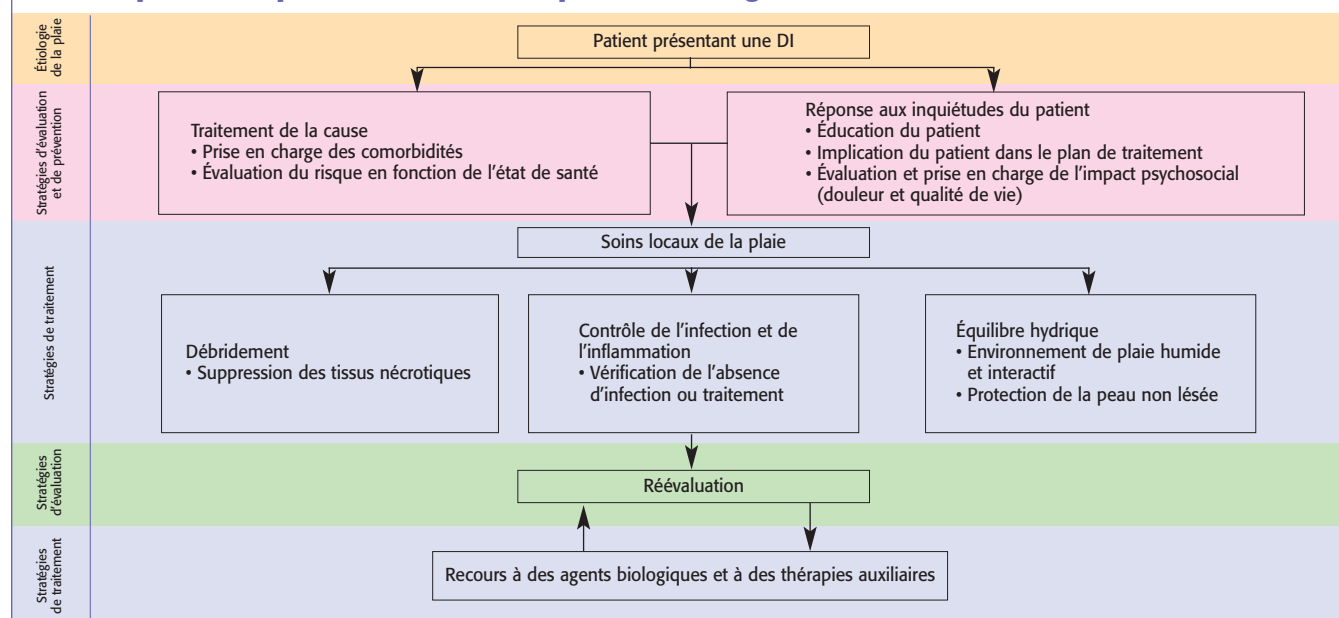
TABLEAU 1

Comparaison entre les lésions de pression et les DI

Facteur	Lésion de pression	DI
Cause	Friction, cisaillement ou pression directe	Incontinence, irritation de contact
Profondeur de la lésion	Superficielle à profonde	Superficielle
Sens de la lésion	Généralement de bas en haut	Généralement de haut en bas
Site	Généralement au niveau d'une proéminence osseuse, démarcations nettes	Souvent au niveau des plis cutanés, rarement au niveau des régions osseuses, démarcations imprécises
Nécrose	Présence possible	Présence rare

FIGURE 3

Les étapes de la prévention et de la prise en charge des DI



souvent d'hypoalbuminémie et de malnutrition. À noter que l'incontinence fécale est la deuxième cause majeure d'admission en établissements de soins de longue durée aux États-Unis.⁹

Les États-Unis prêtent une attention accrue aux conséquences économiques associées aux stratégies de prévention de l'incontinence mais peu de recherches ont été menées sur la prise en charge des DI et l'efficacité des actes pratiqués.^{1,2,5} Les auteurs n'ont trouvé aucune publication relative à l'impact économique des DI sur le système des soins médicaux au Canada, malgré l'intérêt croissant suscité par l'impact de l'incontinence urinaire.¹⁰ Les recherches exposées par Swanson et coll. portaient en effet sur l'impact de l'incontinence urinaire pour les patients et les fournisseurs de soins sans établir de lien avec les DI ou l'impact économique de ce facteur.¹⁰

Bien que la prévalence des DI soit plus élevée parmi les patients âgés,³ notons que d'autres populations sont touchées et que l'incontinence fécale ou urinaire peut se manifester dans toutes les tranches d'âge.¹¹

Recommandation 1 (Force de la preuve : IV)

Obtenir les antécédents médicaux du patient, y compris son état de santé général, et identifier les facteurs prédisposant le patient à un risque accru de DI.

Discussion

Le risque de développer une DI n'est pas identique chez tous les patients. Incontinence fécale ou urinaire, vieillissement cutané, usage prolongé de stéroïdes, d'antibiotiques ou d'agents promotilines, douleur, mauvaise oxygénation de la peau, fièvre, exposition constante à l'humidité, recours à des produits d'incontinence sans respirabilité, mobilité réduite et diarrhées nosocomiales ou iatrogéniques (causées par une infection intestinale associée à *Clostridium difficile* ou par l'alimentation par sonde) sont des facteurs prédisposant les patients à un risque accru de DI.^{1,7,12} Parmi ces facteurs intrinsèques et extrinsèques, l'incontinence fécale présente le plus fort rapport de corrélation avec les DI.^{3,5}

À noter que l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale ne font pas partie du processus normal de vieillissement et peuvent être évitées ou contrôlées grâce à une évaluation, un diagnostic et un traitement appropriés.^{11,13}

L'identification des patients à risque en matière de DI permet de mettre en œuvre un programme de prévention adapté avant la formation d'une lésion.¹⁴ Les points à prendre en compte lors de l'évaluation du risque comprennent : la cause, la durée et les antécédents relatifs à toute altération de l'intégrité de la peau; les autres pathologies concomitantes; la prise de médicaments;

et le degré de mobilité.¹ Un programme de prévention efficace peut ensuite être mis au point d'après les renseignements recueillis. L'évaluation du risque doit être effectuée dès l'admission de chaque patient dans un service médical et en cas d'évolution de son état.^{4,15}

Corrélations avec les lésions de pression et différenciation

On constate fréquemment une confusion entre les DI et les lésions de pression, en particulier les lésions de stade 1 et 2 telles que définies par le NPUAP.^{4,7} Il est important de bien différencier les DI des lésions liées à la pression car elles constituent une catégorie à part entière. Les lésions tissulaires profondes et les plaies affectant les tissus sous-cutanés et musculaires sont généralement causées par la compression des tissus

entre une proéminence osseuse et une autre surface et par l'application conjointe de forces de cisaillement et de pression. Les plaies d'épaisseur partielle sont plus souvent causées par des facteurs externes exclusivement.¹⁶ Il peut s'avérer très difficile de différencier les DI des lésions de pression, en particulier chez les patients combinant incontinence et immobilité.

