



**Association Canadienne
des Stomothérapeutes**

Recommandations fondées sur des données probantes pour le débridement chirurgical conservateur



ASSOCIATION CANADIENNE DES STOMOTHÉRAPEUTES

Recommandations fondées sur des données probantes pour le débridement chirurgical conservateur (DCC)

Déni de responsabilité

Les recommandations suivantes portent seulement sur la pratique des soins infirmiers et ne visent pas à prendre en considération l'efficacité financière. Elles ne sont pas exécutoires pour les infirmières et les infirmiers et ces derniers devraient les utiliser avec flexibilité tout en respectant le patient, les désirs de la famille et les circonstances. Elles ne constituent en aucun cas une responsabilité ou décharge de responsabilités. L'Association canadienne des stomothérapeutes (CAET) ne garantit pas l'exactitude de l'information contenue dans le présent document et n'assume aucune responsabilité. Toute référence à des produits pharmaceutiques ou médicaux ne signifie pas que l'association approuve ou valide ces produits.

Droit d'auteur

Le présent document peut être produit, reproduit et publié dans son intégralité sous quelle que forme que ce soit, seulement à des fins pédagogiques et non commerciales, et ce, sans le consentement ou l'autorisation de l'Association canadienne des stomothérapeutes, pourvu que la mention de source ou que les citations apparaissent dans le texte copié, comme suit :

Rodd-Nielsen, E., J. Brown, J. Brooke, H. Fatum, M. Hill, J. Morin, L. St-Cyr, en association avec l'Association canadienne des stomothérapeutes (CAET)

Recommandations fondées sur des données probantes concernant le DCC (2011)

Coordonnées :

Association canadienne des stomothérapeutes (CAET)

Sans frais : 888.739.5072

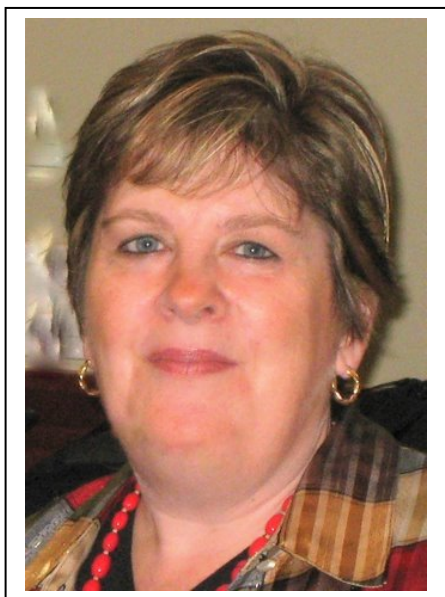
N° de téléc. : 613-834-6351
office@caet.ca

www.caet.ca

Message de la présidente du CAET

Karen Bruton

Présidente 2010-2012, de l'**Association canadienne des stomothérapeutes**



L'Association canadienne des stomothérapeutes (CAET) est heureuse de vous présenter ce document collaboratif conçu pour promouvoir et faire progresser les connaissances et la pratique dans le domaine des soins infirmiers spécialisés : Les recommandations fondées sur des données probantes concernant le DCC du CAET. Ce document reflète la recherche actuelle fondée sur des données probantes, des études de cas et l'opinion d'experts.

Le CAET remercie sincèrement l'équipe de développement pour les nombreuses heures travaillées bénévolement afin de mener à bien ce projet. Mme Elise Rodd-Nielsen a accompli un excellent travail en alliant la technologie Web à ses extraordinaires aptitudes de leadership afin de diriger cette équipe durant les vingt mois de développement de ce projet. Nous tenons également à remercier Mary Hill (ancienne présidente) et Cathy Harley (directrice générale) pour leur vision et leur engagement afin de faire avancer la recherche et la pratique fondée sur des données probantes.

Les données probantes présentées dans ce document appuient l'utilisation du DCC en présence de critères cliniques précis. Ces critères visent à guider les infirmières et les infirmiers autorisés à prendre les décisions cliniques les plus appropriées lorsque ces derniers effectuent cette intervention spécialisée. De plus, il est important de noter que le champ d'application du DCC varie d'une province/territoire à l'autre. Le CAET souhaite que ces recommandations favorisent une meilleure compréhension du DCC et qu'elles supportent la promotion pour plus de recherches et d'élaboration de politiques dans ce domaine.

Le CAET croit que la diffusion de ces recommandations améliorera la pratique professionnelle et fournira des résultats positifs pour les soins apportés aux patients. Nous vous encourageons à partager le présent document avec vos collègues et autres professionnels de la santé. Nous vous invitons à nous faire parvenir votre opinion et vos commentaires sur ces recommandations concernant le DCC en nous écrivant à : office@caet.ca.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karen Bruton'.

Karen Bruton, IA, ICS(C)

Le présent document a été révisé et approuvé par le conseil d'administration du CAET le 12 mai 2011.

Table des matières

Recommandations fondées sur des données probantes pour le DCC du CAET

Message de la présidente du CAET	3
----------------------------------	---

Contexte

1. Champ d'application et objectif	6
2. Membres du panel de développement	7
3. Déclaration de conflits d'intérêts	7
4. Remerciement aux intervenants	8
5. Remerciement aux chercheurs	9
6. Remerciement aux traducteurs	10
7. Remerciement aux donateurs	10
8. Contexte	10
9. Interprétation des données probantes	12

Recommandations organisationnelles et d'élaboration de politiques

1 ^{ère} recommandation : Des politiques institutionnelles doivent être implantées pour permettre aux infirmières qualifiées d'effectuer le DCC.	14
--	----

Recommandations cliniques

2 ^e recommandation : Effectuer une évaluation complète de la plaie avant d'entreprendre un DCC.	17
3 ^e recommandation : Sélectionner le DCC pour la préparation du lit de la plaie, lorsque c'est indiqué.	18
4 ^e recommandation : Des méthodes appropriées pour contrôler la douleur doivent être utilisées lors d'un DCC.	26
5 ^e recommandation : Des mesures de sécurité et du matériel spécifique sont requis pour effectuer le DCC.	28
6 ^e recommandation : Des procédures appropriées doivent être utilisées lorsqu'un DCC est effectué.	29

Recommandations relativement à l'étiologie

7 ^e recommandation : Traiter les ulcères du pied diabétique à l'aide du DCC dans le cadre d'une approche multimodale pour des soins optimaux.	32
8 ^e recommandation : Le DCC peut faire partie d'une approche multimodale pour traiter les ulcères veineux chroniques de la jambe.	34

Recommandations pédagogiques

9 ^e recommandation : L'enseignement aux clients est requis afin d'obtenir leur consentement éclairé avant d'effectuer le DCC.	36
10 ^e recommandation : L'enseignement et la formation des infirmières en DCC doivent être obtenus par le biais d'un programme de formation reconnu.	37

Lacunes de la recherche

Lacunes de la recherche	40
-------------------------	----

Références

Références	41
------------	----

Annexes

Annexe A : Glossaire	48
Annexe B : Processus de développement des recommandations	50
Annexe C : Stratégie de recherche	51
Annexe D : Liens utiles	52
Annexe E : Guide pour la méthode d'utilisation de la crème EMLA®	53
Annexe F : Algorithme décisionnel pour choisir le DCC	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Aperçu des niveaux de données probantes de la RNAO	14
Tableau 2 : Influence des constats d'évaluations sur la décision d'utiliser le DCC	23
Tableau 3 : Avantages/désavantages des types et méthodes de débridement	25
Tableau 4 : Résumé des éléments nécessaires au consentement éclairé associé au DCC	37
Tableau 5 : Compétences recommandées pour les infirmières effectuant le DCC	38

Contexte

1. Champ d'application et objectif

Les Recommandations fondées sur des données probantes concernant le DCC de l'Association canadienne des stomothérapeutes (CAET) résultent d'une décision et d'un engagement à faire progresser la pratique clinique des soins infirmiers afin d'améliorer la prestation de soins aux patients, et ce, grâce à l'élaboration d'un guide de sources générales. Les recommandations ont été rédigées par un groupe bénévole d'infirmières stomothérapeutes travaillant dans les milieux cliniques, dans l'élaboration des politiques, comme consultantes et en éducation dans le domaine du soin des plaies. Le présent document a été rédigé sur une période de deux ans, soit de 2009 à 2011 et constitue un résumé de la littérature, des lignes directrices et des opinions d'experts. La rédaction et la diffusion des recommandations ont été parrainées par le CAET sans autres sources financières.

Ces recommandations ont été écrites par et pour les infirmières* stomothérapeutes/le JWOCN/les infirmières autorisées et les professionnels de la santé connexes qui effectuent le DCC.

Les recommandations englobent la prestation du DCC à l'intention de la population adulte atteinte principalement de plaies chroniques en soins actifs, en clinique et en milieux communautaires/à domicile. Ces recommandations s'appliquent donc à la pratique clinique, à l'éducation et à l'élaboration de politiques. Toutes les recommandations découlent de recherches publiées entre 1991 et 2010, d'études de cas et d'opinions d'experts. Le CAET propose qu'une équipe d'infirmières stomothérapeutes ayant de l'expertise en la matière révise et mette à jour ces recommandations tous les quatre ans.

Ces recommandations doivent être envisagées dans le contexte de l'organisme ou du milieu de soins ainsi que des ressources et du soutien disponibles. Parmi les ressources et le soutien disponibles, notons : l'accès aux soins d'urgence, aux médecins et aux professionnels de la santé connexes, à l'éducation, au soutien administratif, au financement, aux fournitures, au matériel et aux politiques. Les présentes recommandations doivent également être utilisées en tenant compte de l'évolution des données probantes qui définiront plus précisément les pratiques en matière de DCC.

Aux fins du présent document, le terme *client* se réfère aux personnes, aux résidents, aux membres de la famille, etc. et le terme *patient* se réfère aux clients soignés en institution.

Veillez consulter les annexes pour connaître les bases de données et les termes utilisés pour la recherche de documentation et pour consulter le glossaire.

*Le terme infirmière(s) sera utilisé afin d'alléger le texte

2. Membres du panel de développement

Elise Rodd-Nielsen, IA, B.Sc.Inf., ICS(C)

Chef de projet

Stomothérapeute indépendante/consultante en éducation

Région de la capitale nationale, Canada

Jean Brown, B.Sc.Inf., IA (retraîtée), infirmière stomothérapeute

Adjointe du chef et rédactrice

Auparavant au QEII Health Sciences Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse

Jillian Brooke, IA, baccalauréat spécialisé, ICS(C)

Infirmière stomothérapeute

Saint Elizabeth Health Care

Windsor, Ontario

Helen Fatum, IA, B.Sc. Inf., infirmière stomothérapeute

Infirmière stomothérapeute

Hôpital général de North Bay

North Bay, Ontario

Mary Hill, IA, B.Sc. Inf., maîtrise, ICS(C)

Infirmière stomothérapeute

Centre de traitement des plaies

Centre de santé Sheldon M. Chumir --

Calgary, Alberta

Josée Morin, IA, baccalauréat ès sciences, infirmière stomothérapeute

Infirmière clinicienne/stomothérapeute

Consultante du programme chirurgical (plaies/stomie)

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Sherbrooke, Québec

Liette St-Cyr, IA, baccalauréat ès sciences, infirmière stomothérapeute

Infirmière clinicienne/stomothérapeute

Programme Plaies et stomie

Hôpital Charles-Lemoyne

Centre affilié universitaire et régional de la Montérégie

Greenfield Park, Québec

3. Déclaration de conflits d'intérêts :

Tous les membres du panel de développement déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts associé à la production du présent document.

4. Remerciements aux intervenants

1. Mario Antonini, stomothérapeute/infirmier spécialisé en soins des plaies, AUSL 11, FI, Italie
2. Janet Baynton, IA, infirmière stomothérapeute, Hôpital Hôtel-Dieu Grace, ON, Canada
3. Barbara Berringer, baccalauréat, M.Ed., éducatrice retraitée d'adultes, N.-É., Canada
4. Dawn Christenson, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.S.inf., ICS(C), infirmière clinicienne spécialisée, KDS Consulting, ON, Canada
5. Dr Jose Contreras-Ruiz, MD, directeur du Centre interdisciplinaire pour les soins des plaies et de la stomie, département de dermatologie, Hôpital général Dr Manuel Gea Gonzalez, Mexico, Mexique.
6. Cheri Corbiere, IA, B.Sc.Inf., infirmière en santé communautaire - Agente des projets spéciaux, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – région de l'Ontario
7. Laura Dixon, IA, B.Sc. Inf., stomothérapeute certifiée, Mercy Hospital Western Hills, Ohio, É.-U.
8. Katherine Esligar, IA, B.S.Inf., ICS(C), Programme extra-mural, N.-B., Canada
9. Sharon Evashkevich, IA, B.Sc.Inf., ICS(C), clinicienne en gestion des plaies et de la peau, soins en établissement de Vancouver, C.-B., Canada
10. Jacqui Fletcher, IA, Baccalauréat spécialisé en sciences, M.Sc., tutrice professionnelle de haut niveau : section du soin des plaies, Cardiff, Pays de Galles, R.-U.
11. Carmen George, STN (Cred) Grad. Dip Ad.Ed, infirmière stomothérapeute, Flinders Medical Centre, Australie-Méridionale
12. Tanya Girouard-Stringer, IA, B.S.Inf., stomothérapeute, conseillère en pratique/stomothérapie, Santé Canada, MB, Canada
13. Delilah Guy, IA, B.S.Inf., stomothérapeute, coordonnatrice en stomothérapie/soins des plaies, Central Health Authority, T.-N.-L., Canada
14. Connie Harris, IA, stomothérapeute, M.Sc., ICS en soin des plaies et stomie, chef de projet SWRWCF, ON, Canada
15. Ruth Harris, IA, B.S.Inf., stomothérapeute, consultante en pratique clinique et éducatrice, Interior Health Authority, C.-B., Canada
16. Pamela Houghton, B.Sc.Sc.Inf., B.Sc. (physio.), Ph.D., professeure et boursière de faculté, école de physiothérapie, Université Western Ontario, ON, Canada

17. Kathryn Kozell, IA, M.Sc.Inf., infirmière en PIA (CC), ICS(C), ICS/chef de service, Centre de santé Joseph et Wolf Lebovic du Mount Sinai Hospital, ON, Canada
18. Marcie Leard, IA, B.Sc.Inf., ICS(C), responsable clinique en soins ambulatoires, Prince County Hospital, Î.-P.-É., Canada
19. Lina Martins, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., ICS(C), infirmière en PIA, infirmière clinicienne spécialisée, London Health Sciences Centre, ON, Canada.
20. Katherine Mutch, IA, B.S.Inf., ICS(C), stomothérapeute, Queen Elizabeth Hospital, Î.-P.-É., Canada
21. Joan Peddle, IA, B.S.Inf., stomothérapeute, IISCC, éducatrice, infirmière ressource programme extra-mural, Horizon Health Network, N.-B., Canada
22. Allison Rankine, IA, B.Sc.Inf., ICS(C), coordonnatrice clinique en soin des plaies, St. Michael's Hospital, ON, Canada
23. Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas, Ph.D., M.Sc.Inf., IA, stomothérapeute certifiée, Prévention des infections et stomothérapie, Clinic Hospital of Campinas, Sao Paulo, Brésil
24. Connie Schultz, IA, B.S.Inf., ICS(C), spécialiste clinique en soin des plaies et stomie, Hôpital d'Ottawa, ON, Canada
25. Laura Teague, IA (cat. spéc.), IP, M.S.Inf., infirmière praticienne en soin des plaies, St. Michael's Hospital, ON, Canada
26. Geoffrey Thompson, infirmier en viabilité des tissus, Worcestershire PCT NHS, R.-U.
27. Ruth Thompson, Département des sciences de la santé communautaire, M.Sc. clinique et soin des plaies, podologue, Hôpital d'Ottawa, ON, Canada
28. Lisa Wilson, STN, infirmière de liaison section colorectale, The Royal Melbourne Hospital, Victoria, Australie
29. Lauren Wolfe, IA, WOCN, Vancouver Coastal Health Authority, C.-B., Canada

Le leadership du panel de développement tient à remercier Kathryn Kozell, IA, M.Sc.Inf, infirmière en PIA (CC), ICS(C), ICS, pour son mentorat et ses conseils et Paulo Da Rosa, B.Sc.Inf., IA, stomothérapeute, M.Sc. clinique et soin des plaies, président du comité Informatique et de recherche du CAET, pour son soutien

5. Remerciements aux chercheurs

Melanie Belliveau, bibliotechnicienne
Réseau d'info-santé Calgary Rockyview
Hospital Knowledge Centre

Diane Croteau, Technicienne documentation
Bibliothèque des sciences de la santé

Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, QC

Mireille Lapierre, B.Sc., MBSI, bibliothécaire
Bibliothèque des sciences de la santé
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC

6. Remerciement aux traducteurs

Carmen Filion, inf.Bsc. stomothérapeute

Diane St-Cyr, inf. C. stomo (C), B.Sc., M.É.d.

