

Douleur et plaies

Colloque « La prise en charge infirmière des soins de plaies chroniques »

Bertrix, le 5 octobre 2024

Agnès Pirenne,

Infirmière référente douleur

Vivalia Arlon



Introduction

- Odette, 85 ans
- Plaies d'ulcères artérioveineux
- Soins depuis 3 mois au domicile
- « *J'ai déjà mal quand j'entend le coup de sonnette des infirmières* »



D
O
U
L
E
U
R
&
P
L
A
I
E

Douleur de fond

- Etiologie, oedème, inflammation, irritation par l'exsudat
- Douleur nociceptive
- +/- Composante neuropathique
- +/- Composante nociplastique

Douleur induite par la réfection du pansement

- Retrait du pansement: Fixation / adhésif - Plaie sèche, pansement collé
- Plaie à l'air
- Débridement - Bords de la plaie sont très sensibles
- Inconfort de l'installation
- « Aiguillon quotidien »

Douleur après la réfection du pansement

- Persistance de la douleur après débridement
- Corrosion des produits appliqués
- Fixation gênante



Facteurs influençant la douleur induite



Liés au soin

- Nature du geste et site
- Durée et répétition



Liés à l'environnement

- Cadre nouveau ou connu
- Lieu calme ou bruyant, agitation, attente...



Liés au patient

- Ancienneté de la maladie, antécédents de douleur
- Age, degré de fatigue, insomnie, présence de douleur de fond
- Représentation de l'acte, compréhension de la nécessité du soin



Liés au soignant

- Maîtrise du soin, organisation
- Degré d'attention, capacité d'empathie
- Connaissance et disponibilité de moyens antalgiques

Douleur induite par les soins: Conséquences pour le patient

Immédiates

- Tachycardie, HTA, malaise vagal, épuisement...
- Agitation, agressivité
- Anticipation anxieuse
- Soins incomplets, voire impossibles => retard cicatrisation

A long terme

- Mémoire de la douleur
- Phobie des soins
- Refus de soins
- Dégradation de la qualité de vie



Douleur et plaies...

- Prendre en charge la douleur pendant la réfection du pansement permet un geste efficace => gagner du temps en favorisant la cicatrisation

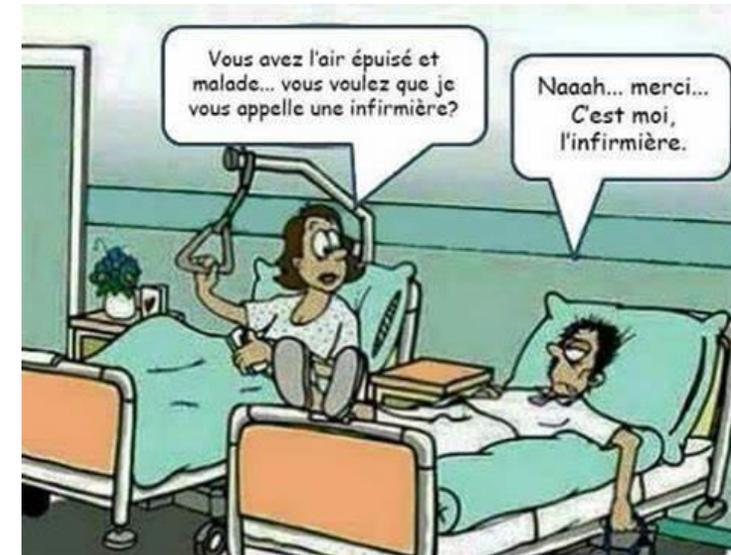
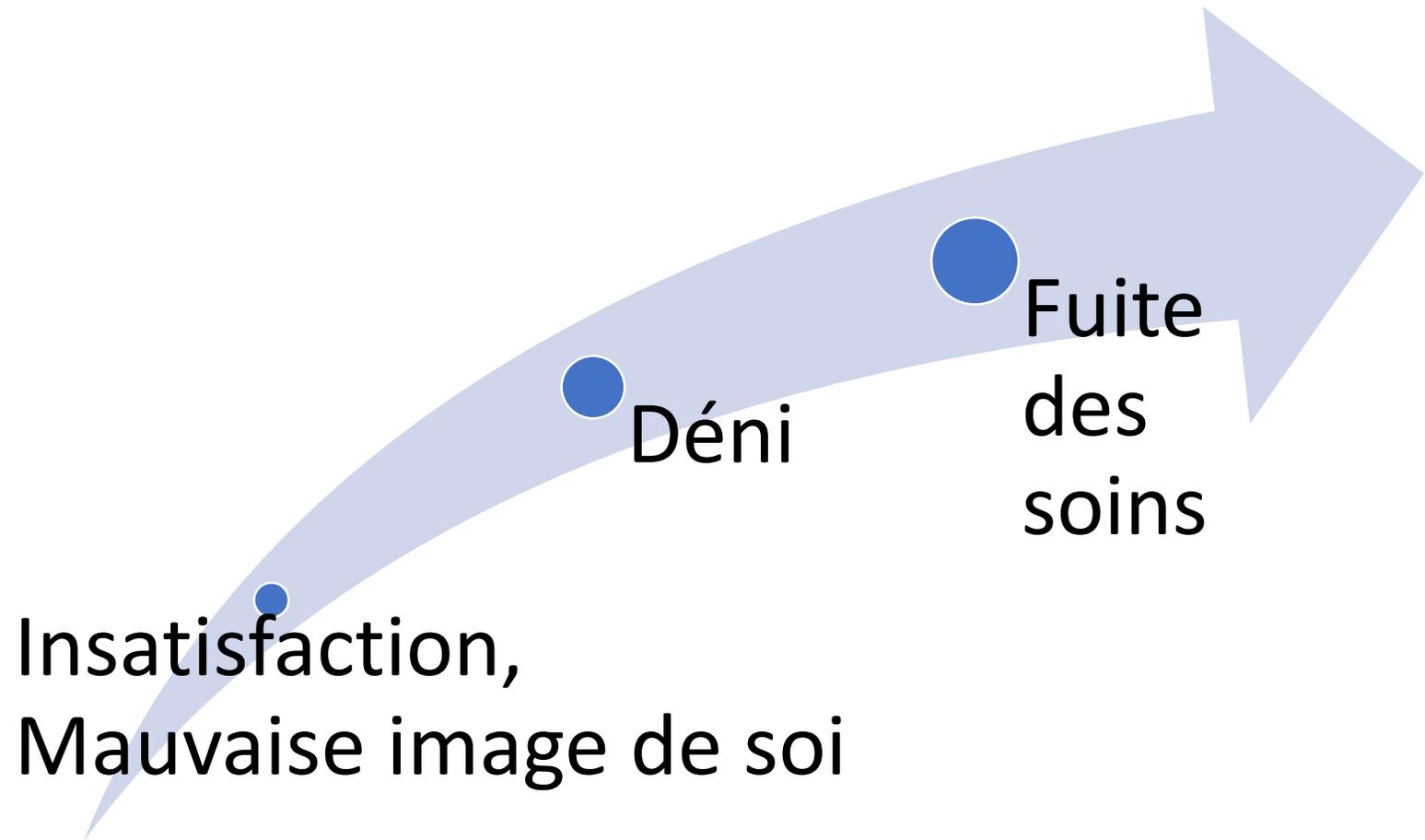