Les patients présentant ces deux facteurs ont 37,5 pour cent de risques supplémentaires de développer une lésion de pression.² Par conséquent, l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale sont incluses dans de nombreux outils d'évaluation du risque des lésions de pression. La documentation n'étaye aucune conclusion indiquant un lien de cause à effet entre incontinence et lésions de pression mais convient

suite page 30

Guide de référence rapide pour la prévention et la prise en charge des DI

Recommandation de pratique exemplaire

Force de la preuve (AIIAO/WOCNS)

Traitement de la cause

- | | |
|---|----|
| 1. Obtenir les antécédents médicaux du patient, y compris son état de santé général, et identifier les facteurs prédisposant le patient à un risque accru de DI | IV |
| 2. Identifier les patients présentant un risque élevé de DI | IV |
| 3. Favoriser la prévention des DI | IV |

Réponse aux inquiétudes du patient

- | | |
|---|----|
| 4. Évaluer et prendre en compte les besoins psychologiques dans l'élaboration d'un programme axé sur le patient (douleur et qualité de vie) | IV |
|---|----|

Soins locaux de la plaie

- | | |
|--|--------|
| 5. Classer et documenter les DI en fonction du degré de traumatisme à l'aide d'un outil d'évaluation reconnu | III-IV |
| 6. Préparer et maintenir un environnement optimal pour la cicatrisation de la plaie | III |

Réévaluation

- | | |
|--|--------|
| 7. Déterminer l'efficacité des actes pratiqués | III-IV |
|--|--------|

Soutien organisationnel

- | | |
|---|----|
| 8. Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire flexible capable de répondre aux besoins du patient | IV |
| 9. Éduquer les patients, les fournisseurs de soins et les professionnels de la santé en matière de prévention et de traitement des DI | IV |

AIIAO = Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

WOCNS = Wound, Ostomy and Continence Nurses Society



The Interface Between Wound and Care

NEW Restore Foam Dressings with TRIACT ADVANCED Technology.

Featuring a Lipido-Colloid matrix that:

- Provides gentle micro-adherence to keep the dressing in place
- Forms a protective gel to maintain moisture balance in the wound interface
- Allows virtually pain-free removal of the dressing

For more information visit www.HollisterWoundCare.com
or call your Hollister Limited representative today at 1.800.263.7400




hollisterwoundcare®

Hollisterwoundcare and wave logo are trademarks of Hollister Incorporated.
Restore, TRIACT ADVANCED and graphic are trademarks of Hollister Wound Care LLC.
© 2010 Hollister Wound Care LLC

Distributed by:
Hollister Limited
95 Mary Street
Aurora, ON
L4G 1G3

TABLEAU 2

Outil d'évaluation périnéale¹⁹

Note			
3			
2			
1			
Intensité de l'irritant			
Type et intensité de l'irritant	Selles liquides avec ou sans urine	Selles molles avec ou sans urine	Selles moulées et/ou urine
Durée d'exposition			
Durée d'exposition de la peau à l'irritant	Changement des draps/serviettes au moins toutes les 2 heures	Changement des draps/serviettes au moins toutes les 4 heures	Changement des draps/serviettes au moins toutes les 8 heures
État cutané de la région périnéale			
Intégrité de la peau	Peau dénudée/érodée avec ou sans dermatite	Érythème/dermatite avec ou sans candidose	Peau claire et intacte
Facteurs contributifs			
Hypoalbuminémie, prise d'antibiotiques, alimentation par sonde, <i>Clostridium difficile</i> , autre	Trois facteurs contributifs ou plus	Deux facteurs contributifs	Aucun ou un facteur contributif

Note de 4 à 6 = risque faible

Note de 7 à 12 = risque élevé

plutôt que l'altération de l'intégrité cutanée résultant de la DI accroît la sensibilité de la peau aux forces de pression, de cisaillement et de friction.⁵

Recommandation 2 (Force de la preuve : IV)

Identifier les patients présentant un risque élevé de DI.

Discussion

La pathophysiologie des DI n'est pas parfaitement connue,³ toutefois, un certain nombre de facteurs contribuant à leur développement ont été identifiés. Gray et coll. ont mis en évidence des observations antérieures d'après lesquelles la tolérance des tissus, l'environnement périnéal et les capacités d'élimination et de propreté seraient des facteurs contributifs clés.¹

La tolérance des tissus est fonction de l'âge, de l'état de santé, de l'état nutritionnel, de l'oxygénation, de la perfusion et de la température corporelle centrale.³ L'environnement périnéal est affecté par le type d'incontinence (urinaire, fécale ou mixte), le nombre et la fréquence des épisodes d'incontinence, les forces de cisaillement et la présence d'agents irritants ou allergènes pouvant altérer l'intégrité de la peau.³ Selon

des rapports antérieurs, Gray et coll. notent une étroite corrélation entre le développement des DI et les facteurs suivants : incontinence fécale, fréquence élevée des épisodes d'incontinence, altération de l'intégrité de la peau, douleur, mauvaise oxygénation de la peau, fièvre et mobilité réduite.¹

Bliss et coll. se sont également fondés sur des travaux antérieurs pour étudier le cas des patients demeurant dans des établissements de soins de longue durée.⁷ Ils concluent que les patients prédisposés à un risque accru de DI sont ceux atteints d'incontinence fécale seule, contrairement aux patients atteints uniquement d'incontinence urinaire.

Les lignes directrices de l'AIIAO relatives aux lésions de pression¹⁵ et les lignes directrices de la WOCNS¹⁷ recommandent de procéder à une évaluation du risque (comprenant un examen exhaustif de la tête aux pieds) dès l'admission, puis conformément aux politiques en vigueur dans l'établissement. L'AIIAO préconise le recours à des outils d'évaluation du risque reconnus.^{15,18}

Des outils adaptés à la prévision des lésions de pression sont disponibles⁶ et largement utilisés. Nix

donne une description de l'outil d'évaluation périnéale (tableau 2)¹⁹, qui permet d'évaluer les risques de DI selon quatre critères : l'exposition à un agent irritant comme l'urine ou les selles, l'intensité de l'irritant, l'état cutané de la région périnéale et les facteurs contributifs extrinsèques. Chacun de ces quatre critères est évalué et noté sur une échelle de 1 à 3. Une note globale de 4 représente le risque le plus faible, tandis qu'une note de 12 représente le risque le plus élevé (une note comprise entre 4 et 6 indique un risque faible, tandis qu'une note comprise entre 7 et 12 indique un risque élevé). L'outil d'évaluation périnéale a été reconnu par la Wound Ostomy and Continence Nurses Society avec une fidélité interjuges de 87 pour cent.¹⁹

Malgré l'existence d'outils spécialement dédiés à l'évaluation du risque de DI, Gray et coll. rapportent que l'instrument le plus couramment utilisé pour les lésions cutanées dues à l'humidité est le système de stadification du NPUAP.¹ Ce dernier étant conçu pour mesurer l'ampleur des lésions tissulaires liées à la

pression, Gray et coll. déconseillent son utilisation à des fins de classification des DI.

