

Université Joseph Fourier – Faculté de Médecine de Grenoble

**Diplôme universitaire plaies et cicatrisation
Promotion 2006-2007**

Douleur et pansement d'ulcère A domicile

Mémoire présenté et soutenu par :

Isabelle Gaillard
Infirmière libérale

SOMMAIRE

1 - Introduction	2
2 - Cadre théorique	3
• douleur et cadre législatif	3
• définition de la douleur	5
• les composantes de la douleur	6
• les différents types de douleur	7
• la mémorisation de la douleur	8
• les complications de la douleur	9
• l'évaluation de la douleur	10
3 - Douleur et pansements d'ulcères	12
• douleur et pansement	12
• douleur et ulcères	13
• la situation psychologique du patient porteur d'un ulcère	14
4 - Les traitements de la douleur	16
• les traitements pharmacologiques	16
• les traitements non pharmacologiques	18
• les techniques limitant la douleur	19
5 - Les spécificités de la gestion de la douleur à domicile.	23
6 - La relation soignant/soigné	26
• le patient face à la douleur = l'accepter ou la combattre ?	26
Le patient face au soignant = dire ou ne pas dire ?	
• le soignant face à la douleur = Savoir ou ne pas savoir	27
Le soignant face au patient = Entendre ou ne pas entendre ?	
7 - Illustration	29
8 - Fiche pratique: gestion de la douleur lors des pansements	30
9 - Conclusion	31
10 - Bibliographie	32
11 - Annexes	33

1 Introduction

L'ulcère de jambe concerne 1 à 2% de la population âgée de plus de 60 ans.⁽¹⁾

La plupart des patients porteurs d'ulcères sont soumis à des pansements fréquents voir quotidiens, réalisés à domicile. L'objectif des soins étant la guérison de la plaie.

Or, cette guérison est un processus long, pénible, et la question du confort et de la qualité de vie du patient doit se poser.

La gestion de la douleur est un aspect capital de cette prise en charge car nous verrons qu'elle a un impact majeur sur le patient.

En 2000, une enquête a été menée par la société française et francophone des plaies et cicatrisation auprès de 1500 infirmières. La douleur est apparue comme la préoccupation majeure des patients porteurs de plaies chroniques.⁽²⁾

Mais cette douleur a-t-elle vraiment le statut qu'elle mérite quand les soignants sont centrés sur la prise en compte de la plaie en elle-même, de sa guérison ?

La prise en charge de la douleur a beaucoup évolué ces dernières années, tant au niveau des traitements qu'au niveau de l'attitude soignante, les deux allant de pair.

Quels sont les derniers textes législatifs relatifs à la gestion de la douleur par les soignants ?

Comment définir la douleur, l'évaluer et quelles sont ses répercussions à plus ou moins long terme ?

Comment reconnaître, entendre et prendre en charge le patient à la hauteur de son vécu douloureux ?

Dans quelle mesure la réfection d'un pansement génère t-elle de la douleur ?

Comment soulager la douleur à domicile, sachant que le cadre et les moyens dont disposent l'infirmière sont autres que ceux des structures hospitalières ?

Aborder ces questionnements suppose de reconnaître l'importance de la relation soignant- soigné.

Nous verrons à quel point cette interaction influence et conditionne la prise en charge de la douleur.

(1) « l'ulcère de jambe » module9-thème 137. Collège de médecine vasculaire. Disponible sur www.angioweb.fr

(2)Meaume S, Senet P, Lynch A. Douleur et traumatismes lors de la réfection des pansements: le point de vue des infirmières. Soins 2002 ; 670 : 20-23

2 Cadre théorique

- **Prise en charge de la douleur et cadre législatif**

« Tout être humain a le droit d'être libéré de sa douleur dans les limites ou nos connaissances permettent aux professionnels de la santé de le faire »

Ronald Melzack et Patrick Wall

Le défi de la douleur (edises, 1989)

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une politique de lutte contre la douleur et plusieurs textes de lois sont parus suite à cette réflexion.