- Douleur signe d'alerte?

- Infection
- Pathologie sous-jacente :
 - Artérite
 - Ischémie
 - C'est à la formation de l'escarre que la douleur est présente
 - ...



Douleur induite par les soins: Conséquences pour le soignant



Un peu,
beaucoup,
passionnément
... à la folie!!!

Alors, si vous deviez dire
combien vous avez mal... En
sachant que 0, c'est aucune
douleur et 10, la douleur la plus
insupportable... Là, maintenant
quand je vous parle, à combien
évaluez-vous votre douleur???



Douleur et plaie: évaluation

« Évaluer la douleur, c'est déjà la traiter! »

Dessin: Hélène Pirenne





EN ETAU

Douleur là maintenant?

Douleur depuis quand,
à quel moment?

Jamais
douleur
zéro...

Brûlures

Etau

Eclairs

Orage
dans les
jambes



DECHARGE ELECTRIQUE



BRULURE



Evaluation

COQC



TILT



- **Combien? Intensité?** => Echelles
 - Auto-évaluation: EN, EVA, EVS
 - Hétéroévaluation: **ECPA**
- **Où? Localisation ?**
- **Quand? Temps?**

Echelle Visuelle Analogique
EVA



Echelle Numérique
EN



Echelle Verbale Simple
EVS

- 10 ← Douleur **extrêmement intense**
*Douleur la plus insupportable
Douleur maximale imaginable*
- 8 ← Douleur **très intense**
Douleur très forte
- 6 ← Douleur **intense**
Douleur forte
- 4 ← Douleur **modérée**
Douleur moyenne
- 2 ← Douleur **faible**
Douleur faible
- 0 ← **Absence de douleur**

Cote chiffrée
de l'EVS

- 4
- 3
- 2
- 1
- 0

=> Timing de la douleur:

- Fond douloureux
 - Au retrait du pansement
 - Pendant la réfection du pansement
 - Quel geste?
 - Après la réfection du pansement
- **Comment? Type?**
- => Ecouter, entendre le patient...

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B.: les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM :	Prénom :	Sexe :	Âge :	
-------	----------	--------	-------	--

Date :	Service :
Heure :	Nom du Cotateur :

SCORE

Evaluation, Comment? Type?

- « On peut grimper aux murs sans échelles ... »
- Brûlure
- Etau
- Orage dans les jambes
- « Pied dans l'eau bouillante »
- « Chaussettes glacées »
- « Impression de porter des bottes de ski »
- ...

DESCRIPTION DE LA DOULEUR

De préférence, utiliser les mots du patient.

SUGGESTIONS



DECHARGE ELECTRIQUE



PINCEMENT



CHAUD



FROID



LOURDEUR



BATTANTE



DEMANGEAISONS



FOURMILLEMENT



COUP DE MARTEAU



ETIREMENT



PIQURE



DECHIRURE



BRULURE



EN ETAU



COUPURE

Douleur neuropathique

DN4

Questionnaire

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par "oui" ou "non".