Recommandation 3 (Force de la preuve : IV)

Favoriser la prévention des DI.

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIAO et de la WOCNS^{17,18} recommandent la mise en œuvre de protocoles de prévention systématiques. Dans certains cas, la prévention des DI peut s'avérer complexe et coûteuse pour les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins.⁵ Selon Gray et coll., la meilleure stratégie de prévention doit se fonder sur un protocole structuré de soins cutanés.¹

Les programmes de prévention des DI doivent intégrer les points suivants : évaluation et traitement de l'incontinence; procédure de toilette régulière; application d'hydratants et d'agents protecteurs contre l'humidité; contrôle et traitement des infections

TABEAU 3

Stratégies de prévention et de prise en charge des DI^{1-3,5,8}

Stratégie	
1	Identifier et traiter la cause de l'incontinence, si possible (fécale et/ou urinaire).
2	Évaluer le risque de DI à l'aide d'un outil reconnu spécialement conçu à cet effet. Une fois le risque évalué, inspecter attentivement la peau du patient afin de vérifier son intégrité.
3	Chez les patients incontinents, nettoyer délicatement la peau à l'aide d'un produit de pH acide (proche du pH normal de la peau, soit 5,5). Ne pas frotter la peau.
4	Une fois la peau propre, l'hydrater et appliquer un agent dermoprotecteur. En cas d'application de produits à base de zinc, ne pas frotter pour retirer l'excédent de zinc (il n'est pas nécessaire d'éliminer toute trace du produit à chaque fois). Procéder à des applications plus fréquentes chez les patients présentant fréquemment des selles trop liquides.
5	Limiter le recours aux moyens de confinement. Dans les cas où cela est indispensable, remplacer le dispositif utilisé dès qu'il est souillé.
6	Contrôler et traiter l'infection. Les patients présentant une DI sont prédisposés à un risque accru d'infection fongique.
7	Envisager le recours à des dispositifs auxiliaires - récipient pour matières fécales, systèmes de drainage avec ballonnet de rétention, sondes urinaires à demeure ou systèmes de prise en charge des matières fécales - chez les patients présentant une DI ou un risque élevé de DI et ne répondant pas aux autres méthodes de confinement et de prévention.
8	Optimiser les apports nutritionnels et l'hydratation.
9	Former le personnel de soutien et les fournisseurs de soins personnels en matière de stratégies de prévention et de prise en charge.

cutanées; optimisation de la nutrition et de l'hydratation; recours à des moyens de confinement; recours à des dispositifs auxiliaires.¹

Chacun de ces points est décrit en détail ci-après. Les stratégies de prévention et de prise en charge sont quant à elles résumées dans le tableau 3.

Évaluation et traitement de l'incontinence

Toute stratégie de prévention doit inclure l'évaluation et le traitement de l'incontinence urinaire et fécale chez les patients présentant un risque de DI.^{2,3} L'évaluation et le traitement de l'incontinence vont au-delà de la portée de ces recommandations de pratiques exemplaires mais la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) a publié des lignes directrices de pratique clinique destinées aux adultes en matière d'incontinence urinaire.²⁰ De son côté, l'AIIO a également publié des lignes directrices visant à favoriser la continence par le déclenchement de la miction.²¹

Dans de nombreux cas, l'incontinence peut être traitée efficacement grâce à des interventions comportementales entrant dans le cadre des pratiques des professionnels de la santé au Canada comme les infirmières (en particulier les infirmières stomothérapeutes et les infirmières-conseil en continence) et les physiothérapeutes.²⁰ Cependant, lorsque les approches traditionnelles s'avèrent inefficaces, les conseils d'un médecin spécialiste (urologue, uro-gynécologue, gastroentérologue) peuvent être d'une grande utilité.²⁰

Toilette régulière

Les programmes de prévention des DI incluent également la mise au point d'une procédure de toilette régulière douce, qui implique l'usage d'hydratants visant à compenser la perte lipidique et d'agents protecteurs contre l'humidité permettant d'éviter le contact entre la peau et l'urine ou les selles.¹⁴ Gray recommande d'utiliser un nettoyant doux pour la peau permettant d'éliminer l'urine et les selles sans compromettre le manteau acide de la peau.¹⁴ Les nettoyants sans rinçage constituent la solution idéale car ils permettent de limiter le nombre d'étapes de la procédure et donc le risque de cisaillement et de friction pendant les soins cutanés. De plus, ils présentent généralement un pH neutre, contrairement aux savons alcalins.^{14,19}

Hydratants et agents protecteurs contre l'humidité

Pour assurer l'efficacité d'un programme de prévention des DI, il est nécessaire de faire la différence entre les hydratants et les agents protecteurs contre l'humidité. Ces deux types de produits jouent un rôle différent mais tout aussi important dans la prévention des DI et ne sont pas interchangeables. Les hydratants sont destinés à rétablir et à préserver l'hydratation de la peau. En général, les hydratants contiennent un humectant comme la glycérine, la lanoline ou une huile minérale. Les humectants sont importants car ils participent à la régénération de la barrière de protection naturelle de la peau, tandis que les émoullissants sont destinés à compenser la perte lipidique. Les hydratants peuvent être appliqués seuls ou en association avec des agents dermoprotecteurs.^{14,19}

Les agents protecteurs contre l'humidité permettent de protéger la peau en cas de contact avec l'urine, les selles ou la transpiration. Ils peuvent être appliqués sous forme de crème ou d'onguent, leurs principes actifs étant généralement la vaseline, la diméthicone, l'oxyde de zinc ou une combinaison de ces produits.^{9,14}

- La vaseline est un produit semi-solide dérivé du pétrole. C'est un excellent agent protecteur contre l'urine mais elle s'avère moins efficace contre les selles.
- Les agents protecteurs à base de diméthicone sont dérivés de la silicone. Ils sont plus faciles à appliquer et à éliminer que l'oxyde de zinc ou la vaseline mais ils assurent une protection moins efficace.
- L'oxyde de zinc est un agent dermoprotecteur efficace mais il peut s'avérer difficile à éliminer. Il est nécessaire d'informer les fournisseurs de soins qu'il n'est pas indispensable d'éliminer complètement l'oxyde de zinc à chaque toilette.
- Les agents dermoprotecteurs sont également disponibles sous forme liquide et peuvent être utilisés à la place d'une crème ou d'un onguent. Veillez à utiliser des agents liquides sans alcool, notamment en présence d'une DI, car l'alcool peut accroître la douleur du patient.