En 1994, à l'initiative du sénateur Lucien Neurwith, un grand colloque intitulé « prendre en charge la douleur » s'est réuni au sénat afin de faire 10 propositions concrètes améliorant cette prise en charge.

L'amendement Neurwith apporté par la loi n°95-116 du 4 février 1995 dite « **loi hospitalière** » est une des concrétisations de ce colloque. En voici un extrait :

« Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent (...) les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la meilleure formation et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans ces établissements. »

En 1998, sous l'initiative de Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé, un plan gouvernemental a été instauré :

Le plan triennal de lutte contre la douleur (1998-2000) DGS/DH n°98-596 du 22 septembre 1998.

Ce plan, ayant pour objectif de sensibiliser tous les professionnels de santé, s'articule autour de quatre axes :

- la prise en compte de la demande du patient.
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
- l'information du public.

De nombreuses actions ont été mises en place :

- la formation initiale des médecins a été renforcée.
- l'offre de formation continue sur le thème de la douleur a été multipliée par trois.
- l'accès aux antalgiques majeurs a été facilité.
- l'utilisation des antalgiques a progressé et la France a rattrapé son retard dans ce domaine.

Un million de réglettes de mesure d'intensité de la douleur ont été distribuées.

L'évaluation de ce plan en 2001 a incité la mise en place d'un second plan :

Le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005) DHOS/E n° 2002-266 du 30 avril 2002.

Ce plan quadriennal tend à pérenniser l'amélioration de la prise en charge de la douleur et fixe trois priorités, parmi lesquelles nous retrouvons celle-ci :

« Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie » .

Cinq objectifs sont fixés dont :

« Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée ». Et « améliorer l'information et la formation des personnels de santé ».

L'engagement du gouvernement, à poursuivre et renforcer cette prise en charge, s'est traduit par l'élaboration d'un troisième plan 2006/2010, qui repose sur quatre axes :

- l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie).
- La formation renforcée des professionnels de santé.
- Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.
- la structuration de la filière de soins.⁽³⁾

La loi du 4 mars 2002 _n°2002-303_ article L.1110-5 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne :

« ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »

L'évaluation et le traitement de la douleur sont apparus également dans les textes régissant la profession d'infirmière, ainsi que le code de déontologie des médecins :

Le code de la santé publique -livre 4-titre2 : profession d'infirmier ou d'infirmière - actes professionnels.

Article R4311-2

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs, palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes ».

Article R4311-8

Dans le cadre de son rôle prescrit, « l'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin... »

Voici quelques uns des textes traduisant l'engagement des autorités sanitaires dans ce domaine qu'est la douleur. L'objectif étant une prise de conscience individuelle et collective. La formation des soignants y apparaît comme une priorité.

La prévention et le soulagement des douleurs induites par les soins sont une exigence légale et éthique et sont révélateurs de la qualité des soins.

(3) textes législatifs disponibles sur le site www.sante.gouv.fr

- **La douleur : définition**

« La douleur est deux fois douloureuse parce qu'elle est en même temps un mystère tourmentant »

F.J.J Buytendijk, De la douleur.

La première définition de la douleur remonte à René Descartes, en 1664. Ce philosophe fut le premier à l'identifier comme une sensation spécifique, et considérait qu'elle était un phénomène purement physique .

Voici quel était sa définition :

« **La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle.** »

La perception de la douleur a changé radicalement en 1965, grâce aux travaux du psychologue Ronald Melzack et du physiologiste Patrick Wall. Après de nombreuses recherches concernant la douleur, ils exposent leur théorie du portillon (gate-control theory of pain).

Selon cette théorie, un mécanisme neural situé dans la moelle épinière agit à la façon d'un portillon en contrôlant l'accès du message douloureux au cerveau. Ce portillon peut être plus ou moins ouvert ou fermé, selon différents messages provenant du cerveau et de la moelle épinière. Ces messages peuvent être reliés à un souvenir, une émotion, ou encore une valeur culturelle inhérente à l'individu.