Interrogatoire du patient

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

	OUI	NON
1 Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2: La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

	OUI	NON
4 Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen du patient

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence?

	OUI	NON
8 Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par?

	OUI	NON
10 Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point
NON = 0 point

Score du patient: /10

LYN07F002099

Comment les patients décrivent-ils leur DNP ?

La douleur neuropathique peut être invalidante, avec des descriptions typiques incluant:¹¹



Sensations de piqûres,
de picotements ou
de fourmillements



Chocs électriques ou
douleurs fulgurantes



Sensation douloureuse
de froid ou de gel



Sensation de chaleur
ou de brûlure



Engourdissement

Image Grunenthal

Douleur et plaies:

- **Allodynie** = « Douleur provoquée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur »
 - Exemples:
 - contact du drap sur un coup de soleil,
 - ne supporte pas le drap sur le pied,
 - ne supporte pas la chaussette, le pansement...
 - « caresse douloureuse »
- **Hyperalgésie** = « Sensibilité accrue à la douleur, où des stimuli normalement douloureux provoquent une douleur exagérée »



Composantes de la douleur

- Composante sensori-discriminative:
 - **excès de nociception, atteinte neuropathique**
 - Combien, où, quand, comment? (ou le TILT)
- Composante cognitive:
 - **« je sais que cela va faire mal »**
- Composante émotionnelle:
 - **anxiété, image de soi**
- Composante comportementale:
 - **crispation, retrait de la zone à traiter, cris, pleurs, agressivité, ...**

=> Conditionnement douloureux, phobie des soins

Douleur et plaies: quels traitements ?



Douleur et plaies, traitement:

1. Traitement étiologique:

- Traitements généraux:
 - ATB pour infection
 - Corticoïdes pour artérite
- Radiologie invasive, chirurgie, ...
- Favoriser la cicatrisation
 - Repos – « pied surélevé » (limiter l'œdème) – bas/bande de contention
 - Traiter la peau environnante:
 - Hydratation
 - Traitement local (ex Cortisone)
 - Une plaie couverte (greffe) fait moins mal



Douleur et plaies, traitement

2. Traitement symptomatique





Moyens médicamenteux

Traitement de fond stabilisé
Prémédication antalgique
Bain antalgique / EMLA

MEOPA



Moyens non médicamenteux

Gate control et distraction
Renforcement et distraction
Toucher, massage, ...
Réalité virtuelle

Pratiques psychocorporelles
Relaxation, respiration, ...
Hypnose, ...



Posture professionnelle

Savoir faire

Organisation des soins
Installation, environnement calme
Maîtrise et connaissance de la technique, des protocoles de soins
Manutention

Savoir être

Explications, écoute, communication thérapeutique
Alliance thérapeutique

Douleur induite par les soins de plaie, quels outils ?



Moyens médicamenteux

- 1^{er} objectif: **patient confortable en-dehors des soins**

- => Fond douloureux bien traité

- 2^{ème} objectif: **douleur supportable pendant les soins**

Douleur « zéro » = utopie => informer le patient et le rassurer quand au fait qu'on va mettre tout en œuvre pour limiter la douleur pendant le soin



Fond douloureux stabilisé

- Si le patient a déjà mal avant, le soin ne sera pas confortable
 - => Voies de la douleur sensibilisées
 - Neurones sur « les startingblocks »
- ! Composante neuropathique dans les plaies
- **Evaluer** la douleur régulièrement
 - => Adapter le traitement de fond**





Fond douloureux stabilisé

- Analgésie **multimodale**
- Composante **nociceptive**
 - Paracétamol d'office, +/-AINS
 - Tramadol (voie sérotoninergique intéressante)
 - Morphine
- Molécule retard pour le fond douloureux, molécule à libération immédiate en interdose
- Composante **neuropathique**
 - Anti-épileptiques (**Neurontin** = Gabapentine, **Lyrica** = prégabaline): efficace de suite mais effets indésirables => commencer à petites doses et majorer progressivement.
 - Certains antidépresseurs: pas d'efficacité avant une dizaine de jours
 - Rivotril (anti-convulsivant)