Contrôle et traitement des infections de la peau : candidose cutanée

L'humidité associée à la DI prédispose le patient à un risque accru de candidose cutanée concomitante. Ce type d'infection fongique peut être traité à l'aide d'une crème ou d'une poudre antifongique. Il est

recommandé de choisir un produit contenant un agent dermoprotecteur. Autre solution : appliquez une fine couche de poudre antifongique, puis recouvrez-la d'un agent dermoprotecteur ou d'un onguent à base de baume du Pérou, d'huile de ricin et de trypsine pour optimiser la cicatrisation.⁵

Nutrition et hydratation

L'état nutritionnel et l'hydratation sont des facteurs étroitement liés à l'intégrité de la peau. Le soutien nutritionnel est essentiel à la cicatrisation des plaies. En l'absence d'apports alimentaires adaptés, l'organisme n'est pas en mesure de réparer les tissus lésés ou de mobiliser les défenses immunitaires contre une prolifération microbienne ou une infection.^{4,22} Chaque étape du processus de cicatrisation cutanée dépend des apports en acides aminés, en lipides et en glucides. L'optimisation de la nutrition permet par conséquent d'améliorer l'intégrité de la peau, de favoriser la cicatrisation des lésions cutanées et de

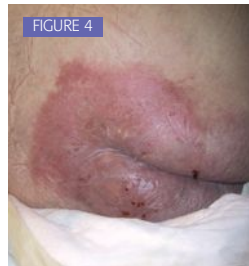


FIGURE 4
Patient de 85 ans présentant une DI sévère.



FIGURE 5
Patient de 85 ans présentant une DI, avec système de prise en charge des matières fécales à demeure.

contribuer à la prévention des DI. Par ailleurs, on a constaté que les patients présentant une hypoalbuminémie sont prédisposés à un risque accru de DI par rapport aux patients présentant un taux normal.^{3,4}

L'hydratation et l'état nutritionnel peuvent être évalués par observation, d'après les antécédents médicaux et par analyse de sang (p. ex. : albuminémie et pré-albuminémie).^{2,4} Il est essentiel de mettre sur

suite page 34

Dynamic moisture control

ALLEVYN's proven triple action technology with sustained antimicrobial protection. Available in ALLEVYN Adhesive, ALLEVYN Non-Adhesive, ALLEVYN Gentle and ALLEVYN Gentle Border.

For more information, visit www.allevyn.com or call 1 800 463-7439.

Prise en charge dynamique de l'humidité

La technologie ALLEVYN unique à triple action offre une protection antibactérienne soutenue. Elle est disponible dans les pansements suivants: ALLEVYN Adhésif, ALLEVYN Non adhésif, ALLEVYN Gentle et ALLEVYN Gentle Border.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site www.allevyn.com ou appelez au 1 800 463-7439.

smith&nephew
ALLEVYN[®] Ag
Silver Wound Dressings

ALLEVYN Ag
Pansements enduits d'argent

www.smith-nephew.com

©2010 Smith & Nephew, Inc., All rights reserved. *Trademark of Smith & Nephew. Certain marks Reg. US Pat. & TM Office. 06/10

©2010 Smith & Nephew Inc. Tous droits réservés. * Marques de commerce de Smith & Nephew. Certaines marques sont inscrites au registre américain des brevets et des marques de commerce. Juin 2010.

correcte de la peau et du respect des techniques d'application progressives. Les sacs collecteurs externes présentent les avantages suivants : confinement des selles, mesure précise des excréments, usage réduit de fournitures et gain de temps pour les fournisseurs de soins, confort accru du patient; en outre, ils peuvent être utilisés indéfiniment.^{2,23}

Les tubes rectaux à demeure ou les systèmes de prise en charge des matières fécales (figure 5) sont des dispositifs médicaux conçus pour orienter, recueillir et confiner l'écoulement des selles liquides chez les patients immobilisés. Les systèmes clos de confinement des matières fécales réduisent l'exposition du personnel à d'éventuelles substances organiques infectieuses et protègent efficacement la peau au niveau de la région périnéale. Après un toucher rectal et l'élimination de toute occlusion, le tube souple de la sonde est introduit dans le rectum et le ballonnet est rempli de solution saline ou d'eau.²



Désépidermisation résultant d'une DI sévère.

Certains systèmes permettent l'irrigation ou l'instillation de médicaments.¹²

Ces systèmes doivent être utilisés avec précaution car les effets à long terme et les limites du champ d'application ne sont pas connus. La présence de selles partiellement solides entraînera une obstruction

suite page 36



Why kill when you can simply remove?

Cutimed® Sorbact® a unique antimicrobial dressing that rapidly and effectively binds and removes microbes from colonised and infected wounds without any chemically active agent

- No promotion of bacterial endotoxin release
- No development of bacterial resistance
- No cytotoxicity
- No undesirable side effects



BSN medical

Call us at 1-877-978-5526 or visit www.cutimed.com for more information and clinical evidence.

du tube pouvant causer une perforation intestinale. Parmi les avantages de ce système, citons le confinement des selles, la réduction du risque infectieux et la prise en charge des DI sévères. Les inconvénients sont les suivants : usage à court terme seulement, utilisation difficile chez les patients mobiles et non adaptée chez les patients présentant une incontinence fécale chronique. Ces dispositifs doivent être mis en place par des professionnels expérimentés.^{12,23}

Recommandation 4 (Force de la preuve : IV)

Évaluer et prendre en compte les besoins psychologiques dans l'élaboration d'un programme axé sur le patient (douleur et qualité de vie).

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIAO^{15,18} et de la WOCNS¹⁷ présentent la recommandation 4. Une évaluation psychologique comprenant l'évaluation de la qualité de vie doit être effectuée pour déterminer la motivation du patient et sa capacité à comprendre et à suivre un programme de soins.²⁴ Les patients présentant une DI ressentent des douleurs, un manque de confort et éventuellement une gêne en raison de leur incontinence.¹²

Qualité de vie

Les patients présentant une DI ont besoin d'un soutien physique mais aussi psychologique.²⁴ Comme c'est le cas pour toute maladie chronique, ils doivent adapter leur style de vie. Un soutien supplémentaire est donc indispensable pour les aider à surmonter efficacement l'impact des DI sur leur qualité de vie.²⁵

Douleur

L'intensité de la douleur ressentie diffère d'un patient à l'autre et joue un rôle crucial dans leur qualité de vie et leur bien-être.²⁴⁻²⁶ La douleur est un symptôme associé à une lésion réelle ou ressentie. Elle est définie de façon subjective par le patient. Les patients présentant une DI ressentent la douleur à divers degrés : sensation de brûlure lors du contact des selles ou de l'urine avec le site irrité; douleur chronique au niveau des lésions cutanées; et douleur psychologique liée à la désépidermisation.²⁴⁻²⁶