Le portillon peut être davantage ouvert et réceptif à l'information douloureuse sous l'effet de la peur, de l'inquiétude, ou de l'anxiété.

A l'inverse, un sujet ayant son esprit occupé ailleurs, concentré sur autre chose, peut voir ce portillon fermé, ou presque.

Melzack et Wall ont défini par quel mécanismes les expériences antérieures, le vécu de chaque individu contribuent à calibrer le degré d'ouverture de la porte d'entrée des messages sensitifs. Ils évoquaient dans leurs travaux les facteurs culturels, sociaux et les expériences antérieures de chacun.⁽⁴⁾

Pour Melzack, la douleur « **est une expérience éminemment personnelle, dépendant de l'apprentissage culturel, de la portée signifiante de la situation et d'autres variables psychologiques. La douleur qui ne vient pas d'une lésion physique n'est pas moins réelle que l'autre.** »⁽⁵⁾

La douleur apparaît donc beaucoup plus complexe que dans la définition qu'en donnait René Descartes. Elle n'est pas exclusivement reliée à un stimulus douloureux, et d'autres facteurs entrent en jeu dans sa perception et son intensité.

Le caractère pluridimensionnel de la notion de douleur apparaît également dans la définition qu'en donne l'association internationale de l'étude de la douleur (I.A.S.P), en 1986 :

« **La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage** »

Cette définition souligne le fait qu'une douleur puisse être présente et légitime même en l'absence d'une lésion tissulaire objective.

De même, la relation entre l'étendue de la lésion et l'intensité de la douleur n'est pas établie car de nombreux facteurs neuropsychologiques et neurophysiologiques, peuvent modifier son intégration au niveau central.

La douleur n'est donc plus réduite aux seules causes lésionnelles.

(4) article « la théorie du portillon » par marie Chalouh. Disponible sur le site www.arthrite.ca

(5) ouvrage « le défi de la douleur » par Ronald Melzack et Patrick Wall.

Selon le national institut of health, « **la douleur survient chez un individu spécifique, dans un contexte psychosocial, économique et culturel qui influence la signification, l'expérience, l'expression verbale et non verbale de la douleur** ».

Ces définitions récentes nous montrent à quel point la douleur est une expérience subjective, de l'ordre de l'intime, dans laquelle l'aspect somatique et psychologique sont étroitement liés.

Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu dans son entier.

La compréhension du phénomène douloureux nécessite de développer les quatre composantes qui interagissent entre elles et structurent la douleur.

- **Les composantes de la douleur**

« La relation intime à la douleur dépend de la signification que celle-ci revêt au moment où elle touche l'individu »

David Le Breton.

La douleur est de nature multidimensionnelle. Plusieurs modèles ont été proposés pour structurer le ressenti douloureux. La publication, il y a près de 40 ans, de la théorie du portillon par Melzack et Wall a beaucoup contribué à la reconnaissance des dimensions psychologiques de la douleur.

- La composante sensorielle**

Les mécanismes neurophysiologiques permettent de décoder la qualité, l'intensité, et la localisation du phénomène douloureux (message nociceptif).

- La composante affective**

Il s'agit de l'impact émotionnel de la douleur, de sa tonalité désagréable, parfois insupportable. Le patient peut ressentir de l'anxiété, de l'irritabilité, de la peur, pouvant le mener à un état anxio-dépressif.

- La composante comportementale**

Cette dimension désigne l'ensemble des manifestations verbales et non verbales qui accompagnent le ressenti douloureux : les plaintes, pleurs, l'agressivité verbale ou au contraire le repli sur soi, le mutisme. Elle a une fonction de communication avec l'entourage et reflète l'intensité de la douleur.

- La composante cognitive**

Cet aspect traite de la signification que le patient donne à sa douleur, ses croyances, son interprétation et les stratégies qu'il développe afin de la surmonter.

Tout cela influence la perception de la douleur et permet d'adopter des réactions diverses : diversion de l'attention, anticipation, référence à des expériences antérieures douloureuses.