Liette St-Cyr, inf. B.Sc., stomothérapeute

Elise Nielson, IA, B.Sc. Inf., ICS(C)

7. Remerciement aux donateurs pour la traduction

Direction de l'enseignement de l'Université de Sherbrooke

Coloplast

Systagenix

8. Contexte

Dans le présent document, la définition du DCC est le retrait des tissus lâches, dévitalisés, calleux ou hyperkératosiques à l'aide d'un bistouri, de ciseaux et de curette au-dessus du niveau des tissus viables. Le retrait de tissus hyperkératosiques entourant des plaies sur les membres inférieurs (le retrait des squames telles que celles associées à l'hypertension veineuse) et le ponçage des callosités autour des ulcères diabétiques sont souvent perçus par les praticiens comme présentant moins de risques. Le retrait de ce type de tissus dévitalisés nécessite cependant l'utilisation d'instruments tranchants¹ et est associé aux mêmes risques de lésions tissulaires, de douleur accrue, d'autres traumatismes tissulaires et d'infection.²

L'une des difficultés à laquelle le panel de développement a fait face, était le manque d'explications claires ou de définitions normalisées dans la littérature au sujet du débridement fait à l'aide d'instruments tranchants. Le terme « débridement chirurgical » était souvent utilisé, mais on ne sait pas si c'était en fait le DCC ou le débridement *chirurgical*. Le débridement chirurgical et le DCC ne sont pas des synonymes. Contrairement au DCC, le débridement chirurgical implique un retrait important de tissus, impliquant souvent le retrait de tissus viables et de tissus non viables.^{1,3} Ce type de débridement est utilisé pour qu'une plaie passe d'un état chronique à un état physiologique

aiguë, et nous croyons qu'elle peut stimuler une réponse immunitaire de l'hôte pour prévenir l'infection.⁴ Ce type de débridement doit être effectué par un médecin, un podiatre ou un chirurgien, sous anesthésie et dans l'environnement stérile d'une salle d'opération. Il se traduit par des bords de plaie perpendiculaires plutôt que biseautés.^{5,6} Le débridement chirurgical est contre-indiqué pour les plaies incurables.⁷ Le débridement chirurgical et le DCC font partie d'un continuum de soins entraînant un lit de plaie préparé qui favorise la régénération des tissus lorsque la plaie est considérée curable par les constats de l'évaluation.

Il existe de nombreuses options de débridement pour optimiser la préparation du lit de la plaie en vue de sa guérison, de la méthode plus lente et conservatrice du débridement autolytique au débridement chirurgical plus rapide. Le DCC constitue un moyen rapide et rentable d'obtenir un lit de plaie propre et constitue la méthode de choix lorsque les critères de sélection s'appliquent. Même si peu de données probantes de haut niveau existent, il a été démontré que l'utilisation du DCC donnait certains résultats positifs, tout particulièrement pour les ulcères du pied diabétique^{8,9} et pour les ulcères veineux de la jambe.¹⁰ Étant donné qu'il y a suffisamment d'études publiées sur le sujet appuyant le DCC pour ces types de plaies, elles ont droit à des recommandations particulières, ce qui n'exclue en aucun cas l'utilisation du DCC pour d'autres étiologies de plaies.

Bien que le débridement de plaie est identifié dans le champ d'exercice de la pratique infirmière au Canada, les experts s'entendent pour affirmer que le DCC est un niveau spécialisé du soin des plaies qui requiert des connaissances spécifiques et une formation pédagogique (c.à d. une formation spécifique bien au-delà des connaissances de base d'entrée à la pratique infirmière) ainsi que des règles administratives qui évaluent les compétences du clinicien.^{11,12} On obtient de meilleurs résultats avec le DCC en adoptant une approche interdisciplinaire pour le soin des plaies et cette approche est essentielle lorsqu'on soigne des plaies graves comme les ulcères du pied diabétique. La pratique sécuritaire du DCC doit être assurée, peu importe le milieu où sont traités les clients : soins aigus/primaires, cliniques, soins communautaires/à domicile ou soins de longue durée.

Il y a peu de publications au sujet de la pratique infirmière du DCC au Canada. Plusieurs organismes provinciaux de réglementation professionnelle des soins infirmiers n'abordent pas spécifiquement cette pratique clinique dans leurs lignes directrices, leurs politiques ou leurs énoncés de position. Par conséquent, les infirmières, les organismes et les établissements sont laissés à eux-mêmes pour interpréter et appliquer les impératifs du champ d'application général de cette pratique qu'est le DCC. L'une des répercussions de cette lacune en directives précises provenant d'un organisme de réglementation est que le DCC sera sûrement pratiqué sur des clients par des infirmières possédant différents niveaux d'éducation, de connaissances, de jugement et de compétences. En 2002, au Royaume-Uni (R.-U.), Fairbairn et ses collègues ont présenté les résultats d'une étude informelle, menée auprès de 199 infirmières communautaires effectuant le DCC et cette dernière a révélé que même si la plupart d'entre elles effectuaient le DCC, 17 % de ce groupe n'avait reçu aucune formation.¹³ Une deuxième étude citée dans l'article, menée lors d'un symposium sur le lit de plaie, a révélé que 22 % des délégués qui effectuaient le DCC se l'étaient enseigné eux-mêmes.¹³ Ces conclusions alarmantes ont eu pour effet de réaliser des réformes dans le domaine de l'éducation et des politiques au R.-U. En conséquence, une grande quantité de la littérature qui a servi à l'élaboration de ce document en est dérivée. Une revue similaire des pratiques du DCC s'effectue en 2011. Une étude semblable sur les pratiques du DCC au Canada a

aussi été publiée dans le JWOCN en novembre 2013, intitulée « Conservative Sharp Wound Debridement: A Snapshot of Canadian Education, Practice, Risk and Policy »*.

Le CAET tente d'améliorer, de promouvoir et de faire évoluer les soins de plaies pour tous les Canadiens par des projets qui incluent recherche, éducation, soutien et réseautage avec les principaux partenaires impliqués. Le CAET appuie les pratiques exemplaires pour le DCC en :

- Offrant un programme éducatif basé sur les compétences qui comprend la théorie en matière de préparation du lit de plaie, du débridement ainsi qu'un préceptorat clinique obligatoire (Programme de formation d'infirmière stomothérapeute [ETNEP]);
- Offrant des ateliers de formation continue pour le développement des compétences pour le DCC lors des conférences annuelles du CAET;
- Faisant la promotion que les infirmières s'assurent individuellement que leur pratique clinique est cohérente au champ d'application établi par leur organisme de réglementation et par l'organisme qui les emploie;
- Encourageant les infirmières stomothérapeutes à se renseigner et à s'assurer que leurs connaissances et habilités dans leur pratique clinique sont à jour notamment pour les habilités relatives au DCC;
- En développant et en faisant la promotion des recommandations du présent document afin de faire progresser la pratique clinique sécuritaire, la recherche et l'élaboration de politiques liées au DCC.

9. Interprétation des données probantes

Le Niveau des données probantes utilisé par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), tel qu'adapté de *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook* (2008) a été employé pour réviser la littérature et pour décider du niveau des données probantes pour les Recommandations fondées sur des données probantes concernant le DCC.

*** Rodd-Nielsen, Elise; Harris, Connie L., Conservative Sharp Wound Debridement: An Overview of Canadian Education, Practice, Risk, and Policy, Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 40(6), pp. 594-601, novembre/décembre 2013.**

Tableau 1 : Aperçu de la RNAO quant au niveau des données probantes :

Interprétation des données probantes : niveau des données probantes de la RNAO	
Ia	Données probantes obtenues grâce à une méta-analyse ou une synthèse systématique d'essais cliniques randomisés
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé
Ila	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans essai randomisé
Ilb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans essai randomisé
III	Données probantes obtenues à partir d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas
IV	Données probantes obtenues à partir de rapports ou d'avis de comités d'experts et d'expériences cliniques par des experts reconnus

Abréviation : RNAO, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Recommandations organisationnelles et d'élaboration de politiques

1^{ère} recommandation :

Des politiques institutionnelles doivent être implantées pour permettre aux infirmières qualifiées d'effectuer le DCC.

Niveau de preuve IV

Discussion :

En accord avec de nombreux auteurs, le panel de développement estime qu'avant d'effectuer un DCC, l'infirmière autorisée doit s'assurer que l'employeur a explicitement autorisé la pratique du DCC.^{3, 7, 12, 43, 69, 70, 72} Même si, au Canada, les soins infirmiers sont une profession autoréglementée, les politiques institutionnelles peuvent limiter ou permettre à des infirmières de pratiquer dans tous les champs de la pratique clinique. Il est important pour l'employeur d'élaborer des politiques bien définies pour le DCC afin que l'accès à cette procédure (traitement qui améliore les taux de guérison et la qualité de vie) soit sécuritaire pour la clientèle.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) reconnaît que le champ d'exercice des infirmières autorisées englobe les activités pour lesquelles elles sont autorisées et formées pour le faire.¹⁸ Elle reconnaît également que le champ d'exercice réel des infirmières varie selon les exigences de l'employeur afin de répondre aux besoins de sa clientèle. Les infirmières autorisées adhèrent aux normes professionnelles qui décrivent en termes généraux les attentes professionnelles pour les infirmières.¹⁹ Elles s'appliquent à toutes les infirmières dans tous les milieux de pratique. Conformément aux normes professionnelles, l'infirmière doit elle-même juger si elle possède les connaissances, les compétences, le jugement et l'attitude appropriés afin de remplir un rôle ou d'effectuer une tâche. L'un des principes directeurs est que les infirmières sont responsables de leurs propres décisions, de leurs propres actions et du maintien de leurs compétences tout au long de leur carrière.¹⁹ Les infirmières doivent cependant être conscientes qu'en cas d'incident fâcheux, leurs compétences seront comparées à celles d'un professionnel qui effectue fréquemment le débridement chirurgical.^{16, 20}

Les définitions de la pratique infirmière, réglementées en vertu d'une loi provinciale, sont normalement appuyées et complétées par des normes, des lignes directrices et des énoncés de position émis par les organismes de réglementation de soins infirmiers¹⁸ et sont influencées par des documents comme les lois régissant les hôpitaux provinciaux et les soins de longue durée. L'autorisation à effectuer le DCC peut varier selon les milieux de soins en fonction des législations provinciales. Par exemple, au sein de certains milieux de soins aigus, il est possible que le DCC soit un acte médical délégué ou le transfert d'une fonction conformément à la législation provinciale des hôpitaux.

Plus de la moitié des écoles provinciales accréditées en soins infirmiers du Canada n'ont pas de politiques ou d'énoncés de position précis concernant le DCC.¹⁵ Le risque potentiel associé à cette procédure en soins de plaies et l'absence de directives provenant des organismes de réglementation font en sorte qu'il est obligatoire que le rôle local spécifique et que l'autorité pour

la pratique soient la responsabilité de l'employeur ou de l'organisme.^{15, 21-23} Dans certaines provinces canadiennes, l'ordre professionnel des infirmières s'attend à ce que la pratique du DCC par les infirmières soit spécifiquement défini et approuvé par le biais des politiques et procédures de l'employeur.¹⁵

Il est évident que les employeurs s'intéressent à la pratique du DCC, car cette intervention peut entraîner une préparation rapide du lit de la plaie pour favoriser la guérison et peut avoir des répercussions économiques positives sur les soins.¹⁵ Il est important d'appuyer cette activité à l'aide d'une structure institutionnelle pour que sa pratique soit sécuritaire.²⁴ Les infirmières cliniciennes doivent s'assurer que cette structure a été implantée par leur employeur. Elles doivent aussi avoir les connaissances spécialisées et avoir pu s'exercer en présence d'un mentor avant d'effectuer le DCC chez des clients où c'est indiqué. Des inégalités potentielles entre des clientèles de patients sont générées lorsque certains patients n'ont pas accès au DCC.²⁵

Il revient donc à l'employeur de fournir des politiques et procédures exhaustives pour le DCC afin de promouvoir la responsabilité professionnelle, la sécurité des clients et la réduction d'erreurs évitables.^{13, 14, 16, 22, 23, 26, 27} Dans certains pays, l'accréditation d'un organisme requiert une procédure écrite avant de pouvoir effectuer le DCC.¹³ L'évaluation des compétences d'un clinicien est essentielle pour protéger les patients des risques et protéger les infirmières et les employeurs de poursuites de responsabilités.¹³ L'employeur demeure responsable de la pratique des infirmières;²⁸ c'est pourquoi, un dossier des qualifications professionnelles de l'infirmière qui effectue le DCC doit être inclus dans le dossier des employés.