Selon les lignes directrices de l'AIIAO, la douleur

doit être évaluée de façon régulière grâce aux mêmes outils et validée à chaque fois, chez tous les patients.^{15,18} Actuellement, il n'existe aucun outil spécialement reconnu pour l'évaluation de la douleur liée à l'altération de l'intégrité de la peau; cependant, il existe un certain nombre d'outils d'évaluation de la douleur reconnus qui peuvent être utilisés en fonction de la capacité cognitive du patient.²⁶

Pour l'évaluation de la douleur chez les patients âgés, le recours à des questions formulées en termes simples et à des outils faciles à comprendre s'avère la solution la plus efficace.²⁵ En effet, les déficiences sensorielles et cognitives renforcent souvent l'incapacité des personnes âgées à exprimer la douleur ressentie aux fournisseurs de soins. Des outils subjectifs comme l'échelle visuelle analogue ou la grille d'évaluation des expressions faciales se révèlent particulièrement efficaces au sein de cette population. Une échelle visuelle analogue se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 10 centimètres à une extrémité de laquelle on indique « aucune douleur » et à l'autre extrémité « douleur extrême ». Les patients doivent simplement indiquer la position sur la ligne qui représente l'intensité de la douleur ressentie. La grille d'évaluation des expressions faciales représente une échelle de zéro à six, le niveau le plus faible étant symbolisé par un visage souriant et le niveau le plus élevé par un visage grimaçant et en pleurs. Les patients choisissent le visage illustrant ce que la douleur leur fait ressentir.²⁵

La perception de la douleur par le patient doit être respectée et implique une prise en charge par une équipe interdisciplinaire. L'évaluation précise du type, de l'intensité et de l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient doit être prise en compte lors de l'élaboration d'un programme de soins personnalisé et doit faire partie intégrante de l'évaluation clinique globale.^{24,25}

Recommandation 5 (Force de la preuve : III-IV)

Classer et documenter les DI en fonction du degré de traumatisme à l'aide d'un outil d'évaluation reconnu.

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIAO^{15,18} et de la WOCNS¹⁷ formulent des recommandations liées à la classification

des plaies. Les altérations de l'intégrité de la peau doivent être classées de façon systématique et universelle. Pour documenter précisément et traiter les DI, il est important d'utiliser un langage commun. Il est essentiel de procéder à une documentation appropriée pour comprendre l'étendue du problème. Les DI ne doivent pas être incluses dans la catégorie des lésions de pression.

La présence et la sévérité des DI doivent être évaluées à l'aide d'un outil standardisé permettant de déterminer l'intégrité de la peau de façon précise et fiable chez les patients incontinents.² Deux outils conformes aux critères susmentionnés sont disponibles : l'outil d'évaluation de la peau dans la région pérectale et l'outil d'évaluation de la peau proposé par Kennedy et Lutz (cf. description donnée par Junkin et Selekof³). Junkin et Selekof ont proposé un nouvel outil de classification des DI, l'outil interventionnel DI (IAD Intervention Tool), en se basant sur les conclusions des travaux antérieurs.² Cette échelle comporte des descriptions de l'état de la peau visant à déterminer la présence d'une DI et à en mesurer la sévérité. La DI est ensuite classée comme suit : haut risque, DI précoce, DI modérée, DI sévère et érythème d'origine fongique (figure 6).²

Recommandation 6 (Force de la preuve : III)

Préparer et maintenir un environnement optimal pour la cicatrisation de la plaie.

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIO^{15,18} et de la WOCNS¹⁷ proposent de multiples recommandations liées à l'évaluation et au traitement des plaies. La prévention des DI est l'objectif premier; toutefois, les professionnels de la santé doivent être en mesure de prendre en charge la désépidermisation, le cas échéant (figure 7).

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte afin de traiter ce problème de façon appropriée, parmi lesquels figurent le soutien nutritionnel, la prise en charge de la douleur, l'état local de la peau et, le cas échéant, le choix du pansement le mieux adapté.²⁷ La première étape de prise en charge des DI consiste à déterminer la sévérité des altérations de l'intégrité de la peau.¹⁴ Le traitement peut ensuite suivre les instructions données par l'outil interventionnel DI (figure 6).² Les actes à pratiquer

dépendent des conclusions de l'évaluation.²⁷

Le traitement des DI doit s'articuler autour des stratégies de prévention.¹⁰ Comme souligné dans la recommandation 3, le recours à des hydratants et agents protecteurs, associé à l'élimination de la cause, sont les facteurs clés intervenant dans le traitement des DI.

Si la pose d'un pansement est nécessaire, il est important que le produit choisi soit atraumatique, favorise la cicatrisation et présente des propriétés adhésives résistant à l'humidité.^{12,14} Les lignes directrices de l'AIIO préconisent la mise en œuvre d'une approche systématique pour le choix des pansements.^{15,18} Ovington²⁸ a formulé sept recommandations relatives aux pansements, lesquelles sont reprises dans la recommandation de l'AIIO.¹⁸ Il est recommandé de choisir un pansement permettant de : maintenir un niveau d'humidité constant; s'adapter à l'environnement local de la plaie; protéger la peau autour de la plaie; contrôler ou prendre en charge les exsudats; contrôler ou prendre en charge les infections; et faire gagner du temps aux fournisseurs de soins. Ces recommandations doivent être suivies lors de l'évaluation des plaies et du choix du pansement ou produit à utiliser.²⁷ L'utilisation appropriée des pansements permet d'optimiser l'environnement de cicatrisation grâce au maintien d'un niveau d'humidité favorisant la croissance cellulaire et la cicatrisation.^{6,27,29}

Selon Beitz, la méthode la plus efficace en matière de prise en charge des DI consiste à laisser la zone lésée à l'air libre (sans pansement) et à la protéger à l'aide de crèmes et d'hydratants.¹² Contrairement aux pratiques mises en œuvre auparavant, il est déconseillé de laisser la peau sécher à l'air libre.⁵

Recommandation 7 (Force de la preuve : III-IV)

Déterminer l'efficacité des actes pratiqués.

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIO^{15,18} et de la WOCNS¹⁷ recommandent d'examiner les bords de la plaie afin d'évaluer l'efficacité de tout acte et d'élaborer un nouveau programme de soins si les résultats attendus ne sont pas observés. Pour évaluer l'efficacité des actes pratiqués chez les patients présentant une DI, il est conseillé aux cliniciens de mesurer et de consigner

la surface totale des rougeurs, de l'excoriation et/ou de la désépidermisation. Cela permet de savoir si la zone lésée s'agrandit, reste identique ou se réduit.

