

PRINCIPES DE MEILLEURES PRATIQUES



Une initiative de la World Union of Wound Healing Societies

Atténuation de la douleur au cours des procédures de renouvellement de pansement **Document de consensus**



1. European Wound Management Association. Position document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002. Disponible sur www.ewma.org
2. Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (4A Suppl): 2-15.
3. Best practice: minimising pain at wound dressing changes. Summary of the proceedings of a meeting of key opinion leaders. Amsterdam, 23-24 September 2003.

AVANT-PROPOS

Ce guide est une initiative pédagogique de la World Union of Wound Healing Societies. Il est basé sur deux documents fondamentaux: le document de synthèse sur "La douleur au changement d'un pansement" l'EWMA (European Wound Management Association)¹ et un supplément de l'Ostomy Wound Management intitulé "Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach"². En tant qu'initiative pédagogique internationale, ce document a été rédigé à l'intention de tous les intervenants dans les procédures de changement de pansement dans le monde entier.

Les principes présentés sont fondés sur des énoncés tirés des documents mentionnés plus haut et sur l'avis consensuel d'un groupe de travail d'experts internationaux (voir ci-dessous)³. Pour que le concept des meilleures pratiques fasse une réelle différence dans le domaine des soins aux patients, il serait bon que les cliniciens adoptent ces recommandations et les fassent connaître à leurs collègues, patients et soignants

Professeur Keith Harding

REDACTRICE EN CHEF:

Suzie Calne

GESTIONNAIRE DE PROJET

- REDACTION:

Kathy Day

CONSEILLER -

REDACTION:

Ray Pediani

REDACTRICE ADJOINTE/

MISE EN PAGE:

Kathy Day

CONCEPTION:

Jane Walker

IMPRIME PAR:

Viking Print Services Ltd, R-U

TRADUCTION:

Alden Translations (R-U)

DIRECTRICE D'EDITION:

Jane Jones

PUBLIE PAR:

Medical Education Partnership

Ltd, 53 Hargrave Road

London N19 5SH

Tel: 00 44 (0)20 7561 5400

Fax: 00 44 (0)20 7561 5401

Email: info@mepltd.co.uk

Web: www.mepltd.co.uk

© MEP Ltd 2004

Avec le soutien financier de
Mölnlycke Health Care.

Les opinions exprimées dans
cette publication sont celles
des auteurs et ne reflètent pas
nécessairement celles de
Mölnlycke Health Care.



GRUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS

Michelle Briggs, Université de Leeds (Royaume-Uni)

Frank D Ferris, Centre de soins palliatifs de San Diego (US)

Chris Glynn, Hôpital Churchill, Oxford (Royaume-Uni)

Keith Harding, Collège de médecine, Université du Pays de Galles, Cardiff (Royaume-Uni)

Deborah Hofman, Hôpital Churchill, Oxford (Royaume-Uni)

Helen Hollinworth, Collège du Suffolk, Ipswich (Royaume-Uni)

Diane L Krasner, Rest Haven, York (US)

Christina Lindholm, Hôpital universitaire Karolinska, Stockholm (Suède)

Christine Moffatt, CRICP, Université Thames Valley, Londres (Royaume-Uni)

Patricia Price, Collège de médecine, Université du Pays de Galles, Cardiff (Royaume-Uni)

Marco Romanelli, Université de Pise (Italie)

Gary Sibbald, Université de Toronto (Canada)

Mike Stacey, Université d'Australie occidentale (Aus)

Luc Téot, Hôpital Universitaire de Montpellier (France)

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES

Secrétariat: MF Congrès, 8 rue Tronchet, 75008 Paris, Francia

Tel: 00 33 1 40 07 11 21

Fax: 00 33 1 40 07 10 94

Web: www.wuwhs.org

Comment citer ce document: Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.

PRINCIPES DE MEILLEURES PRATIQUES

Une douleur non résolue a un effet négatif sur la cicatrisation d'une plaie et affecte la qualité de vie. Il est possible de prendre en charge la douleur due aux procédures de renouvellement de pansement en combinant une évaluation précise, un choix de pansement adapté, une prise en charge compétente de la plaie et un plan d'analgésie individuel.

Pour des raisons thérapeutiques aussi bien qu'humanitaires, il est essentiel que les cliniciens sachent comment évaluer et prendre en charge la douleur. Des connaissances de base en physiologie de la douleur permettront aux intervenants dans les procédures de changement de pansement de comprendre la douleur ressentie par le/la patient(e).

Il est fondamental de savoir que la douleur causée par une plaie est multidimensionnelle et que l'environnement psychosocial du/de la patiente(e) influence et affecte son expérience psychologique de la douleur.



L'Association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme une "sensation désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion" (www.iasp-pain.org).

COMPRENDRE LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR

Il y a deux types de douleur: la douleur nociceptive et la douleur neuropathique. La douleur nociceptive peut être définie comme une réponse physiologique appropriée à un stimulus douloureux. Elle peut inclure une inflammation aiguë ou chronique. Une douleur nociceptive aiguë survient en réponse à une lésion tissulaire et sa durée est généralement limitée. Quand les plaies sont longues à cicatriser, la réponse inflammatoire prolongée peut provoquer une sensibilité accrue de la plaie (hyperalgie primaire) et de la peau environnante (hyperalgie secondaire).