« Rattacher la souffrance à sa conduite est une tentation que l'on retrouve dans toutes les civilisations. Mais des différences notables sont retrouvées au niveau de l'interprétation ». ⁽⁶⁾

L'influence religieuse est très présente dans la signification que l'on peut attribuer à la douleur :

(6) « douleurs et cultures ou les voix de la douleur. » Mohamed Salah Ben Ammar. CHU Mongi Slim_La Marsa. Disponible sur le site www.stmi.org.

Dans la bible, la douleur est associée à une punition divine lorsque les lois dictées par dieu sont transgressées.
« Les récits de la bible associent souvent la prospérité et la santé à la fidélité des hommes aux commandements de dieu. Le malheur, la souffrance, la douleur frappent toute infraction à la loi. ». (7)

Accepter la douleur permet de se rapprocher de dieu. Cette conception de la douleur est très présente dans notre société d'influence judéo-chrétienne.

Pour les musulmans, « la douleur n'est pas la sanction d'une faute (...), si dieu a créé la douleur il a aussi donné à l'homme les moyens de la combattre par la médecine et la prière ». (7)

Le soulagement de la douleur est donc possible.

La douleur est perçue très différemment dans les religions telles que le bouddhisme ou l'hindouisme :

« la misère humaine n'est pas le fait d'une punition des dieux, mais de la seule ignorance des hommes. La libération réside dans la révélation grâce à laquelle toute souffrance s'évanouit ». (7)

Les individus athées peuvent également donner une signification à leur douleur.

« L'idée de la maladie méritée, de la souffrance venant punir la conduite réprouvée d'un individu est encore profondément enracinée dans les consciences contemporaines ». (7)

L'expression et l'acceptation de la douleur seront très différentes selon le sens qu'on lui attribue.

• Les différents types de douleur

« La douleur est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu dans son entier. »

René Leriche

Il est possible de classer la douleur selon son **mécanisme physiopathologique** (excès de nociception, neurogène ou psychogène) ou selon sa durée d'évolution (aigüe ou chronique)

- La douleur nociceptive

Il s'agit d'une réponse physiologique à un stimulus douloureux ou nocif (lésion). Elle survient rapidement après la stimulation des nocicepteurs situés dans les tissus périphériques. Il y a transmission vers le cerveau avec modulation et contrôle des influx douloureux aux différents étages du système nerveux et surtout au niveau de la moelle épinière.

Dans le cas d'une plaie chronique, l'impact de la réponse inflammatoire peut causer la sensibilisation accrue de la plaie (hyperalgie primaire) et également de la peau perilésionnelle (hyperalgie secondaire).

Les douleurs induites par les soins sont le plus souvent provoquées par cet excès de nociception.

- La douleur neuropathique ou de désafférentation

Il s'agit d'une réponse inappropriée du système nerveux à un traumatisme. C'est l'altération de l'intégrité du système nerveux qui induit un dysfonctionnement des voies de la douleur. La sensibilité est accrue et des stimuli habituellement inoffensifs deviennent extrêmement douloureux (allodynie) (8). Ainsi, un simple contact, une pression, un changement de pansement, peuvent provoquer des douleurs intenses.

- La douleur sine materia ou psychogène

Elle n'a pas de cause organique, tant à l'examen clinique qu'après la réalisation d'examens complémentaires. Elle est souvent associée à une problématique psychologique ou psychopathologique.

Ces trois types de douleurs peuvent être isolées ou associées. Ainsi, la douleur induite par les soins est une douleur par excès de nociception mais peut également être associée à une douleur neuropathique ou psychogène préexistante.

(7) David Le Breton, anthropologie de la douleur, p82,89,91,97,98,100,104,138.

(8) Allodynie : douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur

La notion de temps permet également de distinguer deux catégories :

- La douleur aiguë

Elle est limitée dans le temps, d'une durée inférieure à trois mois, et peut être induite par les soins, dont les pansements.