Selon Flanagan, une réduction de 20 à 40 pour cent de la surface lésée en deux à quatre semaines est un indicateur prédictif fiable de cicatrisation.³⁰ Par extrapolation, une réduction de cet ordre est à prévoir en cas de DI accompagnée d'une désépidermisation. En revanche, en cas de rougeurs ou d'excoriation seulement, une amélioration supérieure est attendue. Par conséquent, on doit constater une diminution de la sévérité et de la surface lésée chez un patient présentant une DI si la cause et la pathologie ont été traitées. En l'absence d'amélioration, le clinicien doit revoir le programme de soins.

Recommandation 8 (Force de la preuve : IV)

Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire flexible capable de répondre aux besoins du patient.

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIO formulent des recommandations en faveur du développement d'une approche organisée autour d'une équipe interdisciplinaire chargée de la prise en charge des plaies.^{15,18}

Les patients, les familles et les fournisseurs de soins ont besoin de l'expertise de spécialistes d'autres disciplines pour compléter les connaissances des experts du soin des plaies ou des soins cutanés. L'équipe peut inclure les disciplines suivantes (sans s'y limiter) : ergothérapie, physiothérapie, diététique, travail social, médecine généraliste, infirmerie générale, stomathérapie, conseil en continence, pharmacie et planification des sorties.³⁰ L'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients présentant une DI doivent être disposés à travailler ensemble et capables de collaborer pour obtenir des résultats positifs. La collaboration au sein d'une équipe est plus efficace que le travail d'un professionnel de santé isolé.³⁰

Le patient doit être au centre des préoccupations de l'équipe et être impliqué le plus possible dans le programme de soins le concernant. Toutefois, certains problèmes concomitants comme la démence peuvent aller à l'encontre de cette approche. Les souhaits du

patient doivent être respectés même s'ils ne concordent pas avec les finalités définies par l'équipe soignante.³⁰

Recommandation 9 (Force de la preuve : IV)

Éduquer les patients, les fournisseurs de soins et les professionnels de la santé en matière de prévention et de traitement des DI.

Discussion

Les lignes directrices de l'AIIO^{15,18} et de la WOCNS¹⁷ préconisent l'éducation des patients, des fournisseurs de soins et des professionnels de la santé.

Les patients, les familles et les professionnels de la santé ont besoin d'une formation et d'un soutien permanent pour garantir le respect des pratiques fondées sur les données probantes actuelles. La prévention est un facteur essentiel à la réussite d'un programme de soins. L'éducation joue quant à elle un rôle important dans la réussite de tout programme de prévention ou de traitement, en particulier en matière de prévention des DI. La prise en charge des DI doit se fonder sur un programme de prévention adapté^{8,10,20} mais doit également inclure un moyen de déterminer et, si possible, d'éliminer la cause de l'incontinence.^{2,20} Le contrôle fréquent des patients à haut risque représente un pan important de tout programme de prévention et s'avère particulièrement essentiel chez les patients présentant une DI.^{2,20}

En parallèle, il est important d'impliquer les patients à risque, leurs familles et leurs fournisseurs de soins dans le processus de prévention des DI, afin que chacun puisse intervenir de façon proactive.¹⁴ Il est essentiel d'informer efficacement patient et fournisseur de soins pour assurer la réussite d'un programme de prévention et de prise en charge des DI.¹⁴ Les besoins des patients et des fournisseurs de soins doivent être évalués et documentés (en consignnant notamment tous les renseignements de base relatifs aux connaissances, aux croyances, à l'hygiène de vie et aux lacunes constatées chez les patients, leurs familles et leurs fournisseurs de soins). Les variables d'ordre culturel et psychologique doivent également être prises en compte lors de l'élaboration des stratégies de prévention et de prise en charge.⁶ En impliquant les patients et leurs familles et en les informant des

techniques de soins appropriées, il est possible d'améliorer les chances de réussite d'un programme de prévention et de traitement des DI.^{1,5,16}

Conclusion

La dermatite liée à l'incontinence (DI) représente un problème complexe et un défi pour les professionnels de la santé. La DI peut être définie comme une inflammation cutanée apparaissant au niveau de la région périnéale ou périgénitale en raison d'un contact prolongé avec l'urine ou les selles. La prévention et la prise en charge des DI sont des thèmes peu documentés. Aucun document ne porte sur la prévalence et l'incidence des DI au sein de la population canadienne. Les États-Unis prêtent une attention accrue aux conséquences économiques associées aux stratégies de prévention mais peu de recherches ont été menées sur la prise en charge des DI et l'efficacité des actes pratiqués.

Des recherches plus poussées doivent être menées pour déterminer l'incidence des DI au sein de la population canadienne et leur impact sur le système des soins médicaux et les patients. 📞

Références

1. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB et coll. Incontinence-associated dermatitis: A consensus. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2007; 34(1): 45–54.
2. Junkin J, Selekof JL. Beyond "diaper rash": Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing red? *Nursing*. 2008; 38(11 Suppl.):1–10.
3. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2007; 34(3):260–269.
4. Ayello EA, Braden B. Why is pressure ulcer risk assessment so important? *Nursing*. 2001; 31(11):74–79.
5. Gray M. Incontinence-related skin damage: Essential knowledge. *Ostomy/Wound Management*. 2007; 53(12):28–32.
6. LeBlanc K, Christensen D, Orsted H, Keast DH. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada*. 2008; 6(1):14–30.
7. Bliss DZ, Savik K, Harms S et coll. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nursing Research*. 2006; 55(4):243–251.
8. Junkin J. Incontinence-associated dermatitis. Présentation donnée lors de la conférence de printemps du Symposium on Advanced Wound Care; Dallas (Texas) : 18 avril 2009.
9. Ranganath S, Ferzandi TR. Fecal incontinence. *Emedicine*. 2009. Document consulté le 26 avril 2010 à l'adresse : <http://emedicine.medscape.com/article/268674-overview>.
10. Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, Kaczorowski J. Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Canadian Family Physician*. 2002; 48:86–92.
11. Bardsley A. Assessment and management of faecal incontinence. *Journal of Community Nursing*. 2009; 23(4).
12. Beitz J. Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: Options in management. *Ostomy/Wound Management*. 2006; 52(12):53–66.
13. Doughty DB, Crestodina LR. Introductory concepts. Dans : Doughty DB (éd.). *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, troisième édition. New York (New York) : Elsevier, 2006.
14. Gray M. Preventing and managing perineal dermatitis: A shared goal for wound and continence care. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2004; 1(Suppl.):S2–S9.
15. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4 – Date de modification : 2007*. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2005.
16. Gray M, Bohacek L, Weir D, Zdanuk J. Moisture vs pressure: Making sense out of perineal wounds. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2007; 34(2):134–142.
17. Wound, Ostomy, and Continence Nurses (WOCN) Society. *Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers*. Glenview (Illinois) : WOCN Society, 2003.
18. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2005.
19. Nix D. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy/Wound Management*. 2002; 48(2):43–49.
20. Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada). *Clinical Practice Guidelines for Adults*. Peterborough (Ontario) : Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada), 2009. Document consulté le 12 avril 2010 à l'adresse : www.canadiancontinence.ca/english/health-profs/clinicalpractice.html
21. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2005.
22. Nix D. Factors to consider when selecting skin cleansing products. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2000; 27(5):260–268.
23. Zagoren AJ. Nutritional assessment and intervention in the adult with a chronic wound. Dans : Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, quatrième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007 : pp. 11–27.
24. LeKan-Rutledge D. Management of urinary incontinence: Skin care, containment devices, catheters, absorptive products. Dans : Doughty DB (éd.). *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, troisième édition. New York (New York) : Elsevier, 2006.
25. Price P. Quality of life. Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, troisième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007. pp. 311–320.
26. Popescu AS. Wound pain: A challenge for the patient and the wound care specialist. *Advances in Skin and Wound Care*. 2004; 17(1):14–20.
27. Krasner DP. Helping patients out of the SWAMP: Skin and wound assessment and management of pain. Dans : Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, quatrième édition. Wayne, (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007. pp 85–97.
28. Ovington LP. Wound dressings: Form, function, feasibility and facts. Dans : Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, troisième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007. pp. 311–320.
29. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL et coll. Preparing the wound bed—debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy/Wound Management*. 2000; 46(11):14–35.
30. Flanagan M. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy/Wound Management*. 2003; 49(10):28–40.