La douleur neuropathique a été définie comme étant une réponse inappropriée causée par une lésion primaire ou un dysfonctionnement du système nerveux. Une atteinte nerveuse est la cause de lésion primaire la plus courante, et elle peut être causée par un traumatisme, une infection, un trouble métabolique ou un cancer. La douleur neuropathique est un facteur majeur de développement d'une douleur chronique. Elle est souvent associée à des sensations altérées ou déplaisantes où n'importe quel stimulus sensoriel, tel qu'une pression ou un contact légers ou encore un changement de température, peut provoquer une douleur intense (allodynie). Le clinicien doit reconnaître que cet état requiert une gestion pharmacologique spécifique et une évaluation par un spécialiste capable de diagnostiquer (et de traiter) la douleur neuropathique.



Les patients souffrant d'une sensibilité accrue et qui ressentent une douleur au moindre contact, sont susceptibles de trouver insupportable la douleur supplémentaire provoquée par une procédure de changement de pansement



EN PRATIQUE

Présumez que toutes les plaies sont douloureuses

Les plaies peuvent devenir de plus en plus douloureuses avec le temps

Acceptez le fait que la peau autour de la plaie puisse devenir sensible et douloureuse

Acceptez le fait que pour certains patients, le plus léger contact ou même simplement un courant d'air sur une plaie puisse provoquer une douleur intense

Sachez reconnaître quand il est temps d'envoyer un patient consulter un spécialiste

CAUSES DE DOULEUR

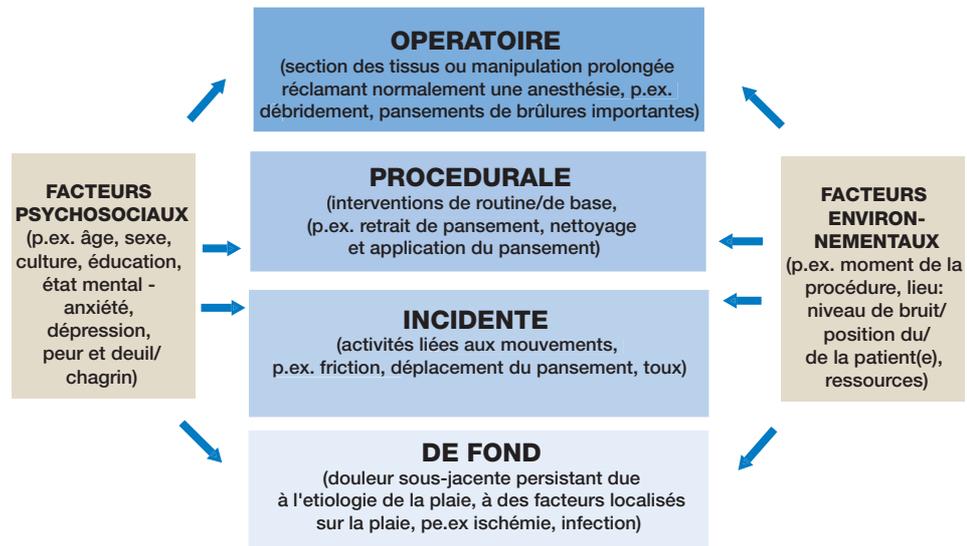
UTILISER UNE APPROCHE PAR PALIER

Les termes de fond, incidente, procédurale et opératoire peuvent décrire la cause de la douleur. Quelle que soit la cause de la douleur, l'expérience du/de la patient(e) est influencée par son environnement psychosocial.

La douleur de fond est la douleur ressentie au repos en l'absence de toute manipulation d'une plaie. Elle peut être continue (une rage de dent par exemple) ou intermittente (une crampe ou une douleur au cours de la nuit). Une douleur de fond est liée à la cause sous-jacente de la plaie, à des facteurs localisés sur la plaie (ischémie, infection et macération par exemple) et à d'autres pathologies associées (neuropathie diabétique, maladie vasculaire périphérique, arthrite rhumatoïde, et troubles dermatologiques par exemple). Le/la patient(e) peut aussi ressentir une douleur non liée à la plaie mais qui peut avoir un impact sur la douleur de fond (par exemple, zona, arthrose et cancer).

La douleur incidente (soudaine) peut survenir dans les activités quotidiennes telle que la mobilisation, en toussant ou à la suite d'un déplacement du pansement.

Causes de douleur dues à la plaie | Il est essentiel de comprendre qu'il existe des paliers de douleur pour pouvoir l'évaluer et la prendre en charge efficacement. La douleur due à une intervention clinique vient s'ajouter à la douleur de fond (c'est-à-dire la douleur au repos) et à la douleur incidente (c'est-à-dire la douleur soudaine).



La douleur procédurale est provoquée par une procédure de routine de base telle que le retrait, le nettoyage ou l'application d'un pansement. Des techniques non médicamenteuses et un analgésique peuvent être requises pour prendre en charge la douleur.

La douleur opératoire est associée à toute intervention normalement exécutée par un spécialiste, et qui réclame une anesthésie (locale ou générale) pour prendre en charge la douleur.