- La douleur chronique

Une lésion persistante ou une douleur neuropathiques sont des facteurs favorisant l'installation d'une douleur chronique, supérieure à trois mois.

Cette douleur au long cours peut constituer une maladie à part entière et provoquer des syndromes dépressifs.

Autre catégorie de douleur, la **douleur induite** est particulière par son origine :

-la douleur induite est une douleur de courte durée, causée par le soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles. Elle est donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées.

La douleur provoquée par la réfection d'un pansement est donc une douleur induite que l'on peut anticiper.

- **La mémorisation de la douleur**

« Une douleur n'est jamais neuve »

j-d Nasio, le livre de la douleur

Et de l'amour, paris, Payot 1996.

La corrélation entre mémoire et douleur est très récente et fait l'objet de découvertes et d'explorations à ce jour. Le quatrième congrès annuel de la société française d'étude et de traitement de la douleur (S.F.E.T.D) qui s'est déroulé en novembre 2006, avait pour thème « mémoires et douleurs, pratiques plurielles ».

Le cerveau serait capable de réactiver, à partir d'une douleur nouvelle, son « patrimoine » douleur mémorisé à la suite de douleurs plus anciennes.

Ainsi, une douleur fait souvent référence à un événement douloureux passé.

Il y aurait donc une empreinte de la douleur, qui subsiste, alors même que la lésion ou le stimuli douloureux a disparu.

D'après P.Queneau et G.Ostermann, « la douleur aiguë laisse une inscription, une empreinte durable, voire indélébile sur le psychisme et les centres nerveux une empreinte d'autant plus marquée et préjudiciable qu'elle aura été intense et prolongée, négligée, ou pire, mise en doute ».

Nous pouvons discerner deux types de mémorisation :

- La mémorisation consciente :

Explicite, permet au patient de se remémorer la douleur et d'en parler.

- La mémorisation inconsciente :

Implicite, elle fait appel à un souvenir douloureux très enfoui, intériorisé, qui ressurgit lors d'expériences douloureuses identiques. Chaque épisode de douleur sera donc influencé par ces souvenirs intenses et désagréables.

« Chez l'adulte, on sait que la mémorisation de l'intensité de la douleur est meilleure en cas de douleur aiguë que chronique (Erskine 1990) et que le pic de douleur est le mieux mémorisé, ou la douleur en fin d'examen (Redelmeyer 1996). »⁽⁹⁾

« La douleur aiguë diminue la mémorisation des aspects positifs du soin. (Seltzer 1991). »⁽⁹⁾

La mémoire de la composante affective serait meilleure que celle de la composante sensorielle. D'où l'anxiété, l'irritabilité, la peur pouvant gagner le patient avant un soins déjà vécu difficilement par le passé.

L'anticipation du soin suivant est un phénomène à prendre en compte. Ainsi, une douleur, lors d'un pansement, qui est mal ou pas du tout soulagée, entraîne une majoration des douleurs lors des gestes ultérieurs. Ceci pouvant s'accompagner d'une appréhension, d'une perte de confiance et d'anxiété.

Il est capital de prévenir, anticiper, chaque soignant à les moyens de prendre en charge la douleur et a le devoir de ne pas passer sous silence l'expérience douloureuse du patient.

• Les complications de la douleur

« Même si elle touche seulement un fragment du corps, la douleur ne se contente pas d'altérer la relation de l'homme à son corps. Elle diffuse au delà, anticipe les gestes, traverse les pensées : elle contamine la totalité du rapport au monde. Elle rompt les amarres qui attachaient l'individu à ses activités familiales, rend difficile la relation avec les proches, élimine ou diminue en l'homme son goût de vivre ».

David le breton. Anthropologie de la douleur.p26

La douleur, quand elle est répétée et vécue de façon quotidienne, a forcément des répercussions plus ou moins importantes. Ces complications touchent le patient bien sûr, mais également le soignant pour qui cette expérience n'est pas neutre.

- Pour le patient

Le retard de cicatrisation :

Du fait de la libération de cytokines qui influent négativement sur les phénomènes cellulaires de la cicatrisation des plaies.