Douleur supportable pendant les soins

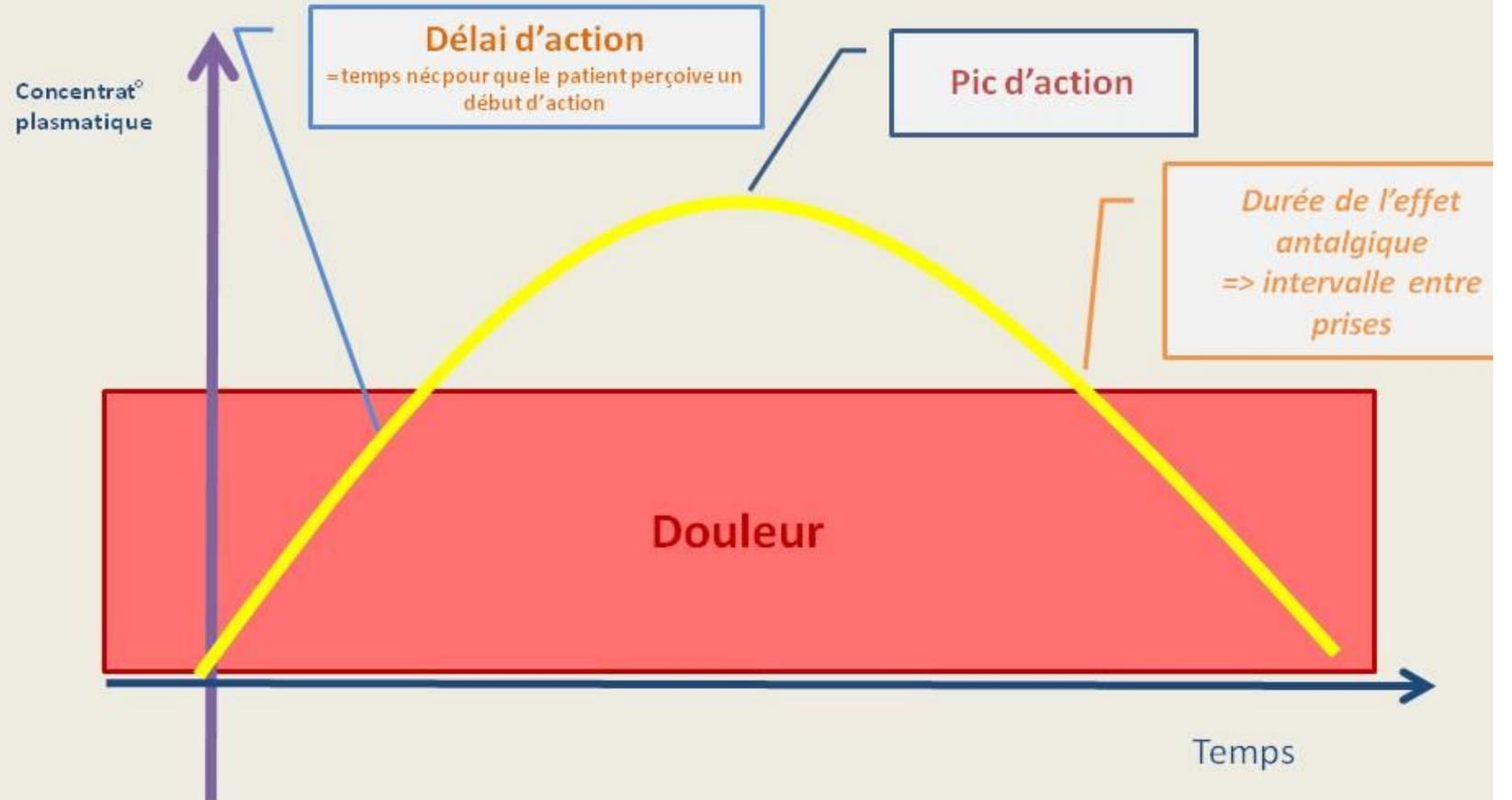
- 2^{ème} objectif: Limiter la douleur induite par la réfection du pansement
 - Prémédication antalgique
 - « Bain antalgique »
 - MEOPA



Prémédication antalgique

=> Respecter la pharmacocinétique
des antalgiques

Pharmacocinétique des antalgiques





Prémédication antalgique



- Pic d'action?
 - => CBIP
 - Variabilité des métabolismes – « la plus petite dose efficace »
 - => généralement, en PO, prévoir d'office **1H avant le soin**
- Les antalgiques PO peuvent être pris en dehors des repas (sauf AINS)
 - Ne pas attendre le petit déjeuner...
- Si la planification est trop serrée, envisager de donner la forme au délai d'action le plus rapide
 - IV - SC plus rapide que PO et meilleure biodisponibilité
 - Forme en gouttes agit généralement plus rapidement
 - ODIS = orodispersible et non pas sublingual !



Le Bon Moment

Délai et pic d'action des antalgiques (à libération immédiate) :

Nom	Voie d'admin.	Délai d'action	Pic d'action	Intervalle entre 2 prises pour traitement de fond
Dafalgan Comprimé	PO	45 min	45 à 75 min	6 à 8H
Dafalgan Odis (sans eau)	PO	45 min	1h15 min	6 à 8H
Dafalgan Effervescent	PO	20 min	30 min	6 à 8H
Paracétamol Frésenius « Perfusalgan »	IV	5 à 10 min	60 min	6 à 8H
Tradonal Odis	PO	30 à 45 min	60 à 120 min	6 à 8H
Tradonal gouttes	PO	20 min		6 à 8H
Tradonal Ampoule	IV	10 à 15 min	45 min	6 à 8H
Acupan	PO	30 à 45 min	60 à 180 min	6 à 8H
Acupan	IV	10 à 30 min	60 min	6 à 8H
MS Direct	PO	30 min	60 min	4 H
Morphine Ampoule	S/C	15 min		4 à 6H
Morphine Ampoule	IV	5 min	10 min	titration
Oxynorm Instant	PO	30 à 60 min	90 min	4 H
Dipidolor Ampoule	IM	15 à 30 min	60 à 120 min	8H
Dipidolor Ampoule	IV	2 à 4 min	< 10 min	titration