Les facteurs psychosociaux/environnementaux tels que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'environnement et les antécédents en matière de douleur peuvent tous influencer l'expérience de la douleur du/de la patient(e) et ses capacités à la communiquer. Les cliniciens doivent valider l'expérience de la douleur et tenir compte des opinions du/de la patient(e) sur la cause de la douleur ainsi que des avantages potentiels des différentes méthodes de prise en charge.

EVALUATION DE LA DOULEUR

UTILISER UNE APPROCHE PAR PALIERS

Etant donné le large éventail de plaies et de réponses individuelles, il est impossible de garantir à tous les patients qu'ils ne ressentiront aucune douleur et il est important de fixer des objectifs réalistes pour chaque patient(e). Les patients doivent s'attendre à ressentir une sensation quelconque au cours d'une procédure de changement de pansement, mais le but est de limiter au minimum la douleur et l'inconfort. Ce but ne peut être atteint qu'en impliquant le/la patient(e) et en utilisant une méthode d'évaluation de la douleur convenue qui intègre une approche par paliers pour évaluer et, si nécessaire, changer le choix et la rythmicité d'analgésie et/ou d'intervention.

Une évaluation initiale doit toujours être effectuée par un clinicien expérimenté. Cette évaluation inclura les antécédents en matière de douleur pour cerner la douleur de fond, incidente, procédurale et opératoire. On pourra utiliser un schéma anatomique pour indiquer le lieu/site de la douleur, surtout si plusieurs zones douloureuses doivent être évaluées indépendamment. Cette évaluation permet de mieux connaître la plaie et l'expérience de la douleur du/de la patient(e) et de placer cette dernière dans un environnement centré sur le/la patient(e).

L'évaluation doit aussi tenter d'explorer les facteurs tels que les sensations, les perceptions, les attentes, la signification de la douleur et son impact sur la vie quotidienne/de famille. Le clinicien devra savoir bien écouter et construire une image des croyances du/de la patient(e) sur la douleur, en posant des questions simples telles que "D'après vous, d'où vient votre douleur?" ou "Qu'est-ce qui vous aide à supporter la douleur?" Un clinicien compétent devra peut-être utiliser des outils du type SIP (Sickness Impact Profile)⁴ ou QOLS (Quality of Life Scale)⁵.

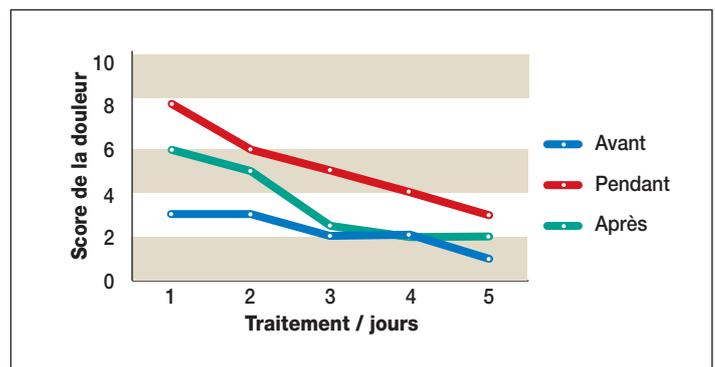
L'évaluation continue à chaque fois qu'une procédure liée au pansement est exécutée. Une douleur de fond provenant de la plaie et des tissus environnants, ainsi que toute autre douleur qui aurait pu apparaître dans cette zone, doit être évaluée et son intensité évaluée **avant** la procédure de changement de pansement. L'intensité de la douleur doit aussi être évaluée **pendant** et **après** l'intervention, selon les besoins. Noter ces éléments dans le dossier du/de la patient(e) devrait permettre d'évaluer plus tard si la douleur augmente ou diminue avec le temps. Les événements liés à une augmentation de la douleur doivent aussi être notés.

Chaque évaluation de la douleur doit être individuelle et pertinente, pour ne pas se transformer en facteur de stress supplémentaire

L'évaluation doit être revue par un clinicien expérimenté dans le cadre d'un examen général du cas du/de la patient(e) et de l'évaluation continue des stratégies et des progrès du traitement. Les éléments déclencheurs et réducteurs de douleur doivent être identifiés et notés. Les détails, tels que les scores notés dans le dossier, peuvent être représentés par des graphiques, qui permettent de déterminer l'émergence de tendances au fil du temps et d'évaluer les changements de pratique (analgésie préventive par exemple). Une revue d'audit pourra aussi révéler des relations inconnues telles que des niveaux de douleur différents après un traitement par différents soignants.

L'attribution d'un score à la douleur peut permettre de révéler des tendances

Sur ce graphique hypothétique, les scores de douleur sont enregistrés avant, pendant et après une procédure de changement de pansement. La douleur est clairement à son niveau le plus élevé pendant la procédure, et l'association d'une médication appropriée, de "temps de relâche" et d'ajustements des choix de technique et de pansement amène un déclin de la sévérité. Ceci a aussi un effet sur les sensations de douleur à la suite de la procédure.