L'appréhension, la peur des soins :

Comme nous l'avons détaillé précédemment, la mémorisation de la douleur peut générer de l'appréhension de la part du patient. Chaque soin sera source d'inquiétude, d'anxiété.

Les troubles de l'humeur, l'irritabilité :

La douleur peut être vécue comme insupportable et le patient peut devenir irritable, agressif vis-à-vis du soignant, ou encore refuser le soin.

A l'inverse, il peut également se replier sur lui-même, éviter de communiquer sur cette situation qui le déstabilise et minimiser sa douleur.

La modification de l'image de soi :

Au delà des modifications physiques liées à la plaie elle-même, les représentations que chaque patient peut avoir de la douleur, de la façon dont il devrait pouvoir la supporter, la surmonter, peuvent ébranler l'image qu'il a de lui-même. Cela peut entraîner une perte de l'estime de soi, des troubles du sommeil, une dépression.

(9) « la mémorisation de la douleur de l'enfant. Qu'en savons-nous ? » Dr Fournier Charrière. Unité douleur-CHU Bicêtre. Disponible sur www.pediadol.org

- Pour le soignant

Difficulté à réaliser le soin de manière efficace :

Par peur de faire mal, le soignant peut éviter une détersion trop longue, importante, bien que cela soit nécessaire. De même pour le lavage de la plaie qui serait trop superficiel. Un soin réalisé de cette manière, n'est pas suffisamment efficace et va entraîner un retard de guérison de la plaie et des soins sur de longues périodes.

Difficulté à établir une relation avec le patient :

La douleur peut provoquer des réactions d'agressivité ou de repli qui rendent la communication difficile

Difficulté de positionnement vis-à-vis du soin :

L'ambivalence entre « soin qui fait mal » car douloureux et « soin qui soulage » car favorise la guérison peut déstabiliser le soignant face au patient douloureux.

Anxiété :

Le soignant, étant le vecteur de douleur, peut appréhender lui aussi le soin, avoir peur de faire mal.

• L'évaluation de la douleur

« Si un malade dit qu'il a de la fièvre, on peut le vérifier, thermomètre à l'appui. S'il prétend avoir de la tension, on peut le vérifier aussi...pratiquement. Tout ce que dit le malade se constate, se vérifie, se mesure. sauf s'il dit qu'il a mal...la science est impuissante à étalonner et à juger ses dires »

Jean François Deniau

Évaluer la douleur est une étape indispensable afin d'orienter le traitement antalgique et d'apprécier son efficacité. Or, quantifier, mesurer la douleur est délicat et l'utilisation d'outils validés, précis, est primordial afin d'éviter une appréciation subjective du soignant.

Nous disposons d'échelles unidimensionnelles, qui mesurent l'intensité de la douleur uniquement. D'autres échelles, dites multidimensionnelles, évaluent également les dimensions affectives de la douleur.

- Les échelles unidimensionnelles :

L'E.V.A : échelle visuelle analogique

Le patient quantifie l'intensité de sa douleur en se positionnant sur une ligne horizontale figurant la douleur. La lecture du chiffre situé à cet endroit donne un score entre 0 et 10.

L'E.N.S : échelle numérique simple

Le patient cote sa douleur sans aucun support visuel. Il donne une note entre 0 et 10 ou encore entre 0 et 100.

L'E.V.S : l'échelle verbale simple

Le patient choisit parmi plusieurs qualificatifs celui qui définit le mieux sa douleur. Le nombre d'items varie selon l'échelle utilisée.

Voici un exemple d'échelle verbale constituée de cinq items :

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 0 absence de douleur | 3 douleur sévère |
| 1 douleur faible | 4 douleur intolérable |
| 2 douleur moyenne | |

Ces échelles sont simples d'utilisation, l'évaluation est rapide et permet d'être réalisée avant, pendant et après les soins sans grande difficulté.

En revanche, ces échelles demeurent réductrices car n'explorent pas les dimensions sensorielles et affectives de la douleur.