CAWC Events

Register Now for the CAWC Institute of Wound Management and Prevention

The CAWC Institute of Wound Management and Prevention is offering educational sessions across Canada. Register today for one of the following events:

Date	Location	Level(s)
September 23–26	Plaza 500 Hotel, Vancouver, BC	L1, L2, L3
October 21–24	Future Inn, Moncton, NB	L1, L2, L3
November 18–21	Place Louis Riel, Winnipeg, MB	L1, L2, L3
November 25–28	Delta Centre Ville, Montreal, PQ	L1, L2, L3 (en français seulement)
December 2–5	Marriott Bloor Yorkville, Toronto, ON	L1, L2, L3

For further information and to register, please visit www.cawc.net.

Other Events

2010 CAWC Annual

Professional Conference

Please join the Canadian Association of Wound Care for our 2010 Annual Professional Conference, from November 4 to 7, 2010, in Calgary, Alberta. The theme of this year's conference is "Wounds, Neuropathy and Diabetic Foot Care." More than 800 healthcare professionals, clinicians, patients, institution and government administrators, researchers and academics are expected to attend. A preliminary agenda and early bird registration will be available online soon. Please visit www.cawc.net for more information.

Wound Management and Prevention Awareness Month Initiatives

The CAWC launched its first-ever Wound Management and Prevention Awareness Month in June, with resounding success!

If you visit the CAWC website (www.cawc.net) you can find several examples of what your Association was accomplished.

For example, there is a brand new public service announcement in both English and French. The 30-second spot dramatises how wound management and prevention is overlooked in Canada as the serious issue it really is.

As well, the CAWC ran its first-ever awareness advertisement in The Hill Times. The Times, published in Ottawa, is an important resource for policymakers and politicians across the country. Speaking of Ottawa, Carolyn Bennett, MP and Opposition Health Critic, rose in the House of Commons on June 16, 2010, to make a statement about June Awareness Month.

As well, three provinces—British Columbia, Manitoba, and Saskatchewan—proclaimed June to be Wound Management and Prevention Awareness Month.

In 2011, the CAWC will do even more to mark Wound Management and Prevention Awareness Month. Stay tuned for further information in upcoming issues of *Wound Care Canada*.

Teddy Bear Helps Raise Public Awareness

The Canadian Association of Wound Care launched its first-ever public awareness campaign in June 2010 using a teddy bear as its 'mascot'.

"Wound management and prevention are both serious issues," says Karen Philp, the CAWC's Chief Executive Officer. "But, as we reach out to the general

public, we wanted to use something eye-catching and different."

The rationale behind the stuffed teddy bear is two-fold. When the CAWC redesigned its website, a photo of a teddy bear sporting dressings was placed on one of the pages. (Click on 'Search' in the upper right corner at the website, www.cawc.net).

"The reaction was overwhelmingly positive," says Charles Hain, the CAWC's Acting Director of Public Affairs. "The other reason to use the teddy bear was an awareness campaign from Australia in 2009 called 'the elephant in the room'. The Australian Wound Management Association chose the expression 'elephant in the room' and a toy elephant to depict the lack of awareness and understanding about wound care there. "I'm not sure if Australia has native elephants," says Charles. "But Canada certainly has bears. And the most famous bear in the world came from Canada."

And the name of that bear? Charles laughs and says: "Woundie the Pooh, of course." 🐻





CAWC S-SERIES NOW THE CAWC INSTITUTE **for all healthcare professionals**

Our Goal:

Improve outcomes of people suffering from acute or chronic wounds by providing evidence-based education with Canada's leading wound care experts.

Level 1 Prevention and management of chronic wounds – one day knowledge learning.

Level 2 Local wound care (debridement, infection control & dressing selection); pressure, friction and shear management; foot wear and foot care; lower limb assessment and compression therapy – two day hands-on skills learning.

Level 3 Implementing best practice with a focus on prevention – one day attitude learning.

CAWC Institute workshops across Canada

To learn more and to register, visit
www.cawc.net.



Événements de l'ACSP

Ouverture des inscriptions à l'Institut de prise en charge et de prévention des plaies de l'ACSP

L'Institut de prise en charge et de prévention des plaies de l'ACSP propose des séances de formation aux quatre coins du Canada. Inscrivez-vous dès aujourd'hui pour participer à l'un des événements suivants :

Date	Site	Niveau
23–26 septembre	Hôtel Plaza 500, Vancouver (C.-B.)	Niveaux 1, 2, 3
21–24 octobre	Hôtel Future Inn, Moncton (N.-B.)	Niveaux 1, 2, 3
18–21 novembre	Place Louis Riel, Winnipeg (MB)	Niveaux 1, 2, 3
25–28 novembre	Delta Centre Ville, Montréal (QC)	Niveaux 1, 2, 3 (en français seulement)
2–5 décembre	Hôtel Marriott Bloor Yorkville, Toronto (ON)	Niveaux 1, 2, 3

Pour en savoir plus et pour procéder à votre inscription, veuillez consulter le site www.cawc.net.