Paracétamol, tramadol et néfopam peuvent être réitérés après 4H, à condition de respecter le dosage maximum/24h

*Ces temps varient selon les littératures ...
mais surtout
en fonction du métabolisme de
chaque patient !*

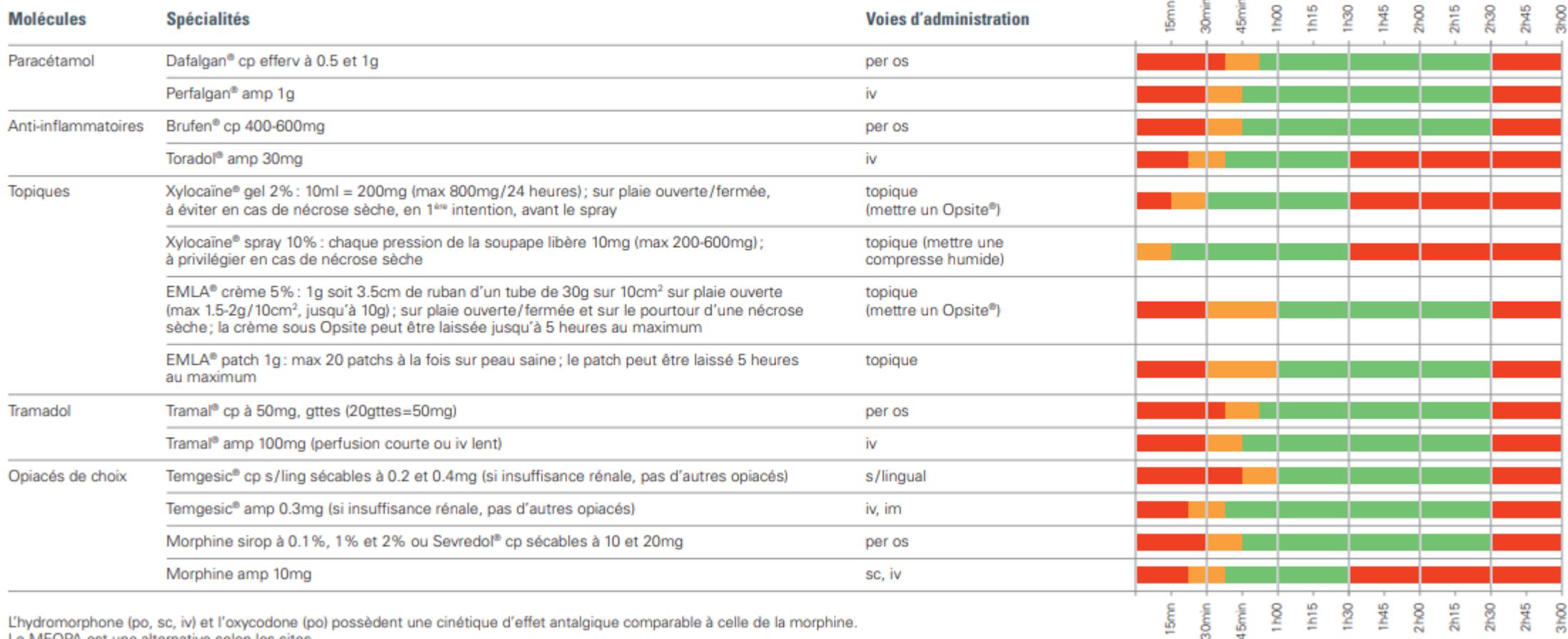
En prévention d'un acte douloureux (toilette, pansement, kiné, ...)
→ Antalgique à Libération Immédiate
à donner **minimum 1H**
avant le soin !

Avant de prescrire un antalgique

- 1) faire un bilan étiologique ; 2) évaluer le traitement en cours (efficacité, interactions, etc.);
- 3) évaluer l'intensité de la douleur attendue et les co-morbidités ; 4) privilégier les prescriptions en cours.

Le bon antalgique au bon moment

- Ne pas faire le soin
- On peut commencer
- Faire les soins (efficacité max.)



L'hydromorphone (po, sc, iv) et l'oxycodone (po) possèdent une cinétique d'effet antalgique comparable à celle de la morphine. Le MEOPA est une alternative selon les sites.

<https://www.hug.ch>



Prémédication antalgique

- Limites:
 - Prescription palier 3 au domicile
 - Intolérance:
 - N+V+ (prévoir anti-émétique lors des 1^{ère} prises)
 - Somnolence après la stimulation douloureuse



D'après «Gaston» de Franquin



Bain antalgique

- Application de crème anesthésique locale +/- 10 minutes avant le soin
 - Xylocaïne gel 2%
 - Xylocaïne pommade 5%
 - Hors AMM
- Permet un soin plus agressif (déterSION mécanique)
 - Appliquer au gant stérile pour plus de confort
 - Une compresse ouverte pour « piéger » le gel
 - Dans le lit de la plaie + sur **2 cm sur les berges**
- Si douleur après le soin, ajouter 1A° de morphine au gel et laisser plus longtemps





Bain antalgique

Dossiers en soins palliatifs
Exclusivement sur le web

Prise en charge des plaies douloureuses au stade avancé de la maladie

Romayne Gallagher MD CCFP

Septembre 2010

Voici une ordonnance type:

- 100 mg de morphine dans 10 g de gel amorphe pour plaies (concentration de 1%). En appliquer 5 g par jour sur les tissus exposés avant de mettre un nouveau pansement.