- Les échelles multidimensionnelles

Elles donnent des informations sur le vécu de la douleur, son intensité et son type. Ce sont des questionnaires utilisant des qualificatifs triés en classes et sous classes.

Le questionnaire douleur de Saint Antoine fait partie de cette catégorie.

- Les échelles multidimensionnelles comportementales

Le support n'est pas uniquement verbal et l'observation du patient est prise en compte. Ainsi, ses changements de comportement, de posture seront considérés avec intérêt.

Certaines échelles sont plus adaptées selon l'âge du patient et sa capacité à communiquer. Ainsi l'échelle Doloplus 2 est particulièrement adaptée à la personne âgée. De même pour l'E.C.P.A ou échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante. Pour les enfants, nous disposons de l'échelle de Gustave Roussy.

Le choix d'une échelle d'évaluation est donc fonction du patient, de son âge et de sa capacité à s'exprimer. Mais ce choix est également fonction du soignant, de son aisance à utiliser l'une ou l'autre des méthodes qui sont à sa disposition.

L'évaluation avant, pendant et après le soin permet d'évaluer l'efficacité du traitement antalgique et d'effectuer les réajustements nécessaires.

L'évaluation de la douleur est également l'occasion d'instaurer un dialogue avec le patient, une relation de qualité, de confiance, dans laquelle il soit entendu, compris et considéré. Cette étape d'évaluation est délicate mais primordiale car elle sera la base de la prise en charge.

3 Douleur et pansements d'ulcères

- **Douleur et pansement**

Le pansement est un acte répétitif, qui, pour le patient porteur d'ulcère est souvent quotidien. Les manipulations faites au niveau de la plaie provoquent des douleurs par excès de nociception qui peuvent être associées, selon chaque cas, à d'autres douleurs, neuropathiques ou psychogènes.

Concernant un ulcère évoluant depuis longtemps, nous sommes dans le cas d'une plaie chronique, avec une hypersensibilisation de la plaie, une réponse inflammatoire. Des manipulations répétées provoquent une réaction exacerbée (allodynie) à plus ou moins long terme.

Le patient porteur d'ulcère est confronté à des pansements durant plusieurs mois. La douleur aiguë liée aux soins s'ajoute souvent à une douleur de fond, ressentie par le patient en cours de journée.

Le déroulement d'un pansement permet de voir à quel point les manipulations sont génératrices de douleur :

- **Le retrait du pansement**

Celui-ci peut adhérer à la plaie et à sa périphérie. Son retrait est souvent délicat.

- **Le nettoyage de la plaie**

Le douchage de la plaie à l'eau ou au sérum physiologique, bien qu'efficace et primordial, exerce des pressions sur une zone déjà sensibilisée.

- **La détersion mécanique :**

L'utilisation de curettes, bistouris, et pinces afin de retirer la fibrine et les tissus nécrosés provoque des douleurs difficilement supportables si le patient n'est pas soulagé.

- **La réfection du pansement :**

Selon le type de produit utilisé, un frottement, une sensation d'appui, de compression peut apparaître. Un pansement inadapté, peu ou trop absorbant peut occasionner des douleurs.

Peu d'études ont été réalisées concernant la douleur ressentie lors du changement de pansement. L'European Wound Management Association (EWMA) a souhaité établir un document de référence sur la prise en charge de la douleur lors des pansements. Une étude internationale a été menée auprès des soignants, sur ce thème. Onze pays y ont participé.

Voici quelques une des réponses recueillies :

- Le retrait du pansement est considéré comme moment le plus douloureux, suivi de près par le nettoyage de la plaie.

- 9 des 11 pays participant à l'enquête ont estimé l'ulcère de jambe comme la plaie la plus douloureuse.

- Les pansements dessèches, puis en deuxième position, des produits adhérents à la plaie, étaient les facteurs contribuant le plus à la douleur. Viennent ensuite les adhésifs, le nettoyage, le méchage.