Les politiques et procédures exhaustives relatives aux soins infirmiers de l'organisation doivent être rédigées en collaboration avec une infirmière certifiée en soins des plaies, comme une infirmière stomothérapeute. Les politiques proposées doivent être soumises à un comité interdisciplinaire qui supervise les aspects de la pratique interdisciplinaire.²³ Les politiques doivent aborder les points suivants :

Relativement à la formation de l'infirmière, à la supervision et au maintien des compétences :

- Spécifier le type et la méthode de DCC que l'infirmière pourrait effectuer et dans quelles situations¹⁴
- Spécifier les exigences quant à l'expérience, la formation et l'éducation pour le DCC^{3, 14, 22, 23, 26}
- Déterminer une méthode pour l'évaluation initiale et continue des compétences (la validation) des infirmières qui effectuent le DCC^{3, 14, 22, 23}
- Déterminer une méthode pour évaluer les capacités de l'infirmière à bien évaluer le client et sa situation, à faire un diagnostic différentiel pour élaborer un plan de soins, l'évaluer et réévaluer le besoin de DCC^{15, 29, 30}
- Fournir une méthode pour garder un registre des personnes autorisées à effectuer du DCC¹⁴

Relativement à une approche interdisciplinaire :

- Spécifier les circonstances pour lesquelles l'infirmière doit immédiatement communiquer avec le médecin d'un client concernant son état^{14, 21, 23}
- Inclure le DCC dans le cadre d'une approche d'équipe interdisciplinaire en soins de plaies^{17, 26}

Relativement à la documentation :

- Spécifier les exigences de tenue des dossiers des clients^{14, 23, 26}
- Spécifier le type de consentement requis^{20, 24, 31, 32}
- Fournir une méthode pour une réévaluation périodique des politiques et procédures¹⁴

- Spécifier les procédures de documentation, de rapports et d'enquête en cas d'événements indésirables²⁶

Relativement au rendement de la procédure :

- Décrire l'approvisionnement du matériel approprié²⁶
- Consulter les utilisateurs pour les décisions relatives au matériel³³
- Formuler les limites quant aux milieux dans lesquels le DCC peut être effectué^{14, 23}
- Nommer les parties du corps ou les types d'étiologies de plaies pouvant être débridés¹³
- Décrire les mesures de prévention des infections^{24, 34}
- Décrire les contre-indications absolues et relatives à la procédure^{24, 32, 35}
- Décrire les mesures de sécurité à prendre lorsque le DCC est effectué^{1, 13, 24, 26, 36}
- Décrire les mesures de santé et de sécurité et d'ergonomie au travail à prendre^{1, 24, 26, 36}
- Décrire la désinfection et la stérilisation du matériel (classé comme matériel médical à risque)³⁷

Recommandations cliniques

2^e recommandation :

Effectuer une évaluation complète de la plaie avant d'entreprendre un DCC.

Niveau de preuve IV

Discussion :

La littérature examinée par le panel de développement met l'accent sur l'importance d'effectuer une évaluation complète de la plaie avant de prendre la décision d'effectuer un DCC. La définition d'une évaluation complète de la plaie comprend trois éléments : (1) une évaluation holistique du client, (2) la détermination de l'étiologie de la plaie et des raisons de sa chronicité, et (3) une évaluation ciblée de la plaie à l'aide d'un outil validé, comme l'outil d'évaluation des plaies de Bates-Jensen ou l'outil d'évaluation des plaies de pression. Cette section présentera les éléments d'une évaluation complète des plaies qu'il est particulièrement important de considérer avant de prendre la décision d'effectuer un DCC. Nous invitons le lecteur à consulter d'autres sources de littérature au sujet de discussions approfondies ou autres éléments d'une évaluation exhaustive des plaies.

L'évaluation holistique du client met le focus essentiellement sur les expériences du client. Ces expériences comportent les perceptions du client en regard de la douleur liée à la plaie, des facteurs de qualité de vie, de l'adhésion au traitement et les systèmes de soutien psychologique.⁷ Les objectifs du client sont importants à déterminer et à documenter. Tous ces facteurs liés au client peuvent influencer la capacité du client à participer au DCC et par conséquent, nécessitent d'être évalués et documentés afin de déterminer son aptitude pour le DCC.

Par la suite, on recommande de vérifier en détail les antécédents du client afin d'élucider les causes possibles et les co-morbidités associées à la plaie³⁸. L'absence ou la présence de cancer, de diabète et de maladies vasculaires revêt une importance particulière dans la décision d'effectuer un DCC. L'évaluation de la présence ou de l'absence de troubles de la coagulation et de l'utilisation d'une anticoagulothérapie est essentielle lors de la prise de décision pour effectuer un DCC. Les maladies affectant le système immunitaire influencent également la méthode de débridement utilisée par le praticien. L'évaluation clinique doit consigner les résultats de l'examen physique et les résultats des tests, p. ex., l'indice de pression systolique cheville/bras (IPCB) qui indique une circulation périphérique adéquate. Le DCC peut être effectué de façon sécuritaire seulement lorsqu'il y a une circulation adéquate.^{6, 7, 39} On doit examiner la plaie à l'aide d'un outil validé d'évaluation des plaies afin de déterminer s'il est adéquat de faire un DCC. Dans le processus de décision d'effectuer un DCC, il est important de porter attention à la possibilité de visualiser la plaie pour s'assurer qu'il n'y a pas d'œdème non contrôlé et des signes et symptômes d'infection. Avant d'effectuer un DCC, il faut aussi noter toute structure anatomique ainsi que les points de suture internes, les mèches non résorbables et les greffes ou prothèses. Les plaies aiguës doivent être examinées afin de vérifier si elles contiennent des débris, car ils peuvent être des foyers d'infection et des contaminants toxiques.^{5, 40} Cette évaluation approfondie de la plaie du client permet de déterminer adéquatement les objectifs ou les résultats escomptés,

comme le contrôle de l'odeur ou de l'exsudat, et ils doivent être établis avant d'effectuer un DCC.⁴¹

Des évaluations ciblées de la plaie à intervalle régulier permettent de déterminer si la plaie évolue vers l'objectif de soin visé et si d'autres débridements sont nécessaires. L'utilisation constante du même outil d'évaluation de plaies fournit une évaluation plus précise de l'état de la plaie. Une évaluation de la plaie est faite avant de commencer le traitement et par la suite hebdomadairement; ces évaluations incluent la mesure de sa longueur, largeur et profondeur, afin de calculer son volume. La mesure de l'aire de la surface de la plaie est pour sa part obtenue en mesurant la longueur de la plaie multipliée par sa largeur. Lorsque l'aire de la surface de la plaie diminue de 20 à 40 % sur une période de deux à quatre semaines, ce résultat semble être un bon indicateur de cicatrisation pour les plaies d'étiologies veineuses et celles liées à la pression.⁷ Les plaies doivent être mesurées avant et après le DCC puisque cette intervention cause souvent un agrandissement de la taille de la plaie parce que les tissus dévitalisés ont été enlevés rapidement. Cet agrandissement de la plaie associé au traitement doit être documenté et pris en considération lors des décisions au sujet du traitement ultérieur. Une documentation photographique peut être très utile pour fournir un compte rendu visuel de l'état de la plaie avant et après les séances de débridement.

Pour les évaluations liées directement aux résultats des séances de débridement, Saap et Falanga (2002) ont développé un système de pointage afin d'évaluer si la technique de débridement utilisée était adéquate et si la quantité de tissus dévitalisés enlevée était suffisante. L'outil d'indice de rendement du débridement a été mis à l'essai à des fins de validation et de prédiction sur 143 patients ayant participé à un essai clinique comparant la « thérapie standard » à un substitut cutané. L'indice de pointage a aussi identifié si un ulcère nécessite un débridement lors de l'évaluation initiale. L'implantation de cet outil dans tous les milieux de soins pourrait augmenter l'utilisation du DCC pour la préparation du lit de la plaie pour les plaies chroniques en déterminant dès la première évaluation le besoin d'un débridement. L'outil d'indice de rendement du débridement pourrait aussi être utilisé pour faire progresser la recherche dans le domaine du DCC.⁴²

3^e recommandation :

Sélectionner le DCC pour la préparation du lit de la plaie, lorsque c'est indiqué

Niveau de preuve III

Discussion :

Des données probantes émergentes révèlent que le DCC peut faire réaliser des économies en accélérant la préparation d'un lit de plaie propre, favorable à la guérison. Lors d'une étude rétrospective menée en Ontario, au Canada, des économies évidentes ont été accomplies lorsque le DCC était utilisé par les infirmières stomothérapeutes dans le cadre de l'application des pratiques exemplaires pour obtenir un lit de plaie propre pour des ulcères de pieds.⁴³ Cette étude a démontré des économies d'environ 1 516 \$ canadiens par cas lorsque le DCC était utilisé comparativement à l'irrigation à haute pression. Outre les avantages cliniques et l'analyse des économies réalisées, il y a un manque de recherche clinique comparant une méthode de

débridement à une autre.³⁹ Le DCC peut générer des économies de temps et d'argent pour obtenir un lit de plaie propre et devrait être la méthode de choix par rapport aux autres méthodes qui sont disponibles lorsque le DCC est une intervention cliniquement appropriée. Des données probantes émergentes appuient l'utilisation des techniques de débridement chirurgical pour les plaies chroniques, stagnantes et sans tissu nécrotique. Bien que ces techniques soient en dehors du champ d'exercice de la pratique infirmière, nous en discuterons parce que l'infirmière joue le rôle de défenseure du client dans ce genre de situations.

L'adéquation du client et de sa plaie pour les méthodes de débridement sélectionnées dépend des résultats d'une évaluation exhaustive de la plaie. Les facteurs influençant la décision d'utiliser le DCC sont résumés dans le tableau 3. Les infirmières doivent tenir compte des indications et des contre-indications de chaque option de débridement ainsi que des considérations, telles que l'environnement, les ressources, le niveau de compétences de l'infirmière, le consentement et la préférence du client et la disponibilité d'une politique au sein de l'établissement.^{7, 24} Certains auteurs suggèrent que la méthode de débridement sélectionnée doit dépendre de la rapidité à retirer les tissus non viables, de la sélectivité des tissus, de la présence de douleur dans la plaie, d'exsudat, d'infection, du site anatomique de la plaie et des coûts associés.^{39, 44, 45}

Étiologie de la plaie, co-morbidités et co-facteurs :

Les plaies incurables se caractérisent par une circulation inadéquate, une cause impossible à traiter, des troubles médicaux concomitants ou la prise de médicaments qui empêche le processus de guérison.^{1, 46, 47} Il est essentiel de dépister la circulation inadéquate comme dans les cas de cardiopathies artérielles.^{1, 39} Le DCC effectué par les infirmières est contre-indiqué lorsqu'il y a présence d'une insuffisance artérielle grave.^{1, 35, 35, 47} Les plaies cutanées malignes constituent un autre exemple de plaies incurables pour lesquelles le DCC est rarement une option pour les infirmières^{1, 48, 49} en raison de la susceptibilité de ces plaies à saigner abondamment.⁴⁸

Les clients ayant des problèmes de coagulation ne doivent pas être traités à l'aide du DCC⁵⁰, tandis que les clients suivant une anticoagulothérapie doivent être examinés soigneusement, suivis de près et traités par une équipe interdisciplinaire dans un environnement de soins sécuritaire. Le DCC doit être fait avec une extrême prudence ou pas du tout dans les cas de *pyoderma gangrenosum* car un processus appelé pathergie peut survenir.³⁴ La pathergie est une inflammation avec ulcérations qui est causée par un traumatisme mineur. Le DCC peut causer une augmentation dramatique de la grandeur et l'aggravation d'un ulcère de *pyoderma gangrenosum* chez environ 14 à 40 % des patients.^{39, 51} Inversement, Kelly (2001) prétend que quand l'affection a été correctement diagnostiquée et que les soins appropriés sont apportés, le débridement peut contribuer au traitement de ces ulcères douloureux et souvent volumineux.⁵¹ Le panel de développement estime que les infirmières effectuant un DCC sur des plaies ayant une étiologie de *pyoderma gangrenosum* et d'autres types de plaies complexes (plaies de vascularite) devraient le faire seulement en présence d'une équipe interdisciplinaire et dans un environnement où le client peut être surveillé de près.

Selon la littérature, il y a plus de plaies aiguës que de plaies chroniques.⁵² Les mêmes principes pour la préparation du lit de la plaie par le retrait des tissus non viables s'appliquent à ces types de plaies. En 2008,⁵² des lignes directrices expliquant les entraves à la guérison des plaies aiguës ont été publiées. Elles recommandent le retrait des tissus nécrotiques et de l'excès de charge bactérienne par le biais du débridement (de préférence le DCC).

Après avoir révisé attentivement 50 ans de données empiriques souvent contradictoires au sujet des phlyctènes de brûlures, Flanagan (2001) conclut qu'il est préférable de laisser intactes les phlyctènes, plutôt que de les débrider ou de les mettre à plat. Ainsi, le fluide de la brûlure peut se réabsorber graduellement, ce qui optimise la guérison, diminue la colonisation bactérienne et accroît le confort du client.⁵³

Site de la plaie :

Un consensus de praticiens estime que les plaies situées sur les talons et recouvertes d'une escarre sèche et stable ne doivent pas faire l'objet d'aucun type de débridement.⁵⁴ Cependant, dans le cas d'une plaie curable, le panel de développement est d'avis, que lorsque l'escarre se détache de la peau intacte sous-jacente, il est souvent nécessaire, de trancher, tailler ou découper les bords qui se soulèvent à l'aide d'une lame ou de ciseaux afin d'empêcher les traumatismes possibles des bords qui pourraient s'accrocher aux vêtements et être arrachés. Si l'escarre noire développe de l'œdème, de l'érythème, une fluctuation liquidienne ou un écoulement, l'escarre doit alors être débridée.⁵⁴ Sur certains sites anatomiques, les structures sous-jacentes se trouvent très près de la surface cutanée, comme dans le visage, les mains et les pieds. Il est recommandé d'obtenir l'avis d'un spécialiste avant d'effectuer le DCC à ces endroits.³ Le débridement chirurgical de plaies à proximité d'une prothèse ou d'un dispositif comme une dérivation de dialyse artério-veineuse ne doit pas être effectué par une infirmière¹ en raison des risques de dommages et de rupture importants.

Autres critères de sélection :

Parmi les choix de débridement, les méthodes sélectives de débridement sont généralement favorisées parce qu'elles enlèvent seulement les tissus nécrotiques, tandis que les méthodes non sélectives ne distinguent pas les tissus non viables des tissus viables. Lorsque des tissus viables sont retirés par mégarde, des risques de saignements et d'infection sont associés. Le DCC est une méthode sélective qui s'est avérée plus rapide que les autres méthodes pour obtenir un lit de plaie propre.⁴³ Lorsque la plaie montre des signes que la cellulite ou la sepsie progresse, il est impératif de débrider rapidement la plaie; le débridement doit être effectué par un praticien chevronné⁵⁴ dans un environnement de soins interdisciplinaires où le client pourra être surveillé en permanence. Dans ce type de situation, il est préférable d'effectuer le DCC.³⁹ Un algorithme décisionnel est présenté dans l'annexe F.