STRATEGIES D'ÉVALUATION

LA DOULEUR, C'EST TOUT CE QUE LE/LA PATIENTE EXPRIME MAIS, QUELQUES FOIS, CE QU'IL/ELLE N'EXPRIME PAS

L'évaluation devrait toujours impliquer le/la patient(e). Dans certaines circonstances spéciales, avec des jeunes enfants qui ne parlent pas, des personnes âgées fragiles ou dont la connaissance est affectée, il faut faire preuve de plus de patience et de compréhension. Dans ces situations, des mesures doivent être prises pour assurer une évaluation exhaustive des besoins du/de la patient(e) en matière de prise en charge de la douleur. Il peut être difficile de séparer la douleur d'une anxiété d'ordre générale, de l'agitation, de la tristesse ou de la détresse, mais une approche compatissante peut être très propice au soulagement de la souffrance.

L'âge, la culture et les différences dans la manière d'interpréter la douleur ou de l'exprimer peuvent rendre difficile l'empathie avec les patients, surtout si la douleur exprimée semble être hors de proportion avec les stimuli perçus. Les sentiments et les sensations exprimés par le/la patient(e) doivent, tout au moins être crus et respectés.

Évaluer le type de douleur à l'aide de questions

Les cliniciens doivent commencer par écouter les patients et noter leurs réponses (voir page 10). On peut évaluer la douleur de manière très basique, en demandant simplement au/à la patient(e) comment il/elle se sent, en général et spécifiquement, au niveau de la douleur de fond, incidente et procédurale. Les cliniciens doivent poser des questions pour rassembler des informations sur les déclencheurs de la douleur ou sur les sensations causées par la douleur par exemple, puis écouter et observer le comportement du/de la patient(e) car certain(e)s peuvent modifier leur réponse pour ne pas paraître difficiles ou pénibles.

Autres indicateurs

Les procédures de changement de pansement donnent l'occasion d'examiner la plaie pour rechercher des facteurs pouvant avoir un effet sur la douleur, tels que des signes d'inflammation et d'infection; ces signes peuvent aussi inclure une guérison lente, une détérioration de la plaie, un érythème, une purulence, un dégageant de chaleur, un œdème et une odeur. En outre, l'état de la peau environnante et l'évidence éventuelle d'une adhérence du pansement (trop sec) ou d'un exudat excessif (trop humide), d'une nécrose ou d'une macération, peuvent fournir des informations utiles.

MESURER L'INTENSITE DE LA DOULEUR

Les principes de base d'évaluation de la douleur doivent être les mêmes pour tous les types de plaies: le but est d'atténuer la douleur et de créer des conditions optimales de cicatrisation. Le score attribué à la douleur est un élément vital du traitement des plaies: une douleur qui empire peut indiquer des problèmes de guérison tels qu'une infection ou l'utilisation d'un traitement inapproprié, un mauvais choix de pansement par exemple.

Les cliniciens ne doivent pas se contenter de demander simplement "Avez-vous mal: oui ou non?", mais "Quelle note attribueriez-vous à votre douleur?" A moins qu'il ne s'agisse d'une douleur extrême, le chiffre absolu sur l'échelle de la douleur est moins important que son cheminement. Si la prise en charge de la douleur est correcte, le cheminement doit se faire de haut en bas (c'est-à-dire en diminuant).

Un niveau inacceptable de douleur de fond ou de douleur non contrôlée pendant ou après les changements de pansement peuvent signifier qu'un changement de prise en charge est nécessaire. Des objectifs individuels peuvent être définis avec chaque patient(e), mais, en règle générale, une douleur estimée comme "modérée" ou qui obtient un score supérieur à 4 (sur une échelle de 1 à 10), ou encore de plus de 40% dans d'autres échelles de notation, justifie des "temps de relâche", une nouvelle dose et/ou un meilleur analgésique de maintenance et une évaluation du pansement ou de la technique procédurale utilisés. Des scores qui restent au-dessus de 4 peuvent être considérés comme révélateur d'une douleur non contrôlée⁶. Des scores inférieurs à 4 (ou à 40% dans l'échelle) peuvent indiquer un niveau d'inconfort acceptable, sans douleur résiduelle. Cependant, il est essentiel de rester vigilant.

6. Raising the Standard: A compendium of audit recipes. Royal College of Anaesthetists, 2000. Available from www.rcoa.ac.uk

QUELLE ECHELLE DE DOULEUR?

L'utilisation routinière et systématique d'une échelle de douleur est une méthode qui permet de mesurer le succès du choix de l'analgésique et du traitement de la plaie. Un même outil ne conviendra pas à tous les patients, et il est important que le clinicien et le/la patient(e) comprennent le système de cotation à utiliser et comment l'interpréter. Le choix de l'échelle dépend des besoins de chaque patient(e) et/ou des circonstances, mais une fois choisie, la même échelle doit être utilisée pour assurer la cohérence dans le dossier (voir page 10).