D^{re} Gallagher est directrice du Programme de soins palliatifs en établissement au Providence Health Care à Vancouver, en Colombie-Britannique, et professeure clinicienne à la Division des soins palliatifs de l'University of British Columbia.

Figure 1. Poudre de méthadone (100 mg de méthadone dans 10 g de poudre inerte pour les plaies) appliquée sur une plaie de pression due à des maladies concomitantes multiples et à la démence: On saupoudre le produit sur la plaie et on le répartit également jusqu'aux bords de la plaie. S'il y a destruction tissulaire plus large sous la surface, on peut mettre la poudre dans une grande seringue et, en se servant de l'air derrière la poudre, on peut la « souffler » sur les tissus en-dessous des bords de la plaie. .



UTILISATION DE LA MORPHINE TOPIQUE RECOMMANDATIONS



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Réseau douleur – Centre des plaies et cicatrisation novembre 2015

Prescription magistrale (aucun gel accepté sur le marché suisse)

- Sur prescription médicale
- Gel de morphine à 0.2% (exemple : Morphine HCl 20 mg dans 10 g de Nu-Gel®) à mettre directement sur la plaie douloureuse 1x/24h après avoir rincé la plaie avec du NaCl 0.9%. Pansement occlusif.
- Si l'évolution est favorable, la morphine topique peut être appliquée 1x tous les 2 jours.
- L'effet antalgique se manifeste dans un délai d'une heure environ et peut durer de 2 à 24h.
- Bien que peu relatée, l'utilisation de morphine en spray, directement de l'ampoule de 10mg ou diluée (10 mg dans 45 ml de NaCl 0.9%) se fait également en anticipation du soin (douleur induite).

Autres expériences d'utilisation:

- Linisol 2% sur compresse
- « trempage » dans un bain de marcaïne
- Xylocaïne spray 10%
 - Plaie de laryngectomie (irradiée)
 - Plaies en vasculaire, en orthopédie



EMLA[®] (lidocaïne - prilocaïne)

- Patch ou crème, film plastique
- Plutôt crème pour les plaies
- Article de A.LIRON « Conseils pratiques d'une infirmière en pansements » Revue de l'infirmière mai 2007 n°130: *Il existe sur le marché un seul produit ayant l'AMM pour l'analgésie des plaies, c'est la crème Emla[®] ; mais son délai d'action est de 30 minutes. Le manque de temps des infirmiers (tant en milieu hospitalier qu'en libéral) limite son utilisation. Et la plupart du temps la xylocaïne[®] est utilisée sur prescription hors AMM pour l'analgésie locale en raison de délai d'action plus court (xylocaïne 5%: 5 à 10 mn ; gel à 2%: 10 à 20 mn)*



EMLA 5% tube 5g	5€
Xylocaïne gel 2% 1 tube 30g	6,45€
Xylocaïne gel 2% seringue de 10g	3€
Xylocaïne pommade 5% tube 35g	6,98€
Xylocaïne spray 10% 50ml	24,39€



MEOPA

- Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote
- Administration par infirmier formé, chez l'enfant comme chez l'adulte
- Sédation consciente
- Favorise la suggestibilité => accompagner par de la distraction
- Uniquement en milieu hospitalier
- Analgésiant, anxiolytique, « amnésiant »
 - Participe à la reprise de confiance dans le soin





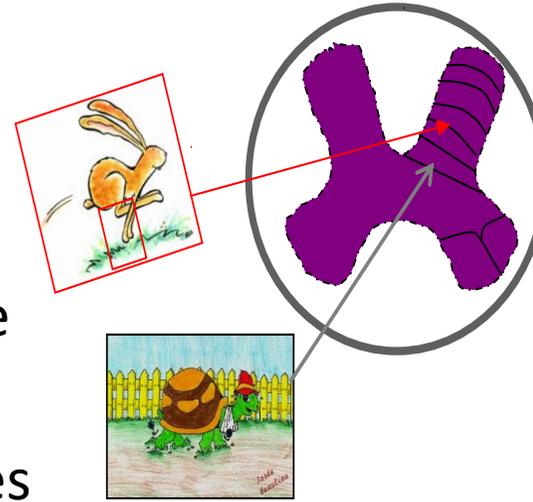
Moyens non médicamenteux

- Rappel du « gate control » => fermer la porte aux relais médullaire
- Renforcement et distraction
- Réalité virtuelle
- Techniques psychocorporelles:
 - Relaxation – respiration
 - Hypnose
- ...