De plus, la sélection de la méthode de débridement la plus appropriée doit tenir compte des préférences et des préoccupations individuelles du client ainsi que de l'expertise de l'infirmière. Parmi les préoccupations du client, notons la douleur potentielle, les allergies, les médicaments, les préférences personnelles et la perception de son état.⁴⁷ Étant donné que la qualité de vie des personnes atteintes de plaies est d'une importance primordiale, l'infirmière et le client doivent développer un plan de traitement mutuellement acceptable afin d'y adhérer le plus possible et d'obtenir de meilleurs résultats.⁷ Les préoccupations des infirmières incluent le niveau de compétence de l'infirmière et sa confiance en soi, le temps, les coûts, les ressources disponibles, y compris l'environnement au sein duquel l'intervention sera faite et la possibilité de saignements et d'infection.^{35, 44} Nous aborderons de façon plus approfondie ces sujets liés aux cliniciens dans les recommandations traitant des politiques institutionnelles et en matière d'enseignement.

Méthodes de débridement :

Les méthodes de débridement possiblement disponibles et faisant partie du champ d'exercice de la pratique infirmière comportent le DCC, le débridement autolytique et le débridement mécanique (y compris l'irrigation à haute pression et le lavage pulsatile). De plus, les infirmières en collaboration avec une équipe interdisciplinaire peuvent recommander le débridement chirurgical, le débridement hydrochirurgical et demander d'employer les méthodes de débridement enzymatique et biologique (ordonnance requise au Canada). Le Tableau 3 présente un aperçu des méthodes de débridement. Parfois, deux types de débridement ou plus sont sélectionnés pour être utilisés simultanément. Bentley (2005) recommande que le débridement chirurgical soit effectué en une série de séances. Entre chaque séance de DCC, une autre méthode de débridement, comme le débridement autolytique peut être utilisé.³¹ Nous abordons ce sujet dans une recommandation distincte.

Avantages de promouvoir le débridement chirurgical :

Des résultats histologiques indiquent que le débridement de plaies chroniques doit aller au-delà des bords de la plaie et sous la base de la plaie qui pourrait avoir l'apparence du tissu de granulation. Une telle intervention va évidemment au-delà de la définition du DCC, mais place l'emphase sur le besoin d'une approche interdisciplinaire pour les plaies chroniques complexes particulièrement pour les ulcères du pied diabétique. De la littérature récente suggère que le débridement devrait être envisagé dans le cadre du plan de traitement, même lorsque l'infection et la nécrose ne sont pas évidentes. Cette suggestion est fondée sur les résultats histologiques démontrant que les cellules sénescents aux bords de la plaie, les métalloprotéinases dans le lit de la plaie et les biofilms recouvrant la plaie retarderont ou empêcheront la cicatrisation de la plaie et font partie de la définition histologique d'une plaie chronique.⁵⁵ Une analyse histologique des tissus retirés lors des interventions de débridement chirurgical distingue les cellules endommagées physiologiquement de celles pouvant favoriser la cicatrisation d'une plaie. Il est conseillé que les chirurgiens qui opèrent des plaies chroniques enlèvent des tissus au-delà de ceux d'apparence normale pour examiner la pathologie de la plaie et retirer toutes les cellules réfractaires aux bords de la plaie ainsi que dans le lit de la plaie.⁵⁶ Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour identifier quelles devraient être ces marges de résection.

Si plusieurs évaluations indiquent qu'une plaie ne cicatrise pas à un taux satisfaisant, il faut soupçonner la présence de biofilms.⁵ Des études en laboratoire ont démontré que les biofilms agissent sur la surface d'une plaie chronique comme une barrière à la guérison. Un biofilm peut être défini comme « une bactérie rencontrée dans la nature et une maladie qui se retrouve fréquemment à la surface d'une plaie, mais qui agit en interaction avec les groupes d'espèces multiples maintenus ensemble par une pellicule biologique extracellulaire que l'on appelle les substances polymériques extracellulaires (SPE) ». ⁵⁷ Les biofilms sont des défis dans le soin des plaies pour les raisons suivantes :

- Ils sont résistants aux antibiotiques
- Ils sont très résistants aux biocides (peroxyde d'hydrogène, acides)
- Ils envahissent le système immunitaire de l'hôte (globules blancs, anticorps, complément)
- Plusieurs antibiotiques utilisés ne les pénètrent que faiblement.

Lorsque leur présence est soupçonnée, le retrait physique et la suppression de la reformation de biofilms sont nécessaires pour un bon soin du lit de la plaie.⁵⁸ Falanga V. (2008) cite que le retrait

des biofilms et des tissus nécrotiques peut favoriser la cicatrisation des plaies récalcitrantes à la guérison. D'autres suggèrent que le débridement des biofilms permet non seulement de retirer les bactéries, mais expose également les mécanismes de défense de l'hôte qui sont plus intacts et mieux adaptés pour combattre les bactéries.⁵⁷ Des cliniciens spécialistes et des études en laboratoire ont démontré que le retrait des biofilms à l'aide du débridement constitue la modalité la plus efficace pour favoriser la régénération des tissus ou la cicatrisation de la plaie.⁵⁷⁻⁵⁹ Dans la majorité des cas, il n'y a pas de tissus lâches, dévitalisés ou nécrotiques associés aux biofilms; par conséquent, le retrait de ce film ne fait pas partie de la définition du DCC. Toutefois, au sein d'une équipe interdisciplinaire, l'infirmière joue un rôle d'agent de liaison et de défenseure envers les clients et peut influencer les décisions pour le soin de plaies stagnantes.

Le panel de développement reconnaît que plus de recherche est nécessaire afin de comparer les différentes méthodes de débridement en fonction des différents aspects des plaies et des autres facteurs liés à la cicatrisation des plaies. Le panel appuie une sélection prudente de la méthode de débridement fondée sur les éléments abordés dans cette section et le choix du DCC lorsqu'il est approprié. Si le praticien n'est pas qualifié pour effectuer le DCC ou s'il y a des indications pour le débridement chirurgical, l'infirmière doit alors référer le client à un professionnel qualifié pouvant offrir ce service.

Tableau 2 : Influence des constats d'évaluations sur la décision d'utiliser le DCC

Évaluation	Pour déterminer	Consultation professionnelle nécessaire
Étiologie de la plaie ^{1, 1, 29, 31, 39, 41, 44, 60}	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adéquation pour le DCC ✓ Curabilité ✓ Objectifs des soins ✓ Mesures de traitement simultanées ✓ Méthode de débridement ✓ Milieu de soin pour le DCC ✓ Participation d'une équipe interdisciplinaire 	<p>Affections malignes</p> <p><i>Pyoderma Gangrenosum</i></p> <p>Vascularite</p>
Co-morbidités/facteurs ^{1, 26, 26, 48, 61} <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cancer ➤ Médicaments ➤ Diabète ➤ Maladies auto-immunes ➤ Maladies cardiaques/respiratoires ➤ Dialyse rénale ➤ Statut immunitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adéquation pour le DCC ✓ Objectifs des soins ✓ Méthode de débridement ✓ Enseignement au client ✓ Précautions d'exercice ✓ Milieu clinique ✓ Participation d'une équipe interdisciplinaire (médecins spécialistes, etc.) ✓ Mesures de traitement simultanées 	<p>Troubles de coagulation</p> <p>Anticoagulants</p> <p>Métastases</p>
Curabilité ^{1, 6, 7, 16, 26, 29, 31, 35, 38, 39, 41, 41, 47, 60-62} <ul style="list-style-type: none"> ➤ Antécédents du client ➤ Antécédents de la plaie <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indice de pression systolique cheville/bras ➤ Examens vasculaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adéquation pour le DCC ✓ Objectifs des soins ✓ Contrôle optimal de la douleur ✓ Enseignement au client ✓ Adhésion du client ✓ Participation d'une équipe interdisciplinaire (spécialistes en chirurgie vasculaire) ✓ 	<p>Gangrène sèche</p> <p>Troubles vasculaires</p> <p>Affections malignes</p>
Douleur ^{1, 7, 29, 47, 60, 61} <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neuropathique ➤ Liée à l'intervention ➤ Ponctuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déterminer la cause de la douleur ✓ Évaluer soigneusement s'il y a augmentation de la charge microbienne ✓ Négocier la durée de 	<p>Douleur non soulagée lors du DCC</p> <p>Incapacité à maintenir une</p>

	<ul style="list-style-type: none"> l'intervention ✓ Objectifs des soins ✓ Adéquation pour le DCC ✓ Contrôle optimal de la douleur ✓ Enseignement au client ✓ Adhésion du client ✓ Participation d'une équipe interdisciplinaire (spécialistes en contrôle de la douleur) 	<ul style="list-style-type: none"> position/bouge durant l'intervention Incapacité à tolérer l'intervention
Infection ^{1, 6, 7, 35, 38, 41,82, 83}	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déterminer le niveau d'atteinte cellulaire des tissus ✓ Adéquation pour le DCC Objectifs des soins ✓ Contrôle optimal de la douleur ✓ Enseignement au client ✓ Adhésion du client ✓ Participation d'une équipe interdisciplinaire (spécialistes en maladies infectieuses, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Gangrène sèche
Site anatomique de la plaie ^{1, 13, 16, 26, 35, 38, 39, 60, 61}	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adéquation pour le DCC Objectifs des soins ✓ Contrôle optimal de la douleur ✓ Enseignement au client ✓ Adhésion du client ✓ Participation d'une équipe interdisciplinaire (ergothérapie/physiothérapie, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Proximité des artères, greffes, prothèses, tendons d'Achille, fistule de dialyse Situé sur les mains et le visage Praticien incapable de visualiser complètement la plaie Client incapable de maintenir une position durant l'intervention

Tableau 3 : Avantages/désavantages des types et méthodes de débridement

	Vitesse	Sélectivité des tissus	Douleur pour le patient
Chirurgical <ul style="list-style-type: none"> ➤ Scalpel ➤ Curette ➤ Hydrochirurgie 	*****	***	*****
Autolytique <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pansements occlusifs 	*	**	*
Biologique <ul style="list-style-type: none"> ➤ Traitement larvaire 	***	***	***
Enzymatique <ul style="list-style-type: none"> ➤ Collagénase ➤ Papaine 	***	****	**
Mécanique <ul style="list-style-type: none"> ➤ Irrigation haute pression ➤ Pansements humides à sec (Wet-to-dry) ➤ Lavage pulsé ➤ Hydrothérapie 	***	*	****
Légende ***** = Grande efficacité * = Faible efficacité			

Adapté de : Falanga et coll.³⁹ et Sibbald et coll.⁴⁴

4^e recommandation :

Des méthodes appropriées pour contrôler la douleur doivent être utilisées lors d'un DCC.

Niveau de preuve la

Discussion :

Il existe des données probantes pour appuyer l'utilisation de l'analgésique topique EMLA® (mélange eutectique d'anesthésiques locaux) pour la douleur associée aux changements de pansements ou au débridement des plaies de jambes.⁶³ La douleur est un symptôme associé à des dommages réels ou potentiels causés par une réaction inflammatoire des tissus.⁶³ Il est établi que les tissus dévitalisés ne possèdent aucune terminaison nerveuse vivante et que leur excision ne devrait pas causer de douleur. Le fait de tirer ou d'étirer ces tissus lorsqu'ils sont stabilisés pour être enlevés peut cependant causer de la douleur provenant des tissus vascularisés viables sous l'escarre ou les tissus nécrotiques humides et des tissus entourant la plaie. De nombreux clients ne ressentent aucune douleur lors du débridement, surtout ceux atteints de neuropathie. Le contrôle de la douleur est une préoccupation axée sur les clients; l'évaluation, le traitement et le contrôle de la douleur doivent faire partie intégrante du plan de traitement comme objectif prioritaire de soins,⁶⁴ tout particulièrement lorsque le DCC est effectué. Le contrôle adéquat de la douleur peut comprendre un analgésique avant l'intervention ainsi que l'utilisation d'un anesthésique topique qui peut diminuer l'incidence de la douleur liée à l'intervention que ressentent certains clients.

Dans une révision d'essais cliniques, l'EMLA® (mélange eutectique d'anesthésiques locaux) a été le seul anesthésique topique pour lequel des données probantes cliniques existaient afin d'appuyer son efficacité dans le cadre du traitement de la douleur liée au débridement chirurgical des ulcères de la jambe.⁶⁵ Vanscheidt (2001) a trouvé quatre études à essais contrôlés à double insu sur l'EMLA® et un essai ouvert randomisé. Dans cette révision était incluse l'étude de Lok et coll. (1999) qui utilisait le DCC,⁶⁶ mais tous les autres essais abordaient le débridement chirurgical. L'étude contrôlée à double insu de Lok et coll. (1999) a démontré une diminution considérable du nombre de séances de débridement nécessaires si les clients avaient une application d'EMLA® en respectant les bonnes procédures d'application (voir Annexe F) avant le traitement d'ulcères veineux de la jambe. Les méthodes de débridement utilisées étaient décrites comme du débridement mécanique, mais impliquaient l'utilisation d'un instrument tranchant pour retirer les zones de nécrose au-dessus du niveau des tissus viables. Dans d'autres sources de littérature parallèle sur le débridement chirurgical, Evans et Gray ont examiné une méta-analyse menée par le *Cochrane Wounds Group* à l'aide de la base de données Cochrane (2003) qui regroupait six essais répondant à leurs critères d'inclusion, comparant la crème EMLA® à un groupe placebo où aucune anesthésie n'était utilisée dans le traitement des ulcères des jambes. Ces données appuyaient l'utilisation d'une crème analgésique (EMLA® 5 %) afin de réduire l'intensité de la douleur associée au DCC. L'utilisation simultanée d'un analgésique systémique était également recommandée.⁶³

D'autres stratégies topiques de contrôle de la douleur, comme les opioïdes en gel et les préparations de lidocaïne n'ont pas fait l'objet d'étude aussi approfondie que le traitement à

l'EMLA®.⁶³ Plus de recherche est nécessaire pour appuyer l'utilisation des mesures topiques alternatives pour le contrôle de la douleur et l'utilisation des techniques de contrôle de la douleur acceptées pour tous les types de plaies chroniques.