- **Les échelles visuelles** incluent des dessins de visages qui vont d'un visage souriant pour "pas de douleur" à un visage en pleurs pour "pire douleur". L'échelle visuelle analogique (VAS) est couramment représentée sous forme d'une ligne de 10 cm indiquant un continuum entre deux extrêmes, par exemple "pas de douleur" à "pire douleur". On demande au/à la patient(e) de montrer le point sur la ligne qui représente le mieux son niveau de douleur. Le résultat est alors mesuré et noté.
- **Echelles numériques et verbales** : l'échelle d'évaluation numérique (NRS) présente au/à la patient(e) une rangée de nombres (p.ex. 0 à 10) pour indiquer la gamme de "pas de douleur" à "pire douleur possible". On demande au/à la patient(e) de choisir le chiffre sur l'échelle qui correspond le mieux au niveau de la douleur effectivement ressentie. L'échelle d'évaluation verbale (VRS) est l'une des échelles les plus simples à utiliser et elle comprend d'habitude quatre ou cinq mots au maximum (p.ex. "aucune", "légère", "modérée" et "sévère").

Journal de suivi de la douleur – cotation continue de la douleur

Ce journal est un compte-rendu personnalisé et détaillé de l'expérience de la douleur non seulement pendant les procédures de changement de pansement, mais aussi au cours des activités normales quotidiennes des patient(e)s. Un journal de suivi de la douleur peut associer une courte description à un outil d'auto-évaluation pour permettre aux patient(e)s d'évaluer leur douleur à des moments spécifiques de la journée. Cet exercice peut aider à construire une image des problèmes de douleur de fond et à évaluer la douleur due aux procédures de changement de pansement.



Présumez que tous les patients sont capables d'utiliser une échelle d'évaluation jusqu'à preuve du contraire. Une évaluation régulière de la douleur liée aux procédures de changement de pansement peut avoir un impact significatif sur la prise en charge

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

Le concept de responsabilité professionnelle est un élément essentiel à la diffusion des meilleures pratiques. Le/la patient(e) est en droit d'attendre des cliniciens et des soignants qu'ils appliquent des standards professionnels minimaux, et les cliniciens peuvent être tenus responsables par leurs organismes professionnels. Cela signifie également que les cliniciens sont responsables de la qualité des soins dispensés par les soignants sous leur direction. Ne pas être au courant des connaissances et techniques modernes ne constitue pas un motif suffisant.

Si un/e patient(e) ressent une douleur sévère au cours d'une procédure de changement de pansement, répéter la procédure sans anti-douleur adéquat relève de la négligence. Des évaluations systématiques et documentées de la douleur centrées sur le/la patient(e) et qui déboucheraient sur des changements de pratique ou une décision d'adresser le/la patient(e) au spécialiste approprié selon les besoins, sont autant de preuves de bonne qualité des soins.



Si le/la patient(e) a eu une précédente expérience négative de la douleur, il/elle peut s'attendre à ressentir une douleur plus forte

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Un programme individuel de prise en charge doit être conçu pour chaque personne et chaque plaie: toute douleur non contrôlée signale que le programme doit être modifié immédiatement. Les plaies sont toutes différentes quant à leur origine et à leurs perspectives de guérison, ce qui peut influencer la probabilité et la sévérité de la douleur et doit guider le choix de l'option de traitement et des stratégies de changement de pansement. Le but est de traiter toutes les causes de douleur et le clinicien doit tenir compte du niveau de douleur de fond et incidente du/de la patiente(e) avant toute intervention clinique.

DOULEUR DE FOND ET INCIDENTE

Traiter la cause sous-jacente

Le facteur le plus important dans l'atténuation de la douleur de fond est le traitement, quand cela est possible, de l'étiologie sous-jacente de la plaie ou des pathologies associées. Traiter la cause sous-jacente de la plaie est susceptible de favoriser la guérison et peut coïncider avec une atténuation de la douleur de fond.

Traiter les facteurs locaux qui rendent la plaie douloureuse

Les cliniciens doivent réfléchir à la meilleure manière de traiter et de prendre en charge les facteurs susceptibles d'influencer l'intensité ou le caractère de la douleur causée par la plaie. Les approches possibles pour prendre en charge les facteurs locaux sont nombreuses et variées. Les cliniciens doivent respecter les protocoles locaux de prise en charge des plaies et considérer les options de traitement susceptibles de convenir, d'être disponibles, abordables et pratiques dans le cadre de leur service de santé.



FACTEURS DE DOULEUR LOCAUX LIÉS À LA PLAIE

Ces facteurs incluent: l'ischémie, l'infection, une sécheresse ou un exudat excessifs, l'œdème, des problèmes dermatologiques et la macération de la peau environnante.

ECHELLE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DE L'OMS

NIVEAU 1: Non opioïde ± adjuvant

NIVEAU 2: Opioïde pour douleur faible à modérée (± non opioïde/adjuvant)

NIVEAU 3: Opioïde pour douleur modérée à sévère (± non opioïde/adjuvant)

REMARQUE: Selon l'évaluation de la douleur, il pourra être nécessaire de commencer à un palier supérieur

Envisager les options analgésiques

Les cliniciens doivent toujours travailler rapidement pour contrôler la douleur de fond et incidente en combinant des analgésiques de différentes catégories selon les besoins. L'Organisation Mondiale de la Santé a mis au point une échelle à trois niveaux pour la prise en charge de la douleur liée à un cancer (www.who.int/cancer/palliative/painladder/en). Cette échelle convient également pour la prise en charge de la douleur de fond, les analgésiques simples administrés régulièrement (p.ex. non opioïdes par voie orale) étant la première étape. Puis, si la douleur n'est plus contrôlée, des opioïdes faibles tels que la codéine ou le tramadol peuvent être ajoutés ou utilisés seuls. La troisième étape, basée sur une évaluation complète des stratégies précédentes, est l'ajout d'un opioïde plus fort (p.ex. la morphine).