Autres événements

Conférence professionnelle annuelle de l'ACSP 2010

Rejoignez l'Association canadienne du soin des plaies à l'occasion de sa Conférence professionnelle annuelle 2010, qui se tiendra du 4 au 7 novembre 2010 à Calgary (Alberta). Cette année, la conférence portera sur le thème « Pied diabétique, neuropathie et plaies ». Plus de 800 participants - professionnels de la santé, cliniciens, patients, organismes, administrateurs gouvernementaux, chercheurs et universitaires - sont attendus. L'ordre du jour préliminaire sera bientôt disponible en ligne et les inscriptions anticipées seront ouvertes sous peu. Veuillez consulter le site www.cawc.net pour en savoir plus.

Initiatives du mois de sensibilisation en faveur de la prise en charge et de la prévention des plaies

Pour la première fois de son histoire, l'ACSP a décidé d'instaurer un mois

de sensibilisation en faveur de la prise en charge et de la prévention des plaies. Cette campagne organisée au mois de juin a d'ailleurs remporté un succès retentissant. Retrouvez quelques exemples des actions menées à cette occasion sur le site de l'ACSP (www.cawc.net). L'Association a notamment lancé un tout nouveau message d'intérêt public en français et en anglais. Le manque de considération envers la problématique pourtant alarmante de la prise en charge et de la prévention des plaies au Canada a fait l'objet d'une bande-annonce poignante de 30 secondes.

L'ACSP a par ailleurs publié sa première annonce de sensibilisation dans *The Hill Times*. Publié à Ottawa, ce journal est une ressource importante des décideurs et des politiciens à l'échelle nationale. Dans le même temps, Carolyn Bennett, députée et critique de l'opposition officielle en matière de santé, a fait une déclaration

devant la Chambre des communes le 16 juin 2010 au sujet de ce mois de sensibilisation.

Trois provinces – la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan – ont également proclamé l'instauration en juin du mois de sensibilisation en faveur de la prise en charge et de la prévention des plaies.

L'ACSP prévoit de frapper encore plus fort à l'occasion du mois de sensibilisation 2011. Nous vous tiendrons informés dans les prochains numéros de la revue *Soin des plaies Canada*.

Un ours en peluche au secours du soin des plaies

L'Association canadienne du soin des plaies a lancé sa première campagne de sensibilisation en juin 2010. La mascotte de son message d'intérêt public : un ours en peluche.

« La prise en charge et la prévention des plaies sont deux problèmes à prendre très au sérieux », déclare Karen Philp,

présidente-directrice générale de l'ACSP. « Pour attirer l'attention du public sur le sujet, nous souhaitons rebondir sur un message accrocheur et décalé. »

Le choix de l'ours en peluche s'est imposé pour deux raisons. Lors de la mise en ligne du nouveau site Web de l'ACSP, la photo d'un ours en peluche couvert de pansements a été intégrée à la conception de l'une des pages. (Rendez-vous à l'adresse www.cawc.net et cliquez sur le bouton Search (Recherche) situé dans l'angle supérieur droit de la page).

« Nous avons obtenu des réactions plus que positives », explique Charles Hain, directeur intérimaire des Relations publiques de l'ACSP. La seconde raison de ce choix est à chercher dans une campagne de sensibilisation menée en 2009 en Australie et dont la mascotte était un éléphant. L'AWMA (Australian Wound Management Association) avait en effet choisi d'illustrer le manque de considération envers le soin des plaies dans ce pays à l'aide d'un éléphant en peluche. « Je ne suis pas sûr que l'Australie soit le milieu naturel de beaucoup d'éléphants », ajoute Charles. « En revanche, les ours sont bien sûr des animaux très répandus au Canada. Sans oublier que l'ours le plus célèbre du monde est canadien. »

Alors quand on lui demande quel petit nom ils ont donné à leur mascotte, Charles déclare en riant : « Woundie l'ourson, évidemment. »



University of Toronto

**International
Interprofessional
Wound Care
Course**

continue your wound care learning at an advanced level

**2010-2011 Session:
October 14-17, 2010
April 29 - May 2, 2011**

Designed for wound care specialists and led by acclaimed faculty with education, experience and interest in wound care. The **IIWCC** is an 8-month course that includes two 4-day residential weekends in Toronto and self-guided course work.

Participants will learn to:

1. Assess and critically review wound care literature in key subject areas.
- 2 Integrate wound care principles by a self-directed learning program formulated with a learning contract.
3. Demonstrate the application of best practices by developing a selective related to the learner's everyday activities.

Course Fees:

Industry employed: **\$6,000** - Physician: **\$4,000**
Nurse and Allied Health: **\$2,750** - Student: **\$1,500**

Visit www.cawc.net and click on "Professional Education"
for more information and to register today.

Mepilex® Border Ag

**NOW
AVAILABLE**

Targeting bacteria and protecting the skin.



SafetaC
TECHNOLOGY

Two advanced technologies. One antimicrobial dressing.

Mepilex® Border Ag and Mepilex® Ag combine the best of two superior technologies – the antimicrobial action of ionic silver with all the benefits of SafetaC® technology.

- Inactivate pathogens within 30 minutes¹ of application and maintain sustained release action for up to 7 days².
- SafetaC® technology protects the peri-wound skin, reduces the risk of maceration³, and minimizes pain and trauma at dressing change^{4,5,6}.

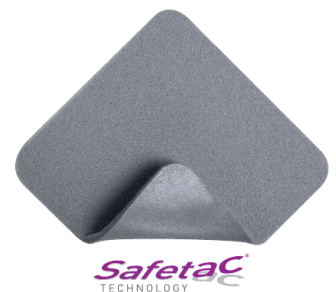
Contact your Mölnlycke Health Care representative at 1-800-494-5134.

References:

- 1,2 Taherinejad and Hamberg. Antimicrobial effect of a silver-containing foam dressing on a broad range of common wound pathogens. Poster publication, WJWHS 2008.
- 3 Meaume S et al. Ostomy Wound Management 2003; 49(9):44-51.
- 4 Dykes, P.J., Heggie, R., and Hill, S.A. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. Journal of Wound Care, Vol. 10, No. 2, February 2001.
- 5 Dykes, P.J. and Heggie, R. The link between the peel force of adhesive dressings and subjective discomfort in volunteer subjects. Journal of Wound Care, Vol 12, No 7, July 2003.
- 6 White R., A Multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008; Vol 4, No 1.

The Mölnlycke Health Care name and logo, Mepilex® Border AG, Mepilex® AG and SafetaC® are registered trademarks of Mölnlycke Health Care AB. Gamlestadvägen 3C, Göteborg, Sweden. ©2009 Mölnlycke Health Care. All rights reserved.

 Mepilex® Ag



SafetaC
TECHNOLOGY

 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

CA043061003EN