L'utilisation d'un outil validé pour évaluer la douleur est essentielle à la normalisation du traitement des plaies chroniques.⁶⁴ Il est fortement recommandé que la douleur des patients/clients soit évaluée avant, pendant et après un traitement comme le DCC. Les facteurs influençant la douleur ressentie par le client sont liés au type de douleur (nociceptive, neuropathique ou mixte), au site anatomique de la douleur et à sa source (procédurale, colonisation critique, infection, insuffisance artérielle, contractures, neuropathie périphérique, etc.). Les facteurs, tels que les troubles cognitifs, les problèmes psychosociaux et les déficits nutritionnels peuvent également influencer l'intensité de la douleur.⁶⁴

Des mesures non pharmaceutiques pour contrôler la douleur doivent aussi être utilisées par l'infirmière. En fixant des limites de temps pour les séances de DCC, cela permet de retirer le plus rapidement possible les tissus non viables dans le but de promouvoir le confort et la qualité de vie du client.⁶⁷ Les limites de temps et l'ampleur du débridement doivent être négociées avec le client avant de commencer chaque séance de débridement.²⁴ Afin de limiter la fatigue du client et de l'infirmière, chaque séance de débridement en série ou d'entretien devrait idéalement durer entre 15 et 30 minutes. Des séances de débridement plus courtes sont appuyées par certains auteurs qui suggèrent de ne pas enlever tous les tissus dévitalisés en une seule intervention.^{38, 68}

5^e recommandation :

Des mesures de sécurité et le matériel spécifique sont requis pour effectuer le DCC.

Niveau de preuve IV

Discussion :

Pour effectuer de façon sécuritaire une intervention à risque élevé telle que le DCC, cette dernière doit être pratiquée dans un environnement contrôlé et approprié.^{26, 35} Lorsque les mesures de sécurité appropriées ne sont pas prises, il y a des risques de blessures involontaires à la fois pour l'infirmière et le client. Dans la littérature, les spécialistes estiment que le DCC peut être effectué de façon sécuritaire à domicile, dans une clinique tout comme à l'hôpital.¹³ Les membres du panel de développement sont d'accord avec le consensus de la littérature qui indique que le DCC peut être effectué de façon sécuritaire lorsque les mesures de sécurité suivantes sont prises :

- Le client doit être installé confortablement tant pour le client que pour l'infirmière^{13, 24, 36}
- L'intervention est effectuée sur une surface de travail stable, p. ex., une chaise podiatrique²⁶
- L'éclairage est adéquat pour bien visualiser la plaie^{1, 24, 26}
- L'environnement est propre^{1, 24}
- L'infirmière a les compétences nécessaires pour gérer les complications si elles surviennent³⁸
- L'infirmière a la capacité d'obtenir de l'aide au besoin^{1, 3, 35}
- L'infirmière a de bonnes connaissances anatomiques de la région où se situe la plaie, car il existe des zones à risques, là où les artères, les veines et les nerfs se trouvent près de la surface³⁵
- L'infirmière a des connaissances adéquates sur la prévention des infections^{37, 69}
- Du personnel supplémentaire est disponible pour gérer les complications potentielles³

Il est essentiel pour assurer la sécurité des clients que l'infirmière connaisse ses limites professionnelles. L'intervention doit être arrêtée si l'infirmière est incertaine de l'anatomie de la plaie et de la zone avoisinante ou si une structure ne peut être identifiée. La séance de débridement doit également être interrompue lorsque le saignement est excessif ou que la source du saignement est incertaine.⁶⁰

Comme le soulignent O'Brien (2003) et Kirshen et coll. (2006), la présence de matière non viable dans une plaie peut masquer le lit de la plaie et une évaluation exhaustive des tissus et des structures plus profonds est souvent impossible. Tout signe d'infection peut donc être caché. Le fait d'exposer le lit de la plaie par le DCC aide à le visualiser et peut donc réduire ou prévenir l'infection. Le DCC, lorsqu'il est effectué adéquatement et au sein d'un environnement approprié, peut retirer les tissus nécrotiques humides remplis de bactéries et la nécrose. Par contre, si une plaie présente des signes cliniques ou systémiques d'infection, le risque de propager l'infection et de devoir recourir possiblement aux antibiotiques est à considérer.³⁵ Timmons (2003) formule une mise en garde à l'effet qu'il y a un risque de bactériémie.²⁹

Poston (1996) a observé que les infirmières semblaient réticentes à ouvrir ou à utiliser des instruments chirurgicaux emballés. Il est cependant plus économique et plus efficace d'ouvrir un plateau de chirurgie mineure, de suture ou de dissection veineuse que d'ouvrir plusieurs emballages individuels qui contiennent des instruments de qualité inférieure (p. ex., des pinces jetables³). Razor et Martin (1991) suggèrent les instruments suivants : gants, pince griffe d'Adson, manche de bistouri numéro 3 avec lames numéro 10 et 15, 2 pinces Mosquito, bâtons de nitrate d'argent, film de gélatine absorbant (pansement chirurgical ou pansement absorbant à base de fibrinogène), compresses de gaze, ciseaux courbes, solution saline physiologique, champs stériles.²³ D'autres suggèrent d'avoir à portée de main un pansement d'alginate de calcium pour contrôler les saignements mineurs involontaires. Tout le matériel, y compris les gants, les instruments, les solutions et les fournitures de pansements utilisés durant et après le DCC doit être stérile.⁷⁰

On catégorise les instruments utilisés lors d'un DCC comme du matériel médical à risque étant donné que le risque d'infection est élevé s'ils sont contaminés par des micro-organismes, y compris des spores bactériennes.³⁷ Le retraitement de ces instruments doit comprendre le nettoyage pour enlever tout débris visible, suivi par un minimum de désinfection radicale avec une stérilisation de préférence.³⁷ Le panel de développement estime que des instruments jetables devraient être utilisés dans un milieu de soins à domicile lorsqu'il y a absence de méthodes de stérilisation. Dans les milieux de soins à domicile, en clinique ou au chevet d'un client, on recommande d'utiliser des instruments stériles pour le DCC, mais l'environnement de soins est considéré semi-stérile ou propre.^{37, 69}

Des données probantes plus concrètes sont nécessaires pour appuyer les avantages du matériel approprié. Le panel appuie toutefois le principe que l'utilisation du matériel approprié améliore le confort, la sécurité et l'efficacité du DCC.

6^e recommandation :

Des procédures appropriées doivent être utilisées lorsqu'un DCC est effectué.

Niveau de preuve III-IV

Discussion :

a) Débridement en série :

Niveau de preuve III

Le débridement en série des tissus nécrotiques est décrit comme le retrait de tissus non viables en couches fines durant des séances successives.^{13, 23, 68, 71} Les séances sont habituellement répétées chaque jour ou lors de chaque visite en clinique jusqu'à ce que la majorité des tissus nécrotiques aient été enlevés.²³ L'examen d'études importantes liées au débridement chirurgical suggère qu'il y a des avantages à échelonner les interventions en série.

Dans un examen rétrospectif de deux essais cliniques importants, Cardinal (2009) a découvert que le débridement chirurgical en série, définit comme étant le retrait régulier de « tout tissu

nécrotique, de tout tissu lâche fibrineux ou de tout tissu en mauvais état dans la plaie et aux bords de la plaie » peut stimuler une cicatrisation plus immédiate de semaine en semaine. La conclusion que « Plus, c'est mieux » en lien avec le débridement chirurgical peut être associée à un meilleur taux de cicatrisation et de fermeture de la plaie.⁸ De plus, les auteurs ont déterminé que des débridements fréquents de la plaie contribuaient au contrôle et à la prévention de l'infection de la plaie grâce au retrait des tissus nécrotiques et des corps étrangers. Cette conclusion est appuyée par une étude précédente qui a constaté un taux de réponse amélioré des patients/clients observés ayant subi des débridements chirurgicaux énergiques plus fréquents.⁶⁸ De nouvelles données émergentes tout aussi prometteuses et des opinions d'experts suggèrent que l'utilisation du débridement en série pour enlever continuellement les biofilms matures, suivi de stratégies précises de soins de la plaie peuvent accroître la sensibilité à certains antibiotiques des espèces microbiennes présentes dans les biofilms.^{57, 59} D'autres auteurs affirment que le débridement régulier constitue la pierre angulaire des soins qui compense pour les effets d'une réaction inflammatoire incomplète associée aux ulcères de pied diabétique.⁷²

Pour les plaies chroniques, des séances de débridement consécutives d'entretien sont souvent nécessaires.³⁹ Il est important de souligner que le nombre nécessaire de séances de débridement en série peut être réduit grâce à l'utilisation de la crème EMLA® lors de chaque séance, un concept appuyé par Lok et coll. (1999).⁶⁶ L'utilisation de la crème EMLA® permet de diminuer la douleur associée au DCC, permettant ainsi de retirer davantage de tissus nécrotiques lors de chaque séance, ce qui réduit potentiellement le nombre de débridements en série requis.

b) Débridement d'entretien et combiné : Niveau de preuve IV

La pathologie des plaies chroniques se caractérise par l'accumulation des tissus nécrotiques. Par conséquent, le débridement des plaies chroniques nécessite habituellement un débridement d'entretien régulier plutôt qu'une intervention thérapeutique unique.⁷³ Lors des débridements d'entretien, les tissus nécrotiques sont enlevés au besoin lors de chaque visite du client afin de maintenir la plaie dans un état qui favorise la guérison et cette pratique est associée à un meilleur taux de guérison.⁶⁸ Selon Falanga et coll. (2008), le débridement d'entretien est une façon proactive de stimuler la plaie et de la maintenir en mode de guérison, même lorsque le débridement traditionnel peut ne pas sembler nécessaire à cause d'un lit de plaie apparemment sain.³⁹ Le débridement d'entretien continu permet d'affaiblir les biofilms de la plaie et de les garder sensibles, maintenant ainsi l'équilibre de la plaie en faveur de l'hôte (de la guérison) durant environ 43 % des journées entre les visites.⁵⁸ Falanga et coll. (2008) suggèrent que l'efficacité du débridement d'entretien devrait être surveillée régulièrement et ajustée au besoin afin de s'assurer que la plaie continue de progresser vers la guérison. Les outils d'évaluation disponibles pour déterminer les progrès de guérison de la plaie pourraient aussi être bénéfiques pour révéler les résultats d'une stratégie efficace de débridement d'entretien. De tels outils incluent l'Indice de rendement du débridement et le pointage du lit de la plaie (Wound Bed Score) dont ont parlé Falanga et coll. (2008) ainsi que l'outil d'évaluation des plaies de Bates-Jensen traité dans la 2^e recommandation. Falanga et coll. (2008) suggèrent que le débridement d'entretien devrait continuer aussi longtemps que la cicatrisation poursuit sa progression.

Le débridement combiné comporte l'utilisation de méthodes complémentaires de débridement afin de préparer la plaie pour le DCC et de continuer le processus de débridement entre les séances de DCC. Fairbairn et coll. (2002)¹³ citant Edwards (2000)⁵⁰ et Vowden et Vowden (1999),³

suggèrent que le débridement complet du lit de la plaie pourrait exiger une série de séances de débridement chirurgical *en combinaison avec* le débridement autolytique. Les préparations enzymatiques peuvent aider à déloger les tissus nécrotiques adhérents d'un lit de plaie présentant un tissu de granulation avant le DCC.³⁵ Les escarres en surface de plaies peuvent être ramollies et préparées pour le DCC à l'aide d'un traitement autolytique ou enzymatique approprié.^{35, 65} Ceci est souvent possible par la réhydratation sur une période de 24 à 48 heures, ce qui permet à l'escarre de ramollir et de se soulever aux bords de la plaie. L'infirmière peut ainsi tenir les tissus nécrotiques à l'aide d'une pince et les réséquer avec un scalpel ou des ciseaux.⁶⁷ Dans certains cas, des hydrocolloïdes peuvent être utilisés entre les séances de DCC pour accélérer le processus de nettoyage,⁷⁴ mais la prudence est de mise dans les cas d'ulcères de pied diabétique. En combinant le DCC à d'autres modalités, comme l'autolyse, le processus de débridement peut être accéléré en retirant les restes de débris ne se prêtant pas à l'excision.⁷¹

Des données probantes plus approfondies sont nécessaires pour appuyer les avantages du débridement d'entretien et du débridement combiné. Le panel appuie toutefois le principe que le débridement d'entretien et le débridement combiné optimisent la capacité de la plaie à demeurer dans un état optimal pour la cicatrisation grâce à l'élimination des tissus nécrotiques.

Recommandations relativement à l'étiologie

7^e recommandation :

Traiter les ulcères du pied diabétique à l'aide du DCC dans le cadre d'une approche multimodale pour des soins optimaux.

Niveau de preuve III

Discussion :

La recherche appuie l'utilisation du DCC dans le cadre du traitement global des ulcères du pied diabétique. Outre une étude prospective examinant le retrait des callosités, il existe des études rétrospectives analysant l'impact du DCC sur le taux de guérison ainsi qu'une étude rétrospective de dossiers examinant les avantages financiers du DCC lorsqu'effectué par un spécialiste en soin des plaies.

Cardinal et coll. (2009) ont mené une étude rétrospective des résultats en soins de plaies sur 310 ulcères de pied diabétique au cours d'une période de douze semaines. Cette étude a pu être réalisée car Cardinal et coll. ont pu obtenir les données des évaluations des plaies analysées lors d'un essai contrôlé randomisé et prospectif sur des traitements topiques de soins des plaies. Les évaluations des plaies étaient structurées et surveillées dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée et ont fourni des bases solides pour une analyse rétrospective des effets du débridement chirurgical sur le taux de guérison des plaies. Les plaies incluses dans l'étude ont initialement fait l'objet d'un débridement chirurgical et par la suite, de débridement au besoin lors des visites de suivi. Dans cette étude, la définition de débridement chirurgical était le retrait de « tout tissu nécrotique, de tout tissu nécrotique humide lâche ou de tout tissu en mauvaise santé dans le lit et dans les bords de la plaie ».⁸ Les conclusions suivantes ont été tirées de cette étude :

- Une cicatrisation plus immédiate de la plaie est survenue grâce au retrait des tissus dévitalisés/nécrotiques (dans les circonstances appropriées)
- Une corrélation positive entre la fréquence du débridement et de meilleurs résultats de guérison de la plaie a été identifiée
- Il a été déterminé que le débridement aidait à prévenir l'infection de la plaie

Une étude bien conçue menée auprès de 14 patients a examiné la formation de callosités sur des orteils de pieds neuropathiques et non neuropathiques. Slater et coll. (2006) ont étudié les points de pression des petits orteils (doigts de pied de 2 à 4) avec un tapis contact informatisé. Les mesures ont été prises avant et après le traitement qui consistait en un débridement afin de réduire les callosités ainsi que l'ajustement d'une orthèse en silicone moulée sur mesure. Les auteurs de la recherche affirment que le traitement efficace des callosités formées avec une mise en décharge appropriée réduira l'incidence des ulcérations des pieds chez les patients diabétiques, réduisant ainsi les risques d'infection et d'amputation. L'un ou l'autre des traitements appliqué séparément a produit une réduction d'environ 30 % de la pression au niveau des orteils. Le débridement combiné avec des orthèses produisait une diminution de 54 %.⁷⁵

Dans une étude rétrospective de dossiers sur le traitement d'ulcères de pieds au sein de la communauté, une analyse de coûts bénéfiques a été faite sur le DCC effectué par un spécialiste en soin des plaies, comparé à l'irrigation à haute pression de la plaie effectuée par une infirmière de soins à domicile. Une infirmière spécialisée effectuant le DCC dans le but d'obtenir un lit de plaie propre requiert en moyenne deux visites par ulcère tandis qu'une infirmière de soins à domicile effectuant l'irrigation nécessite en moyenne 29 visites par ulcère pour atteindre le même résultat.⁴³ Cette différence représente des économies considérables en temps de soins infirmiers. L'étude n'a pas pu évaluer les résultats en termes de taux de guérison, mais du point de vue des payeurs de taxes et de l'utilisation efficiente du personnel infirmier, elle a permis d'illustrer que le DCC devrait être la méthode de choix pour la préparation du lit de la plaie des ulcères de pieds au sein de la communauté. Plus d'études sont nécessaires pour évaluer les économies potentielles reliées au DCC dans les milieux de soins aigus.