Médications co-analgésiques

Certaines catégories de médicaments non analgésiques tels que les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsivants, peuvent être administrées en tant que thérapies additionnelles car elles améliorent la prise en charge de la douleur neuropathique. Ces médicaments ne doivent être prescrits qu'après une évaluation complète et la prise en considération des autres médicaments prescrits ainsi que des co-morbidités.



EN PRATIQUE

La douleur de fond et la douleur incidente doivent être bien contrôlées pour pouvoir atténuer efficacement l'intensité de la douleur provoquée par le renouvellement de pansement

Le clinicien doit agir rapidement pour soulager la douleur et éviter de la provoquer

Si une intervention telle que le retrait d'un pansement ou la détersion de la plaie cause une douleur accrue réclamant un analgésique plus agressif, le clinicien doit alors considérer un changement de traitement

Réduire les risques d'effets indésirables

Les principales catégories d'analgésiques courants conviennent aussi bien pour les enfants que pour les personnes âgées, mais un certain ajustement de la posologie (doses, rythme) sera peut-être nécessaire.

Tous les analgésiques provoquent des effets indésirables, et il est donc important d'anticiper les problèmes potentiels et d'éviter les analgésiques à haut risque. En ce qui concerne les personnes âgées, en particulier celles qui prennent d'autres médicaments tels que des anticoagulants, il faut faire attention d'éviter les interactions. Un dysfonctionnement rénal ou hépatique peut retarder la métabolisation des analgésiques et on doit envisager la gestion des effets secondaires des opioïdes qui peuvent provoquer une constipation plus sévère chez les personnes âgées et un accroissement des nausées chez les enfants.

DOULEUR PROCEDURALE

La plupart des analgésiques peuvent être administrés avant un événement douloureux ("préventifs"), mais les cliniciens doivent s'assurer qu'il existe d'autres options médicamenteuses pour prendre en charge une douleur qui devient incontrôlable ("extincteurs"). S'il a été nécessaire d'utiliser des analgésiques de cette manière, on devra penser à améliorer la planification de la prochaine intervention. L'analgésie peut continuer après la procédure, mais si la douleur liée à la plaie persiste et est mal contrôlée, la médication de fond doit être revue.



Des politiques et protocoles locaux doivent être définis pour assurer un niveau de prescription sûr et efficace et ils devront être revus à la lumière de l'évaluation continue



CATEGORIES D'ANALGESIQUES

Opioides

Les opioïdes faibles à forts sont efficaces pour les douleurs modérées à sévères. Ils existent en formule retard (action prolongée et libération retardée) et pour la douleur de fond, mais des opioïdes par voie orale, buccale ou sub-linguale sont aussi utiles comme analgésiques d'appoint à action rapide pour prendre en charge une douleur causée par des procédures plus invasives ou plus sensibles. L'utilisation d'opioïdes forts doit être envisagée quand la douleur est difficile à contrôler et gêne le bon déroulement de la procédure et sa tolérance par le/la patient(e).

AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens atténuent la sensibilité périphérique et sont particulièrement utiles pour contrôler les douleurs pulsatiles ou sourdes éprouvées après une procédure. Tant qu'il n'y a pas de contre-indications, ils doivent être administrés 1 à 2 heures avant la procédure pour atteindre leur effet maximum au moment où cela est le plus utile. Cependant, il faut faire attention pour les personnes âgées de plus de 65 ans, et les patient(e)s avec des contre-indications connues (p.ex. antécédents d'ulcère duodénal, de caillots ou de problèmes rénaux).

Paracétamol (acétaminophène)

Le paracétamol (acétaminophène) peut être administré seul ou associé à un autre analgésique (p.ex. codéine ou morphine) 1 à 2 heures avant une procédure de changement de pansement.

Anesthésiques locaux topiques

A petites doses, les anesthésiques locaux topiques (p.ex. la lidocaïne) peuvent offrir un certain degré d'insensibilisation pendant une courte période. Cela peut être utile pendant une procédure spécifique ou opératoire, mais ne doit pas être utilisé comme unique méthode de soulagement de la douleur.

Gaz 50% protoxide d'azote/50% oxygène

Ce mélange de gaz peut être utilisé en même temps que d'autres techniques de soulagement de la douleur mais son utilisation régulière peut être associée à une dépression de la moelle osseuse.