Gate control

- Il existe un relai neuronal au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière
- Les fibres neuronales du toucher sont des fibres rapides en regard de celles de la douleur
- En activant ces fibres du toucher, on ferme la porte au niveau du relai médullaire, de la transmission de l'influx douloureux vers les structures supérieures
- *Applications:*
 - *Toucher massage*
 - *Maintien ferme du membre sur lequel on travaille*
 - *Geste de toucher « d'entrée en contact », rassurant et opportun*





Renforcement et Distraction, utiliser en combinaison

Renforcement

- Encourager une attitude positive qui va diminuer l'anxiété, diminuer le stress, diminuer la peur de la douleur
- **Encourager** à toujours agir ainsi
- Le patient devient acteur et non témoin
- Laisser au parent la possibilité d'être à sa place

Comment aider son enfant lors des soins: <https://www.sparadrap.org/parents/aid...>

Distraction

- Doit être démarrée avant le soin et prolongée pendant tout l'acte technique
- Entrer en relation
- Le cerveau est incapable de faire 2 choses à la fois => attirer vers un centre d'intérêt qui est propre au patient. Le cerveau de celui-ci travaillera pour suivre la conversation et ne fera pas attention au soin.
- Distraction d'autant plus efficace que le patient au centre de la conversation, qu'il est acteur de l'histoire





Outils pour la distraction

- Chez l'adulte:
 - Centres d'intérêts: voyages, hobby, famille, ...
 - Actualités positives
 - Surprendre le patient au moment du geste douloureux: « berfeuiller », dire une bêtise, ...





Réalité virtuelle

- Intégration de concepts hypnotiques
- Demande un environnement calme
- Respecter les phases: induction, balade, sortie de...
- Possibilité de donner une consigne au patient

Relaxation - Respiration



- Mettre tout en œuvre pour que le patient soit détendu
 - Position confortable
 - Découvrir à la dernière minute (éviter le froid et la contracture musculaire)
 - Utiliser le chaud (couverture, essuie, ...)
 - ...
- Proposer l'utilisation d'une technique de respiration ventrale :
 - *accompagner le patient avec une voie douce*
 - *« inspirer par le nez en gonflant le ventre, souffler doucement par la bouche en dégonflant le ventre »*



Posture professionnelle

- Organisation des soins
- Installation, environnement calme
- Maîtrise et connaissance de la technique, des protocoles de soins
- Explications, écoute, communication thérapeutique

=> Alliance thérapeutique



Organisation des soins

- Respecter le timing du traitement antalgique
 - Problématique des « tours de distribution »
- Commencer par ce qui est le moins douloureux
- Autoriser un geste de stop – faire une pause
- Postposer le soin?
- Eviter les enchainements trop rapprochés, laisser au patient la possibilité de récupérer
 - En pédiatrie, respect du rythme de l'enfant
 - En gériatrie ???
- Avoir tout son matériel à disposition



Installation du patient

- Position confortable pour le patient, éviter la crispation
- Environnement calme, « agréable »
- Eviter les frottements et les points d'appui
- Décharger la plaies: arceau, chaussure, coussins



Coussin sous le genou pour éviter le porte-à-faux)

Maitrise de la technique dans les soins de plaie

- Veiller à un **décollement du pansement indolore**
 - ✓ Un pansement humide se décollera plus facilement
 - ✓ Imbiber copieusement et **laisser le temps** pour que le décollement s'effectue
 - ✓ Stopper le VAC au minimum 1h avant le retrait
 - ✓ TrioNiltac®
- Choisir un type de pansement à refaire le moins souvent possible, choisir le « **bon** » type de pansement
 - ✓ Régulation de l'humidité



Maitrise de la technique dans les soins de plaie

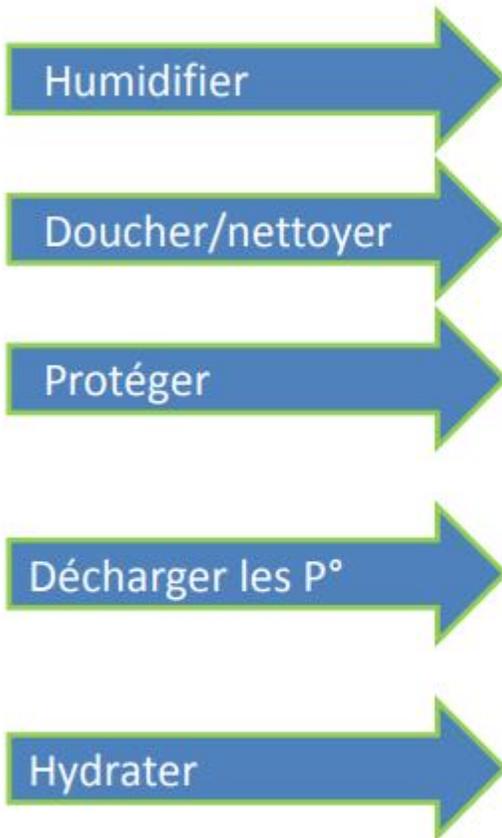
- Le frottement sur la plaie génère une douleur forte, surtout quand il y a une allodynie
 - ✓ Asperger, sinon tamponner, plutôt que frotter
 - ✓ Utiliser des gants stériles à usage unique (type gants pour aspiration endo-trachéale) pour appliquer les crèmes (génère moins de douleur qu'un abaisse langue + active le Gate Control + geste plus précis)
 - ✓ Utilisation de Débrisoft® si indication plutôt qu'une curette (éviter les gestes douloureux)
- Choisir un **système de fixation solide** mais ne générant pas de douleur au retrait (ex. bande auto-agrippante, bande velpeau ou filet plutôt que Mefix,) – couper les bandes aux ciseaux lors du retrait
- S'installer confortablement pour avoir un geste précis



Les mains : douceur ou douleur ?