L'étude de Cardinal (2009) a été précédée par une étude rétrospective de Steed et coll. (1996), qui a démontré des conclusions similaires. Comme Cardinal, Steed s'est servi de la documentation provenant d'une étude contrôlée randomisée (118 patients souffrant d'ulcères de pied diabétique) qui comparait les résultats des traitements entre les patients à qui était administré un facteur de croissance humain recombinant dérivé des plaquettes à ceux d'un groupe placebo afin de mener une analyse rétrospective pour corréliser les séances de débridement chirurgical « agressif » à la guérison de la plaie. Le pourcentage des participants de l'étude faisant partie des groupes placebo et de traitement était semblable, même si la fréquence des séances de débridement différait selon les centres participants à l'étude. Le taux de guérison était plus bas dans les centres qui effectuaient le débridement moins fréquemment. Les participants de l'étude ont subi des séances de débridement chirurgical, défini par le retrait « des callosités et des tissus nécrotiques jusqu'à l'obtention d'un saignement des tissus ».⁶⁸ Il est donc possible d'inférer que la fréquence des séances de DCC a une corrélation positive avec la guérison de la plaie. Tout comme la recherche de Cardinal, l'analyse rétrospective de Steed était faite par centre, permettant ainsi que des pratiques autres que le débridement, aient joué un rôle dans l'amélioration de la guérison. Plus d'études sont nécessaires pour démontrer une corrélation directe entre la fréquence du DCC et le taux de guérison de la plaie.

Selon les conclusions de la littérature actuelle, le panel de développement est d'avis que le traitement des ulcères de pied diabétique doit inclure un contrôle efficace de la glycémie, de l'alimentation, du niveau d'activités physiques et de la participation du client dans ses propres soins, y compris de ses choix pour un mode de vie sain. Dans le but de prévenir l'apparition d'autres plaies, une mise en décharge adéquate ainsi que la prévention des infections doivent aussi faire partie du plan de traitement global. Plus d'études sont nécessaires pour déterminer l'importance relative de chaque facteur en lien avec les résultats en termes de guérison et de satisfaction du client.

8^e recommandation :

Le DCC peut faire partie d'une approche multimodale pour traiter les ulcères veineux chroniques de la jambe.

Niveau de preuve III

Discussion :

Il est largement admis que la cicatrisation des plaies chroniques, comme les ulcères veineux de la jambe, est complexe et multifactorielle et dépend de nombreuses variables qui influencent les résultats à long terme de ces plaies.^{7,8} La compression constitue le traitement de référence pour les ulcères veineux de la jambe,⁷⁶ et l'utilisation du DCC devrait faire partie d'une approche multimodale pour utiliser les meilleures pratiques de traitements. Dans la littérature, les données probantes appuient l'utilisation du DCC pour cette étiologie spécifique de plaie. Les coûts de soins de santé associés à ce type de plaie chronique sont considérables au R.-U. et en France et représentent 2 % de la somme totale des budgets nationaux des soins de santé.⁷⁷ Il n'y a pas de données exactes pour les coûts associés au traitement des ulcères veineux de la jambe au Canada, mais il est soupçonné qu'ils sont importants.

Dans une analyse rétrospective de deux essais, Cardinal et coll. (2009) ont étudié la corrélation entre les résultats en termes de guérison de la plaie et le débridement en série (ou consécutif) sur les ulcères veineux chroniques de la jambe et les ulcères de pied diabétique (voir la 6^e recommandation). Les recherches analysées étaient des essais contrôlés randomisés et prospectifs de traitements topiques d'ulcères veineux chroniques de la jambe et d'ulcères de pied diabétique qui se sont déroulés sur une période de 12 semaines. Les résultats sur les ulcères veineux chroniques de la jambe ont démontré une diminution de la superficie médiane de la surface de la plaie considérablement plus élevée à la suite de débridement chirurgical en série, défini dans l'étude comme « le retrait des tissus nécrotiques ou d'hyperkératose ». Ces résultats suggèrent que le débridement fréquent des ulcères veineux chroniques de la jambe peut accroître les taux de guérison et de fermeture de la plaie, même s'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour appuyer les effets significatifs ou la corrélation avec le débridement en série pour améliorer la guérison.

Williams et coll. (2005) ont fait une étude de cohorte prospective non randomisée sur les effets du débridement chirurgical à l'aide d'une curette sur des ulcères veineux récalcitrants de la jambe et qui ne guérissaient pas. Le groupe de l'étude comportait 28 participants souffrant d'ulcères veineux chroniques de la jambe avec des tissus nécrotiques humides et non viables, sans tissus de granulation dans le lit de la plaie. Tout patient ayant des co-morbidités complexes, comme une maladie vasculaire périphérique, le diabète sucré, etc. était exclu, car cela aurait pu avoir des effets sur le débridement. Le groupe témoin se composait de 27 participants atteints d'ulcères veineux chroniques de la jambe avec une quantité minimale de tissus de granulation et sans tissu nécrotique humide ou non viable dans le lit de la plaie. Une seule séance de débridement a été effectuée à l'aide d'une curette sur tous les participants de l'étude, à l'exception d'un. Les résultats ont démontré que les plaies des participants du groupe d'étude présentaient en moyenne une réduction plus importante de la superficie de la plaie à 4 et à 20 semaines que celles du groupe témoin où le traitement ne comportait pas de débridement.¹⁰

Dans une étude rétrospective communautaire menée en Ontario, les dossiers des clients souffrant d'ulcères de la jambe et ceux présentant une autre étiologie de la plaie ont été révisés pour différencier les coûts et les taux de guérison entre les soins appuyés sur les pratiques exemplaires et les soins standards. Certains aspects de l'approche des pratiques exemplaires étaient le retrait des tissus dévitalisés à l'aide du débridement chirurgical et des visites hebdomadaires par un spécialiste en soin des plaies. Les clients souffrant d'ulcères dans la cohorte des « pratiques exemplaires » ont eu 42 % de leurs ulcères guéris sur une période de 4 semaines, comparativement à 26 % d'ulcères guéris dans le groupe des soins standards pour la même période. Les pratiques exemplaires ont permis une économie de 66 % des coûts comparativement aux soins communautaires standards. Les coûts de traitement anticipés par client souffrant d'un ulcère veineux de la jambe étaient de 1 492 \$ avec des soins appuyés sur les pratiques exemplaires, y compris le débridement chirurgical au besoin et de 4 062 \$ avec des soins standards (sans débridement chirurgical).⁷⁷

Il est indéniable que certaines plaies chroniques, même si elles sont traitées avec tous les moyens standards en soin des plaies, stagnent ou ne progressent pas vers la guérison. Ces « plaies récalcitrantes » sont souvent rencontrées chez les patients ayant des troubles des tissus conjonctifs, des affections systémiques (p. ex. l'anémie drépanocytaire), des problèmes artériels inopérables, de l'ostéomyélite, de l'immobilité, des troubles rénaux ou cardiaques en phase terminale, de la démence, un cancer et qui sont âgés.⁷⁸ L'apport d'une équipe interdisciplinaire de professionnels est optimal pour traiter ces cas complexes.

Recommandations pédagogiques

9^e recommandation :

L'enseignement aux clients est requis afin d'obtenir leur consentement éclairé avant d'effectuer le DCC.

Niveau de preuve IV

Discussion :

L'enseignement aux clients est essentiel pour que ces derniers puissent prendre une décision éclairée; il est donc la première étape des soins qui résultent en un DCC fait par une infirmière compétente. L'un des principes directeurs des soins infirmiers est que les clients constituent le point central de tous les services infirmiers et, en tant que partenaires de soins, ils prennent en définitive leurs propres décisions quant à leurs soins.¹⁹ Conformément à la Loi canadienne sur le consentement aux soins de santé, mis à part les urgences, les praticiens en soins de santé n'ont aucune autorité pour prendre des décisions en ce qui a trait aux traitements au nom des clients.⁷⁹ Le principe du consentement éclairé est inscrit dans le droit commun et les normes des soins infirmiers.⁷⁹ Le panel de développement est d'avis que l'enseignement habilite le client à prendre des décisions éclairées au sujet des méthodes de débridement et à être un partenaire à part entière de ses propres soins.

Afin qu'un client ou qu'un mandataire puisse consentir à des interventions répétitives et souvent douloureuses, tel le DCC, il est impératif que ce dernier comprenne bien les avantages de subir ce type de traitement et qu'il en connaisse les risques potentiels.^{24, 35} Si le client comprend les raisons du traitement, cela favorisera sa participation et son adhésion au plan de traitement.^{7, 47} L'enseignement aux clients comprend des explications sur les méthodes de débridement disponibles (chirurgical, autolytique, mécanique, biologique et enzymatique). Il faut souligner les avantages et les désavantages de chaque modalité de traitement en des termes que le client peut facilement comprendre. Le client et l'infirmière peuvent alors discuter du type de débridement qui convient le mieux à la situation du client et pourquoi ce choix est le meilleur.^{24, 47} Le client doit également être renseigné au sujet du contrôle de la douleur, tant pharmaceutique (analgésiques systémiques et topiques) que des techniques de distraction et de relaxation, en s'entendant sur une durée préétablie pour l'intervention. Il doit aussi savoir qu'il a la capacité de temporairement suspendre l'intervention (pause) au besoin.⁴⁷ Les connaissances préparatoires aident le client à minimiser l'anxiété et l'inconfort, rehaussant ainsi l'efficacité des stratégies pour diminuer la douleur. Finalement, le client devra être informé des signes et des symptômes de complications possibles qui pourraient survenir à la suite du débridement chirurgical et qui nécessitent un suivi avec un professionnel de la santé. Ce suivi est impératif dans les cas de DCC effectué sur des ulcères de pied diabétique.⁴¹ Le soutien et les conseils offerts pour obtenir le consentement du client en vue du DCC doivent être issus de l'employeur de l'infirmière sous forme de politiques et de procédures.^{26, 31, 36} Le sujet de la politique de consentement est discuté dans de plus amples détails dans la 1^{ère} recommandation de ce document.

Tableau 4 : Résumé des éléments nécessaires au consentement éclairé associé au DCC

Information	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qu'est-ce que le DCC? ➤ De quelle façon est-il effectué? ➤ À quoi peut-on s'attendre lorsqu'il a été effectué? ➤ Que pourrait-il survenir sans le DCC? ➤ Les avantages et les risques tels qu'indiqués ci-dessous.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retrait rapide des tissus nécrotiques et de façon plus efficiente ➤ Diminution des risques d'infection ➤ Promotion de la guérison
Risques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur due à la proximité de tissus viables – offre une protection contre le retrait excessif de tissus sains ➤ Saignement dû aux dommages de vaisseaux sous-jacents ➤ Infection

Adapté d'Edwards³²

10^e recommandation :

L'enseignement et la formation des infirmières en DCC doivent être obtenus par le biais d'un programme de formation reconnu.

Niveau de preuve IV

Discussion :

Les infirmières qui pratiquent le DCC effectuent une intervention clinique comportant beaucoup de risques.^{13, 28, 71} Il est jugé *inacceptable* de s'auto-enseigner¹³ cette intervention et de nombreux auteurs ont souligné les répercussions à exercer le DCC sans avoir reçu l'éducation et la formation adéquates ainsi qu'une évaluation adéquate de leurs compétences.^{13, 16, 21, 80}

L'importance d'avoir acquis une éducation et une formation axées sur les compétences en matière de DCC a été identifiée comme étant un facteur essentiel à la prestation d'une pratique sécuritaire et fondée sur des données probantes.^{12, 13, 15, 17, 21, 28} Compte tenu de l'opinion des experts exprimée dans ces sources de littérature, il est recommandé que les infirmières effectuent le DCC après l'obtention d'un programme de formation reconnu, axé sur les compétences, qui combine de l'éducation, de la formation et un mentorat.

Fairbairn et coll. (2002) recommandent un niveau minimal de qualifications pour les infirmières effectuant le DCC. Ils recommandent des qualifications minimales sur les connaissances de base sur les plaies, la supervision et le mentorat. Ces recommandations sont résumées dans le Tableau 5. En définitive, l'infirmière qui effectue le DCC est responsable de maintenir son niveau de connaissances et ses compétences, lesquelles font partie du champ d'exercice de sa

profession. Bien que de nombreux cours sur le DCC donnent un « certificat de participation » ou un « certificat d'accomplissement » à la fin du programme éducatif, l'expertise nécessaire pour effectuer le DCC est acquise avec le temps et avec une pratique assez fréquente afin de maintenir les compétences acquises. Pour l'infirmière qui s'efforce d'acquérir les compétences pour effectuer cette intervention, le préceptorat avec un clinicien aguerri et qualifié en débridement chirurgical est tout aussi important.

Tableau 5 : Compétences recommandées pour les infirmières effectuant le DCC ^{13, 26}

1.	Être infirmière
2.	Détenir un cours accrédité en soins de plaies
3.	Avoir participé à au moins une journée de formation sur le débridement chirurgical qui inclut l'anatomie détaillée des tissus et des structures sous-jacentes
4.	Être évaluée par un spécialiste en soin des plaies qualifié en DCC
5.	Avoir effectué une série d'interventions supervisées

De nombreuses associations et sociétés locales, nationales et internationales de soin des plaies tentent d'élaborer des lignes directrices exhaustives et des normes universelles en matière d'éducation et de soins des plaies.¹⁵ Avec l'évolution des connaissances sur la biochimie des plaies et la gestion optimale de la cicatrisation, il en va de même pour les attentes face à une expertise approfondie des soins infirmiers dans ce domaine de soins. Plusieurs experts ont recommandé du contenu de cours en DCC qui s'oriente vers la normalisation de l'éducation offerte en vue de l'acquisition des compétences en matière de DCC. Au Canada, le programme de formation d'infirmière stomothérapeute (ETNEP) de l'Association canadienne des stomothérapeutes (CAET) comprend un cours théorique axé sur les compétences qui inclut le débridement, y compris le DCC. Les conférences annuelles du CAET peuvent offrir des ateliers sur le DCC et nous recommandons aux lecteurs de vérifier chaque année si de tels ateliers sont offerts lors de la conférence. Les infirmières qui terminent le programme ETNEP du CAET, peuvent obtenir une certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; la stomothérapie est une spécialité reconnue en soins infirmiers pour le soin des plaies, de stomies et de continence. L'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) et l'*Institute for Wound Care* offrent un cours sur les compétences en DCC à l'intention des professionnels de la santé. Plusieurs autres cours locaux sont offerts par ou en collaboration avec des établissements de soins de santé, comme des hôpitaux et des autorités sanitaires.