REMARQUE : Pour les dosages pour la prise en charge de la douleur, voir www.epeconline.net/EPEC/Media/ph/module4.pdf

Préparation de l'environnement: Préparer, planifier, prévenir

Pour **prévenir** la douleur, la **préparation** et la **planification** sont essentielles à une prise en charge efficace:

- Choisissez un environnement propice et calme; fermez les fenêtres, éteignez les mobiles, etc
- Expliquez au/à la patient(e) en termes simples ce que vous allez faire et la méthode qui va être utilisée
- Évaluez les besoins en matière d'assistance spécialisée ou non; une personne pour tenir la main par exemple
- Pensez à mettre le/la patient(e) dans la position la plus confortable possible et éviter tout contact ou exposition inutile
- Évitez toute exposition prolongée de la plaie, p.ex. en attendant l'avis du spécialiste
- Évitez tout stimulus inutile de la plaie: manipulez les plaies avec douceur, sachant que le contact le plus léger peut provoquer une douleur
- Impliquez le/la patient(e): une vérification verbale fréquente et l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur permettent d'obtenir un feedback en temps réel
- Considérez une analgésie préventive.

Dans certains cas, les procédures de changement de pansement peuvent devenir plus douloureuses avec le temps et une nouvelle évaluation doit être effectuée à chaque procédure.

L'un des résultats les plus simples obtenus par l'écoute et l'implication du/de la patient(e) est un signe qu'il/elle a besoin d'un "temps de relâche" pour récupérer un certain niveau de confort. Pendant ces intervalles, une autre dose d'analgésique peut être administrée et le clinicien, qui doit comprendre ce que le/la patient(e) reconnaît comme déclencheur de douleur et facteur de soulagement, peut envisager comment procéder au mieux. Une respiration lente et rythmée est recommandée pour distraire le/la patient(e) et réduire l'anxiété.



INTERVENTIONS PROCEDURALES

Il existe un large éventail de procédures de renouvellement de pansement. Une intervention spécifique exige une prise en charge spécifique, mais on tiendra compte des principes généraux suivants:

- Soyez conscient du niveau de douleur
- Reconnaissez et évitez autant que possible les déclencheurs de douleur
- Connaissez et utilisez autant que possible les anti-douleurs
- Évitez toute manipulation inutile de la plaie
- Explorez les techniques simples de contrôle par le/la patient(e): compter, se concentrer sur l'inspiration et l'expiration ou écouter de la musique, par exemple
- Réévaluez vos choix de prise en charge si la douleur devient intolérable et notez ceci comme un évènement indésirable
- Examinez la plaie et la peau environnante pour rechercher les signes d'infection, de nécrose, de macération, etc
- Tenez compte de la température du produit avant de l'appliquer sur la plaie
- Évitez que les pansements, bandages ou le sparadrap n'appliquent une pression excessive
- Suivez les instructions du fabricant sur l'utilisation d'un pansement ou d'une technologie
- Évaluez le confort de l'intervention et/ou des pansements/bandages appliqués après la procédure
- Une évaluation et une modification continues du plan de prise en charge et d'intervention est essentielle car les plaies évoluent
- L'utilisation de techniques avancées non pharmacologiques qui exigent une formation spécialisée ou un personnel compétent, telle que l'hypnose ou le toucher thérapeutique, peut être envisagée

Retrait du pansement

Il est important que le clinicien reconnaisse que le retrait d'un pansement peut potentiellement provoquer une douleur. En parlant au/à la patient(e), il est possible de négocier la technique de retrait la plus appropriée, par exemple, le/la patient(e) peut vouloir retirer le pansement lui/elle-même. La cotation de l'intensité de la douleur au cours du retrait d'un pansement doit être offerte pour évaluer la pratique. Le retrait d'un pansement peut potentiellement provoquer des dégâts surtout aux tissus délicats en voie de cicatrisation sur la plaie et la peau environnante. Il est donc important d'envisager l'utilisation de pansements qui favorisent la cicatrisation humide des plaies (p.ex. hydrogels, hydrofibres) et qu'on sait être atraumatiques⁷ au retrait (c'est-à-dire siliconés).



Reconsidérer son choix si: le retrait du pansement nécessite un trempage ou s'il cause un saignement/traumatisme sur la plaie ou aux tissus périlésionnels

Choix du pansement

Adapter correctement le pansement à l'état de la plaie et des tissus environnants aide la prise en charge de la douleur. Les facteurs de choix du pansement doivent inclure son adéquation au type et à l'état de la plaie. Les paramètres suivants doivent être pris en compte lors du choix du pansement:

- Maintien d'une cicatrisation humide de la plaie
- Atraumatique pour la plaie et la peau périlésionnelle
- Capacité d'absorption (capacité de gestion/rétention des fluides)
- Potentiel allergénique.

Le cas échéant, les cliniciens devront choisir des pansements qui restent *in situ* plus longtemps pour éviter des retraits fréquents. Il faut en outre évaluer le pansement utilisé quand l'état de la plaie évolue car une partie de la douleur ressentie par le/la patient(e) peut être due au choix de pansement: un bon choix le premier jour devient un mauvais choix le cinquième jour quand l'état de la plaie a évolué.