Des gestes antalgiques de base lors de la réfection
de pansements de plaies

Installer le patient confortablement et l'informer du déroulement du soin



Humidifier pour décoller le pansement
Selon la situation utiliser le spray NiltacTM



Nettoyer la plaie sous la douche
Nettoyer avec un gant jetable doux
ou des compresses



Protéger la plaie de l'air avec une compresse
humide en attendant la réfection de celui-ci



Utiliser des interfaces entre la plaie et la
compresse de recouvrement



Privilégier les bandages et les bandes tubes
Eviter le Mefix[®] Préférer le Micropore[®]
Selon situation utiliser le film spray protecteur
CavilonTM sur le pourtour de la plaie



Eviter les frottements et les points d'appui
Décharger la plaie (arceau, coussins,
chaussures)

**Sans oublier... l'essentiel...
l'hydratation de la peau**



Préférer les crèmes sans urée pour les
peaux fragiles
Réchauffer la pommade entre les mains pour
faciliter son application



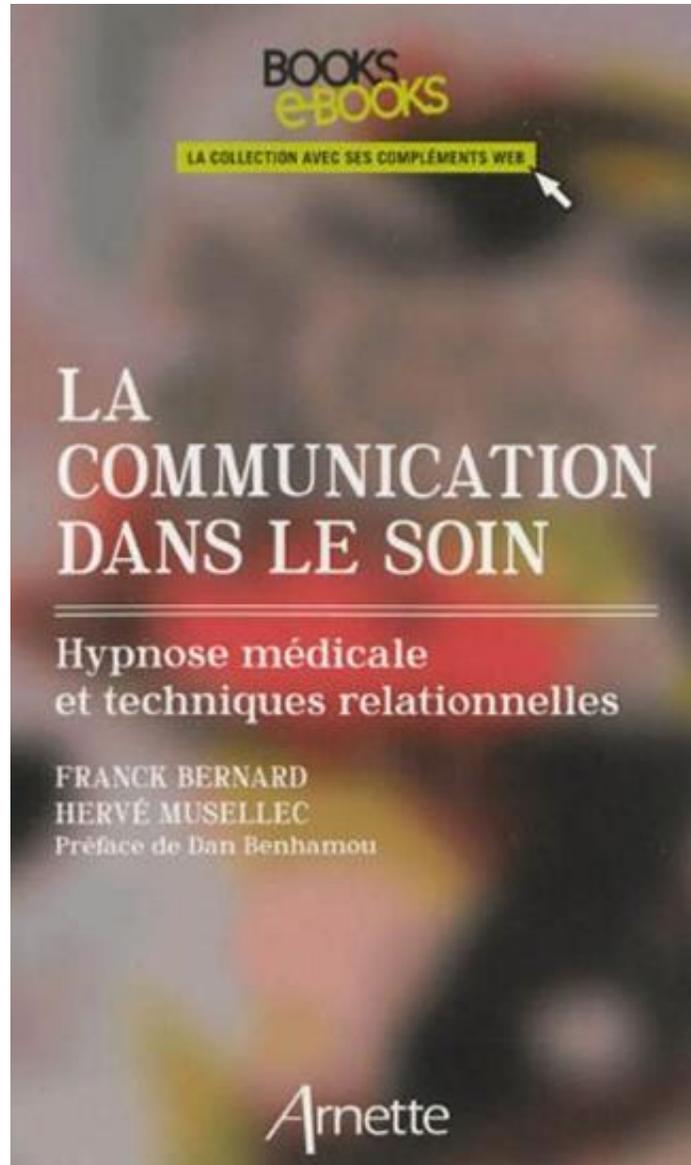
Plus d'info <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/>
<http://plaies-cicatrisation.hug-ge.ch/>

Cellule douleur du Service de médecine
interne et Département des spécialités de
médecine Mai 2014

B. Cortes, F. Furo, Raffaeli, C. Gibert de Vautbault,
L. Grandjean, Y. Habbad, L. Janni, S. Kupferschmid
Références - DANA, le douleur au changement d'un pansement,
1995. Principles of best practice: Minimising pain at wound



La communication thérapeutique



Conclusions



- Boite à outils
 - Fond douloureux stabilisé indispensable !
- Analgésie multimodale => agir sur les 3 axes:
 - Médicamenteux
 - Respecter la pharmacocinétique des antalgiques
 - Non médicamenteux
 - Posture professionnelle
- S'adapter au patient, réflexion, créativité, pas de routine
- Echanger sur les pratiques, continuer à s'informer, se former, bénéficier de l'expérience des autres
 - => Algopoly
 - => agnes.pirene@vivalia.be

Ressources:

- www.sparadrap.org
- www.cnrd.fr
- www.sfetd-douleur.org

Merci pour
votre attention