La liste suivante indique le contenu recommandé pour les cours sur le DCC :

- Principes de la cicatrisation des plaies^{13, 26}
- Anatomie (y compris l'anatomie des tissus et des structures sous-jacentes) et physiologie¹³
- Complications potentielles^{13, 21, 35}

- Comment gérer les complications^{21, 35}
- Contre-indications au débridement chirurgical^{13, 26, 50}
- Pourquoi et quand effectuer le débridement chirurgical^{13, 50}
- Évaluer la douleur et offrir des méthodes adéquates pour contrôler la douleur²⁶
- Techniques de débridement,¹³ y compris d'autres méthodes de débridement^{26, 67}
- Travailler avec d'autres professionnels de la santé^{13, 26}
- Réflexion sur les lignes directrices et les politiques locales²⁶
- Aspects juridiques du consentement du client¹³
- Code de déontologie professionnelle^{13, 26} et révision du champ d'exercice
- Plan de soins holistiques qui comprend la prestation d'évaluations et de traitements continus ainsi que des objectifs clairs de traitement^{26, 67}
- Avoir un éclairage et du matériel adéquats et assurer le confort du client²⁶
- Documentation appropriée de la plaie avant et après l'intervention, y compris des photos²⁶

Le DCC est considéré par certains comme étant un rôle ou une compétence élargie et, comme dans tous les domaines de pratique, les infirmières sont responsables de s'assurer qu'elles sont compétentes et qu'elles respectent leur champ d'exercice avant d'entreprendre cette tâche.⁷⁹ Les compétences signifient la capacité ou l'autorité d'effectuer ce qui est requis et d'accepter d'être tenu responsable pour ce travail.⁸¹ Avec cela vient le besoin d'acquérir et de maintenir des compétences cliniques dans ce nouveau domaine de pratique. Les collèges provinciaux de soins infirmiers mettent l'accent sur l'importance de la formation professionnelle continue et de la formation continue tout au long de la carrière.

Lacunes de la recherche

Lacunes de la recherche

Le panel de développement a révisé une quantité considérable de littérature et a constaté qu'il existait très peu de recherches de haut niveau dans plusieurs domaines relatifs au DCC. Il y a des opportunités et un besoin pour réaliser beaucoup plus de recherches. Voici une liste de quelques lacunes identifiées par le panel de développement :

- Normalisation des définitions sur le débridement et des descriptions dans les études de recherche
- L'état actuel de la pratique et de l'éducation sur le DCC au Canada
- Les résultats de la pratique liés aux programmes éducatifs sur le DCC
- Le taux d'infection après le débridement lié aux milieux de soins (à domicile vs en clinique vs à l'hôpital)
- L'efficacité du matériel réutilisable par rapport au matériel jetable pour le DCC
- Évaluation des résultats du DCC sur le taux de guérison/de fermeture à l'aide de l'outil d'indice du rendement du débridement pour divers types d'étiologies de plaies
- Études sur la qualité de vie des clients ayant subi un DCC par rapport aux autres méthodes de débridement de plaies (y compris les effets de l'enseignement aux clients)
- Des études importantes sur les coûts et avantages du DCC dans différents milieux de soins.

Références

1. Poston J., Nurse in surgery, Sharp debridement of devitalized tissue: The role of the nurse, *Br J Nurs*, vol. 55, (1996), pp. 655 à 656
2. Myers B., *Wound Management: Principles and Practice*, Upper Saddle River, New Jersey : Prentice Hall, 2004.
3. Vowden K, P. Vowden, Wound debridement, part 2: Sharp techniques, *J Wound Care*, vol. 8, (1999), pp. 291 à 294.
4. Attinger C, E. Bulan, P. Blume, Surgical debridement: The key to successful wound healing and reconstruction, *Clinic in Podiatric Medicine and Surgery*, vol 87 (2000), pp. 599 à 630.
5. Nicks B, E. Ayello, K. Woo, D. Nitzki-George, RG. Sibbald, Acute wound management: Revisiting the approach to assessment, irrigation, and closure considerations, *Int J Emerg Med* [série en ligne], vol. 3 (2010), 17 sept. 2010, téléchargé de : <http://www.springerlink.com/content/28820l2l784w2m20/fulltext.pdf>.
6. Ayello E, J. Cuddigan, Debridement: Controlling the necrotic cell bioburden, *Adv Skin Wound Care*, vol. 17 (2004), pp. 66 à 76.
7. Sibbald G, H. Orsted, P. Coutts, D. Keast, Best practice guidelines for the preparing the wound bed: Mise à jour 2006, *Adv Skin Wound Care*, vol. 20 (2006), pp. 390 à 405.
8. Cardinal M, D. Eisenbud, D. Armstrong, C. Zelen, V. Driver, C. Attinger, T. Phillips, K. Harding, Serial surgical debridement: A retrospective study on clinical outcomes in chronic lower extremity wounds, *Wound Repair Regen*, vol. 17 (2009), pp. 306 à 311.
9. Piaggese A, E. Schipani, F. Campi, M. Romanelli, F. Baccetti, C. Arvia, R. Navalesi, Conservative surgical approach versus non-surgical management for diabetic neuropathic foot ulcers: A randomized trial, *Diabet Med*, vol. 15 (1998), pp. 412 à 417.
10. Williams D, S. Enoch, D. Miller, K. Harris, P. Price, KG. Harding, Effect of sharp debridement using curette on recalcitrant nonhealing venous leg ulcers: A concurrently controlled, prospective cohort study, *Wound Repair Regen*, vol. 13 (2005), pp. 131 à 137.
11. National Health Service (NHS) Wirral, éd. *Procedure for Conservative Sharp Debridement (Tissue Viability Specialist Nurses Only)* [en ligne], Wirral, R.-U., 2009; NHS Wirral, éd. *Procedure for Conservative Sharp Debridement (Tissue Viability Specialist Nurses Only)*, Téléchargé de : http://www.wirral.nhs.uk/document_uploads/Policies_and_Procedures_Nursing/NPTV02ProcedureforConservativeSharpDebridement.pdf

12. Tomaselli N., Énoncé de position du WOCN, Conservative sharp wound debridement for nurses, *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 22, (1995), pp. 32A à 34A.
13. Fairbairn K, J. Grier, C. Hunter, J. Preece, A sharp debridement procedure devised by specialist nurses, *J Wound Care*, vol. 11, n° 10 (2002), pp. 371 à 375.
14. Fowler E., Instrument/sharp debridement of nonviable tissue in wounds: Is it in the field of nursing, *OWM*, vol. 38 (1992), pp. 26 à 33.
15. Harris R., The nursing practice of conservative sharp wound debridement: Promotion, education and proficiency, *Wound Care Canada*, vol. 7 (2009), pp. 22 à 30.
16. Ashworth J, M. Chivers, Conservative sharp debridement: The professional and legal issues, *Nurs Times*, vol. 17 (2002), pp. 585 à 588.
17. Tissue Viability Nurses Association (TVNA), éd. *Procedure, Competencies and Training [Internet]*. (version finale) 1.6, 2005. Téléchargé de : http://www.tvna.org/generic_forms/sharp_debridement_revise.pdf. Consulté le 8 juillet 2010.
18. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), éd. *Champ de la pratique infirmière : Études des principales questions et tendances*, Ottawa, Ont., 1993, AIIC [en ligne]. Téléchargé de : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/scope_nursing_practice_f.pdf. Consulté le 21 août 2010.
19. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [en ligne], éd. *Professional Standards*, Toronto, Ont., 2002. Téléchargé de : http://www.cno.org/Global/docs/prac/51006_ProfStds.pdf. Consulté le 21 août 2010.
20. Dimond B., *Legal Aspects of Nursing*, 3^e éd., Londres, Angleterre : Longman, 2002.
21. Preece J., Sharp debridement: The need for training and education. *Nurs Times*. 2003;99:54-55.
22. Gordon B. Conservative sharp wound debridement: State boards of nursing positions, *JWOCN*, vol. 23 (1996), pp. 137 à 143.
23. Razor B. M.L., Validating sharp wound debridement, *J ET Nurs.*, vol. 18 (1991), pp. 105 à 110.
24. O'Brien M., Debridement: Ethical, legal and practical considerations, *Br J Community Nurs (supplément)*, vol. 8 (2003), pp. 10 à 18.
25. Gore M., Sharp debridement of a pressure ulcer, *Journal of Community Nursing [série en ligne]*, vol. 23 (2009), p. 14. Téléchargé de : <http://www.jcn.co.uk/journal.asp?Year=2009&Month=04&ArticleID=1254>. Consulté le 2 fév. 2010.
26. Anderson I., Debridement methods in wound care, *Nurs Stand*, vol. 20 (2006), pp. 65 à 72.
27. Arizona State Board of Nursing, *Advisory Opinion/Debridement, Conservative Sharp Wound [en ligne]*. Téléchargé à : [ArizonaSBON_advisOpinionCSWD_author.pdf](#). Consulté le 30 janvier 2010.

28. Bentley J, P. Bishai, A. Foster, J. Preece, Clinical competence in sharp debridement: An innovative course, *Br J Community Nurs*, vol. 10 (2005), pp. S6 à S13.
29. Timmons J., Choosing appropriate methods of wound debridement, *J Nurs Res Care*, vol. 5 (2003), pp. 513 à 516.
30. Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), éd. *WOCN Society Position Statement: Competency and WOC Nursing*, 4700 W. Lake Avenue, Glenview, Il, 2003. Téléchargé de : http://www.wocn.org/pdfs/WOCN_Library/Position_Statements/competency2003.pdf.
31. Bentley J., Choosing the right prescribing options in wound debridement, *Nurse Prescribing [série en ligne]*, vol. 3, n° 3, (2005). Consulté le 2 fév. 2010.
32. Edwards L., Conservative sharp debridement, *Journal of Community Nursing*, vol. 19 (2005), pp. 16 à 22.
33. National Audit Office (NAO), *A review of collaborative procurement across the public sector*, Londres, Angleterre, (2010), pp. 1 à 18. Téléchargé de : http://www.nao.org.uk/publications/0910/collaborative_procurement.aspx. Consulté le 17 sept. 2010.
34. Sinha S., Debridement of wounds: The practice and teaching, *Wound Practice and Research (auparavant Primary Intention)*, vol. 15 (2007), pp. 162 à 164.
35. Leaper D., *Sharp technique for wound debridement*, *World Wide Wounds [série en ligne]*, 2002, 10 nov. 2009. Téléchargé de : <http://www.worldwidewounds.com/2002/december/Leaper/Sharp-Debridement.html>. Consulté le 10 nov. 2009.
36. Gwynne B., M. Newton, An overview of the common methods of wound debridement, *Br J Nurs Supplement [série en ligne]*, vol. 15 (2006), pp. S4 à S10. Téléchargé de : http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=22112;article=BJN_15_19%20Suppl_S4_S10. Consulté le 2 fév. 2010.
37. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses de l'Ontario [CCPMI], éd. *Pratiques exemplaires en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation dans tous les établissements de soins de santé*, Toronto, Ont., 2006, révisé en 2010. Téléchargé de : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/ic_cds.html. Consulté le 26 janv. 2010.
38. Fowler E., L. Van Rijswijk, Using debridement to help achieve the goals of care, *OWM Supplement*, vol. 41 (1995), pp. 23S à 35S.

39. Falanga V, H. Brem, W. Ennis, R. Wolcott, L. Gould, E. Ayello, Maintenance debridement in the treatment of difficult-to-heal chronic Wounds¹⁷, *OWM Supplement [série en ligne]*, vol. 54 (2008). Téléchargé de : http://www.o-wm.com/files/docs/HPSuppl_OnlineLO.pdf. Consulté le 17 sept. 2010.
40. Frank M, U. Schmucker, P. Hinz, A. Zach, A. Ekkernkamp, G. Matthes, Not another 4th of July report: Uncommon blast injuries to the hand, *Emerg Med J*, vol. 25 (2008), pp. 93 à 97.
41. Williams A., The diabetic foot and its management, *Journal of Community Nursing*, vol. 22 (2008), pp. 22 à 28.
42. Saap L, V. Falanga, Debridement performance index and its correlation with complete closure of diabetic foot ulcers, *Wound Repair Regen*, vol. 10 (2002), pp. 354 à 359.
43. Shannon R, C. Harris, C. Harley, K. Kozell, K. Woo, A. Alavi, M. Boutros, LL. Kozody, RG. Sibbald, The importance of sharp debridement in foot ulcer care in the community, *Wound Care Canada (supplément 1)*, vol. 5 (2007), pp. S51 à S52.
44. Sibbald R, D. Williamson, H. Orsted, K. Campbell, D. Keast, D. Krasner, D. Sibbald, Preparing the wound bed: Debridement, bacterial balance and moisture balance, *Ostomy Wound Manage*, vol. 46 (2000), pp. 14 à 22.
45. Bale S., A guide to wound debridement, *J Wound Care*, vol. 6 (1997), pp. 179 à 182.
46. Woo K., A. Alavi, M. Botros, LL. Kozody, M. Fierheller, K. Wiltshire, RG. Sibbald, A transprofessional comprehensive assessment lower extremity leg and foot ulcers, *Wound Care Canada*, vol. 5 (2007), pp. S34 à S47.
47. Kirshen C, K. Woo, E. Ayello, R. Sibbald, Debridement: A vital component of wound bed preparation, *Adv Skin Wound Care*, vol. 19 (2006), pp. 506 à 517.
48. Alexander S., Malignant fungating wounds: Managing malodor and exudate, *J Wound Care*, vol. 18 (2009), pp. 372 à 382.
49. Vancouver Island Health Authority, éd. *Wound and Skin Care Guidelines*, chapitre 9, 2007. Téléchargé de : <http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/8F6EC47B-2077-47E0-B6B8-9A78D0F31099/0/Chapter9MalignantWoundsandFistulas.pdf>.
50. Edwards J., Sharp debridement of wounds, *Br J Community Nurs*, vol. 14 (2000), pp. 23 à 26.
51. Kelly J., Pyoderma gangraenosum: Exploring the treatment options, *J Wound Care*, vol. 10 (2001), pp. 125 à 128.
52. Franz M.G, M.C. Robson, D.L. Steed, A. Barbul, H. Brem, D.M. Cooper, D. Leaper, S.M. Milner, W.G. Payne, T.L. Wachtel, L. Wiersema-Bryant, Wound Healing Society, Guidelines to aid healing of acute wounds by decreasing impediments of healing, *Wound Repair Regen*, vol. 16 (2008), pp. 723 à 748.