S'ATTAQUER AUX MYTHES

Les cliniciens doivent remettre en cause les présupposés qui sous-tendent leurs opinions et leurs attitudes, car certaines idées fausses circulent au sujet de l'atténuation des traumatismes et de la douleur. Celles-ci incluent:

- Mythe 1** "Les compresses humides qu'on laisse sécher (wet to dry) sont toujours la règle d'or en matière de soins des plaies"
La gaze adhérente peut abîmer les tissus fragiles de cicatrisation et causer une douleur sévère
- Mythe 2** "Les films transparents sont les meilleurs pansements pour traiter et atténuer la douleur causée par des déchirures cutanées et autres plaies aiguës mineures"
La mauvaise utilisation du film transparent est une cause courante de déchirure cutanée
- Mythe 3** "L'utilisation de sparadrap est la manière la moins douloureuse de fixer un pansement"
La sensibilisation accrue des nerfs dans une large zone autour d'une plaie peut rendre douloureux le retrait de n'importe quel sparadrap
- Mythe 4** "Retirer un pansement rapidement plutôt que lentement atténue la douleur lors du changement"
Cette méthode peut potentiellement endommager les tissus et causer une douleur
- Mythe 5** "L'utilisation d'un protecteur cutané sur la peau périlésionnelle réduit les risques de douleur et de traumatisme"
Les protecteurs cutanés forment uniquement une fine couche topique et ne protègent pas les couches profondes de l'épiderme
- Mythe 6** "Les patients souffrant de plaies diabétiques du pied ne ressentent pas la douleur"
Il peut y avoir une certaine perte de sensation nerveuse périphérique mais aussi une sensibilité accrue
- Mythe 7** "La douleur vient de la plaie. Les nerfs du tissu environnant jouent un rôle très faible"
Les réponses de la moelle épinière aux signaux de douleur peuvent engendrer une sensibilité anormale dans la zone environnante (allodynie)
- Mythe 8** "La seule manière de traiter une douleur causée par une plaie consiste à administrer un analgésique oral de 30 à 60 minutes avant le changement de pansement"
Les analgésiques oraux peuvent apporter un certain soulagement mais ne doivent pas être considérés comme l'unique solution. Une évaluation complète de la douleur doit être effectuée pour évaluer et ajuster précisément la thérapie prescrite

QUESTIONS PERMETTANT D'ÉVALUER LE TYPE DE DOULEUR

Le/la patient(e) éprouve-t-il/elle une douleur de fond et/ou incidente?

Qualité:

Décrivez la douleur ou l'endolorissement dans votre plaie au repos. La douleur est-elle sourde ou pulsatile (probablement une douleur nociceptive) ou aiguë, brûlante, ou des picotements (probablement une douleur neuropathique)?

Localisation:

Où se situe la douleur? Est-elle limitée à la zone immédiate de la plaie ou la ressentez-vous dans la zone environnante? Envisagez l'utilisation d'un schéma anatomique

Déclencheurs:

Quels sont les éléments qui font empirer la douleur? Le toucher, la pression, le mouvement, la position, les interventions ? Plus le jour que la nuit ou l'inverse?

Réducteurs:

Et quels sont les éléments qui atténuent la douleur? Est-ce qu'une analgésie, un bain, les jambes soulevées, etc. apportent un soulagement?

Le/la patient(e) ressent-il/elle une douleur pendant ou après la procédure de changement de pansement?

Qualité:

Décrivez la douleur que vous avez ressentie la dernière fois que votre pansement a été retiré

Localisation:

Où se situait la douleur? Était-elle limitée à la zone immédiate de la plaie ou la ressentiez-vous dans la zone environnante?

Déclencheurs:

Quelle a été la partie de la procédure la plus douloureuse, p.ex. retrait du pansement, nettoyage, pose du pansement, l'exposition de la plaie?

Réducteurs:

Qu'est-ce qui a aidé à atténuer la douleur, p.ex. temps de relâche, retirer le pansement lentement, retirer le pansement vous-même etc?

Durée:

Combien de temps après la procédure la douleur a-t-elle disparu?

MESURER L'INTENSITE DE LA DOULEUR

Les échelles de douleur peuvent permettre de noter les tendances dans l'intensité de la douleur, avant, pendant et après la procédure et, quand elles sont utilisées conjointement à des stratégies d'évaluation appropriées, elles permettent de comprendre de manière globale la douleur éprouvée par le/la patient(e).

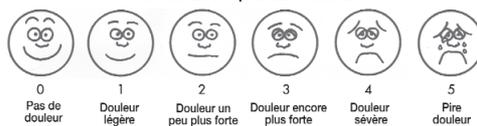


Le simple fait d'utiliser une routine d'évaluation de la douleur liée, aux procédures de renouvellement, de pansement peut avoir un impact significatif sur la prise en charge



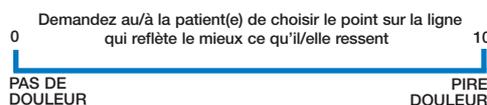
ECHELLES DE DOULEUR

Demandez au/à la patient(e) de choisir le visage qui décrit le mieux ce qu'il/elle ressent



Echelle des visages de Wong-Baker

Extrait de Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winklestein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing (ed 6), St Louis 2001, p 1301. Copyright Mosby Inc. Reproduit avec permission



Echelle visuelle analogique

Demandez au/à la patient(e), sur une échelle de 0 à 10, où 0=pas de douleur et 10=pire douleur possible, de choisir le chiffre qui représente le mieux le niveau actuel de la douleur qu'il/elle ressent



Echelle d'évaluation numérique

Demandez au/à la patient(e) quel est le mot qui décrit le mieux le niveau actuel de la douleur qu'il/elle ressent



Echelle d'évaluation verbale