53. Flanagan M., J. Graham, Should burn blisters be left intact or debrided, *J Wound Care*, vol. 10 (2001), pp. 41 à 45.
54. Northern Health and Social Services Board (NHSSB), éd. *NHSSB Wound Management Manual*, Antrim Area Hospital, Antrim, R.-U., 2005, Northern Health and Social Services Board. Téléchargé à : http://www.nhssb.n-i.nhs.uk/publications/primary_care/Wound_Manual.pdf.
55. Cornell R.S., A.J. Meyr, J.S. Steinberg, C.E. Attinger, Debridement of the noninfected wound, *J Am Podiatr Med Assoc*, vol. 100 (2010), pp. 353 à 359.
56. Golinko M., R. Joffe, D. de Vinck, E. Chandrasekaran, O. Stojadinovic, S. Barrientos, S. Vukelic, M. Tomic-Canic, H. Brem, Surgical pathology to describe the clinical margin of debridement of chronic wounds using a wound electronic medical record, *J Am Coll Surg*, vol. 209 (209), pp. 254 à 260.
57. Rhoads D.D, R.D. Wolcott, S.L. Percival, Biofilms in wounds: Management strategies, *J Wound Care*, vol. 17 (2008), pp. 502 à 508.
58. Wolcott R.D., J. Kennedy, S. Dowd, Regular debridement is the main tool for maintaining a healthy wound bed in most chronic wounds, *J Wound Care*, vol. 18 (2009), pp. 54 à 56.
59. Wolcott R., K. Rumbaugh, G. James, G. Schultz, P. Phillips, Q. Yang, C. Watters, P.S. Stewart, S.E. Dowd, Biofilm maturity studies indicate sharp debridement opens a time-dependent therapeutic window, *J Wound Care*, vol. 19 (2010), pp. 320 à 328.
60. Sieggreen M., J. Maklebust, Debridement: Choices and challenges, *Adv Skin Wound Care*, vol. 10 (1997), pp. 32 à 37.
61. Scarborough P., Debridement update for long-term care practitioners, *Director*, vol. 16 (2008), pp. 14 à 17.
62. Baranoski S., E. Ayello, *Wound Care Essentials: Practice Principles*, 2^e éd., Pennsylvannie : Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
63. Evans E., M. Gray, Do topical analgesics reduce pain associated with wound dressing changes or debridement of chronic wounds, *JWOCN*, vol. 32 (2005), pp. 287 à 290.
64. Popescu A., R. Salcido, Wound pain: A challenge for the patient and the wound care specialist, *Adv Skin Wound Care*, vol. 17 (2004), pp. 14 à 20.
65. Vanscheidt W., Z. Sadjadi, S. Lillieborg, EMLA anaesthetic cream for sharp leg ulcer debridement: A review of the clinical evidence for analgesic efficacy and tolerability, *Eur J Dermatol*, vol. 11 (2001), pp. 90 à 96.

66. Lok C., C. Paul, P. Amblard et coll., EMLA cream is a topical anesthetic for the repeated mechanical debridement of venous leg ulcers: A double-blind, placebo-controlled study, *J Am Acad Dermatol*, vol. 40 (1999), pp. 208 à 213.
67. Hampton S., Wound debridement, *Professional Nurse*, vol. 13 (1998), pp. 231 à 236.
68. Steed D., D. Donohoe, M. Webster, L. Linsley, the Diabetic Ulcer Study Group, Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers, *J Am Coll Surg*, vol. 183 (1996), pp. 61 à 64.
69. Espensen E., Continuing education: Assessing debridement options for diabetic wounds, *Podiatry Today [série en ligne]*, vol. 20 (2007), pp. 101 à 106. Téléchargé de : <http://www.podiatrytoday.com/article/6825>. Consulté le 21 fév. 2010.
70. Wooten M.K., K. Hawkins, éd. *Énoncé de position du WOCN: Clean Versus Sterile: Management of Chronic Wounds*, 4700 W. Lake Avenue, Glenview, IL : Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, [en ligne] 2001, révisé en 2005 : WOCN Council and the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) 2000 Guidelines Committee. Téléchargé de : http://www.wocn.org/pdfs/WOCN_Library/Position_Statements/clvst.pdf.
71. O'Brien M., Exploring methods of wound debridement, *Br J Community Nurs (12 Suppl)*, vol. 7 (2002), pp. 10 à 18.
72. Chadwick P., S. Haycocks, A. Bielby, J. Milne, A dynamic care pathway to coordinate the use of advanced therapy in diabetic foot ulcerations, *J Wound Care*, vol. 18 (2009), pp. 433 à 437.
73. Enoch S., K. Harding, Wound bed preparation: The science behind the removal of barriers to healing, *Wounds*, vol. 15 (2003), pp. 213 à 229.
74. Eriksson G., Leg ulcers, Diagnosis and treatment, Södertälje, *Astra Pain Control B*, 1994.
75. Slater R., I. Hershkowitz, Y. Ramot, A. Buchs, M. Rapoport, Reduction of digital plantar pressure by debridement and silicone orthosis, *Diabetes Res Clin Pract*, vol. 74 (2006), pp. 263 à 266.
76. Association des infirmières et infirmiers autorisés d'Ontario (RNAO), éd. *Assessment and Management of Venous Leg Ulcers [Internet]*, Toronto, Ont., 2004. RNAO, éd. RNAO Best Practice Guidelines, Téléchargé de : http://www.wocn.org/pdfs/WOCN_Library/Position_Statements/clvst.pdf. Consulté le 2 avril 2011.
77. Shannon R.J., A cost-utility evaluation of best practice implementation of leg and foot ulcer care in the ontario community, *Wound Care Canada (supplément 1)*, vol. 55 (2007), pp. S53 à S56.
78. Enoch S., P. Price, *Should alternative endpoints be considered to evaluate outcomes in chronic recalcitrant wounds?*, *World Wide Wounds [série en ligne]*, vol. 15 (2004), pp. 213 à 229. Téléchargé

de : <http://www.worldwidewounds.com/2004/october/Enoch-Part2/Alternative-Endpoints-To-...>

Consulté le 17 sept. 2010.

79. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), Directive professionnelle : Le consentement, *Directives professionnelles de l'OIIO [en ligne]*, 2009. Téléchargé à : http://www.cno.org/Global/docs/policy/51020_consent.pdf. Consulté le 21 août 2010.

80. Lasair B., *Wound debridement training: Practice based learning for a high-risk skill, BCAHC's Practice Makes Perfect Conference (présentation)*, Victoria, Colombie-Britannique : Reboot Communications, 2007. Téléchargé de :

<http://www.rebootconference.com/practicemakesperfect2007/agenda.php>.

81. Heywood-Jones I., éd. *The UK Code of Conduct, A Critical Review*, Londres, Angleterre : EMAP Healthcare Ltd., 1999.

82. Sussman, Carrie, et Barbara M. Jensen, Tools to measure wound healing, *Wound care: a collaborative practice manual*, 3^e éd., Philadelphie, Pa., Lippincott Williams & Wilkins, pp. 144 à 169, 2007. Version imprimée.

83. Ayello, E. dans Baranoski, S. et E. Ayello, *Wound Care Essentials Practice Principles*, 2^e éd., Lippincott, Williams & Wilkins, chapitre 8, p. 132, 2008. Version imprimée.

Annexes

Annexe A

Glossaire

Certification : C'est un titre de compétences que les infirmières peuvent obtenir volontairement en passant un examen. Ces dernières doivent détenir des connaissances spécifiques de la pratique infirmière, suivre des formations continues et rencontrer les exigences des évaluations nécessaires. Réussir avec succès un examen basé sur les compétences et évalué par des pairs, lequel examine les compétences, les connaissances et les habiletés en tant que professionnelle de la santé dans un domaine spécifique de pratique.

Compétences : L'habileté continue d'une infirmière d'incorporer et d'appliquer les connaissances, les habiletés, le jugement et les attributs personnels requis pour exercer de façon sécuritaire et conforme à l'éthique dans un rôle et un environnement désignés.

Débridement hydrochirurgical : une méthode de débridement chirurgical combinant les effets du lavage à ceux des instruments tranchants.

EMLA® (Eutectic Mixture of Local Anaesthetics ou mélange eutectique d'anesthésiques locaux) : « Le EMLA® est une émulsion (huile/eau) d'un mélange eutectique à base de lidocaïne et de prilocaïne en proportion de 1:1. Cet analgésique dermal est produit par la migration de la lidocaïne et de la prilocaïne à travers les couches cutanées de l'épiderme et du derme, suivie par l'accumulation de ces agents à proximité des terminaisons nerveuses nociceptives de la peau ». AstraZeneca Canada Inc, monographie d'EMLA®, 2004.

Infirmière spécialisée en viabilité tissulaire : Une infirmière se spécialisant dans le maintien de l'intégrité cutanée, y compris le soin des patients atteints de plaies aiguës et chroniques et dans la prévention et la gestion des plaies de pression. Ce terme est utilisé au Royaume-Uni.

Plaie cutanée maligne : Une rupture de l'intégrité épidermique par l'infiltration de cellules malignes (Cooper, 1993).

Plaies bourgeonnantes (fongueuses) : une tumeur présentant à la fois des ulcérations et des zones prolifératives.

Podiatrie : La pratique de la podiatrie consiste en l'évaluation du pied, le traitement et la prévention des maladies et des affections du pied à l'aide de moyens thérapeutiques, de chirurgie, d'orthèses et de mesures palliatives.

La podiatrie est exercée par des praticiens qualifiés et réglementés ayant suivi des programmes et des examens élaborés et reconnus par le gouvernement. Seules les personnes agréées par le *Ontario College of Chiropodist* sont autorisées à exercer à titre de podologistes ou de podiatres. Au Québec, ils doivent être membre de l'Ordre des podiatres du Québec pour pratiquer.

Podologie : Un domaine médical axé sur la prévention, le diagnostic et le traitement des affections associées au pied et à la cheville par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres.

Infirmière stomothérapeute : Au Canada, une infirmière qui détient un certificat d'études supérieures reconnu, ayant des connaissances et compétences approfondies dans le soin des plaies, de stomies et de la continence. Ces études peuvent mener à l'obtention d'une maîtrise. Les infirmières stomothérapeutes peuvent être admissibles à une certification dans cette spécialité de soins infirmiers attribuée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Après avoir réussi l'examen, les stomothérapeutes obtiennent le titre de compétences « Infirmière certifiée en stomothérapie (Canada) ICS(C) ».

Annexe B

Processus de développement

Le CAET a publié dans le Link (2008/2009) un appel à ses membres afin qu'ils puissent manifester leur intérêt à participer à ce projet. Un groupe de sept infirmières stomothérapeutes anglophones et francophones de partout au Canada a été formé. Ce groupe de bénévoles a travaillé à l'aide des moyens de télécommunication en ligne pour élaborer le présent document. Les revues de littérature ont été effectuées à l'aide des services bénévoles offerts par des bibliothécaires de recherche du Québec et de l'Alberta. Les articles ont été distribués en copie papier par la poste et en version électronique par courriel. La révision par des intervenants internationaux a été effectuée à l'aide d'un sondage en ligne qui leur permettait d'insérer des commentaires dans le texte et de répondre à des questions pertinentes à choix multiples. Un exemplaire provisoire des recommandations en format PDF a été fourni aux réviseurs. La rétroaction des parties prenantes a été incorporée à l'aide d'un processus de consensus par les membres du groupe par le biais d'une téléconférence. Une relecture finale du document a été faite par deux infirmières; la rétroaction a été incorporée par la chef de projet et son adjointe.

Annexe C

Stratégie de recherche

Bases de données :

Ovid EBM Reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews (4^e trimestre de 2009), HealthSTAR, PsycINFO, Medline Plus, Unbound Medline et CINAHL.

Mots recherchés

Termes recherchés :

1. Blessures par objets tranchants lors du débridement conservateur
2. Débridement chirurgical conservateur
3. Débridement chirurgical
4. Débridement chirurgical de plaies
5. Débridement à l'aide d'une curette

1 à 5 ET :

Compétences cliniques

Ulcères de pied diabétique

Ulcères de la jambe

Plaies de pression

Restrictions : anglais et français, humains, adultes (19 +)

Annexe D

Liens utiles :

Association canadienne des stomothérapeutes : <http://www.caet.ca>

Association canadienne du soin des plaies : <http://www.cawc.net>

Association des infirmières et infirmiers du Canada : <http://www.cna-nurses.ca>

Association médicale podiatrique canadienne : <http://www.podiatrycanada.org>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario : <http://www.rnao.org>

Tissue Viability Association/ Wound Care Alliance U.K: <http://www.wcauk.org>

World Council of Enterostomal Therapists (mondial) : <http://www.wcetn.org>

Wound Ostomy Continence Nurses Society (É.-U.) : <http://www.wocn.org>

Annexe E

Guide pour la méthode d'utilisation de la crème EMLA®

Evans et Gray (2005) ont recommandé que la crème soit appliquée directement sur le lit de la plaie et recouverte d'un film transparent durant au moins 20 minutes avant le débridement pour un effet maximal. À titre de pratique sécuritaire, il est recommandé de limiter l'application à une superficie de moins de 100 cm². Si le soulagement de la douleur souhaité n'est pas obtenu après un prétraitement de 20 minutes, il peut être nécessaire alors d'appliquer la crème durant 45 à 60 minutes avant le débridement. Pour une utilisation sécuritaire, il est recommandé d'appliquer de 1,5 à 2,5 g/10 cm² de crème en couche mince sur une superficie maximale de 100 cm². AstraZeneca Canada Inc, monographie de l'EMLA®, 2004. La réaction locale la plus courante est une sensation de brûlure passagère observée dans 15 % des cas tandis que de légères rougeurs locales et de pâleur ont été observées dans 2 à 3 % des cas.⁶³ L'utilisation concomitante d'un analgésique systémique est également recommandée.

Annexe F

Algorithme décisionnel pour choisir le DCC

Permission	<ul style="list-style-type: none">• Permis par la législation• Dans le champ d'exercice de la pratique• Politiques institutionnelles en place
Formation	<ul style="list-style-type: none">• Cours de base sur le soin des plaies• Atelier de perfectionnement des compétences• Mentorat• Assurance des compétences
Environnement	<ul style="list-style-type: none">• Environnement contrôlé• Mesures de sécurité en place
Consentement	<ul style="list-style-type: none">• Explication des risques et des avantages• Consentement spécifique obtenu
Facteurs liés à la plaie	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation complète• Choix de la méthode de débridement; rapide, en série ou combiné• Débridement sélectif des tissus• Suspicion de la présence de biofilms• Contrôle de la douleur

Choisir le DCC