Une autre grande étude observationnelle française a été réalisée en 2004 par Meaume et Al. ⁽¹⁰⁾ . Elle concernait la douleur lors du pansement des plaies chroniques en médecine de ville. L'objectif était d'évaluer la douleur provoquée par les changements de pansements.

Voici les résultats de cette étude :

- La prévalence de la douleur au changement de pansement était de 81 %.
- Le nettoyage de la plaie était douloureux dans 97% des cas.
- L'intensité de la douleur était « modérée » à « sévère » dans 46% des cas.
- Il y avait prescription d'antalgique dans 45% des cas.

Cette étude révèle bien le caractère douloureux de ce soin. Le nettoyage de la plaie étant une étape très difficile à supporter par le patient.

• Douleur et ulcère

L'ulcère de jambe est une perte de substance cutanée chronique, n'ayant pas tendance à la cicatrisation spontanée.

La majeure partie des ulcères de jambe est d'origine vasculaire, compliquant une pathologie veineuse, artérielle ou micro circulatoire. L'ulcère peut être plus ou moins douloureux selon son origine.

- L'ulcère d'origine veineuse :

C'est le plus fréquent des ulcères vasculaires. Il peut résulter des séquelles d'une thrombose veineuse profonde ou d'une maladie variqueuse avec perforantes incontinentes. Sa localisation est péri-malléolaire. Il y a souvent coexistence de troubles cutanés d'insuffisance veineuse chronique (dermite ocre, hypodermite scléreuse, atrophie blanche...) d'aspect humide, sans nécrose, il est généralement peu profond. Cet ulcère est généralement peu douloureux.

- L'ulcère d'origine artérielle :

Il est moins fréquent. Les ulcérations sont la conséquence directe de l'ischémie par défaut de perfusion artérielle du membre. Souvent douloureux, davantage lors de la mise en position horizontale du membre. Il est situé à distance des malléoles ; son aspect est nécrotique, creusant, et il peut mettre à nu les structures sous-jacentes.

- L'ulcère mixte (veineux et artériel) :

Il est relativement fréquent. Il peut sembler être purement veineux au premier abord, mais la présence de plaques nécrotiques, de douleurs spontanées ou de décubitus, d'un aspect creusé, orientent vers une cause artérielle. Sa composante artérielle le rend très douloureux

- L'angiodermite nécrotique

C'est une entité particulière. Elle correspond à l'occlusion distale d'une petite artère terminale. Elle peut être déclenchée par un traumatisme mineur chez un sujet âgé souffrant de micro angiopathie cutanée chronique. Elle évolue pendant plusieurs mois. Elle a des caractéristiques cliniques propres, parmi lesquelles :

- . La localisation sur la face antero-externe de jambe.
- . Une douleur intense et insomnante.

La douleur sera donc d'intensité différente selon l'origine de l'ulcération. Cela est une constatation qui ne doit pas faire oublier que chaque patient a un seuil de tolérance à la douleur qui lui est propre. L'évaluation de la douleur et son traitement ne peut en aucun cas reposer sur l'étiologie de l'ulcère.

La douleur liée à la détersion d'un ulcère veineux peut être très intense bien que l'ulcère soit peu douloureux par ailleurs.

(10) cf. annexe1

Nous disposons de 6 études ayant évalué la douleur liée à l'ulcère de jambe entre 1997 et 2004. cf. annexe 1.

L'étude de Noonan et Burge en 1998 a permis d'évaluer la douleur de 51 ulcères : 82% des patients ressentaient des douleurs et 12% d'entre eux la subissaient en continu.

L'étude de Hoffman et Al en 1997 a permis de révéler que 90% des patients porteurs d'ulcères se plaignait de douleur, 64% en souffrait la nuit, pour 38% la douleur était continue.

Dans l'étude de Meaume et Al, la prévalence de la douleur spontanée est de 70%.

Dans trois études, les douleurs sont décrites comme des sensations de lourdeur, de brûlures, et d'élançements (cf. annexe 2).

- **La situation psychologique du patient porteur d'un ulcère**

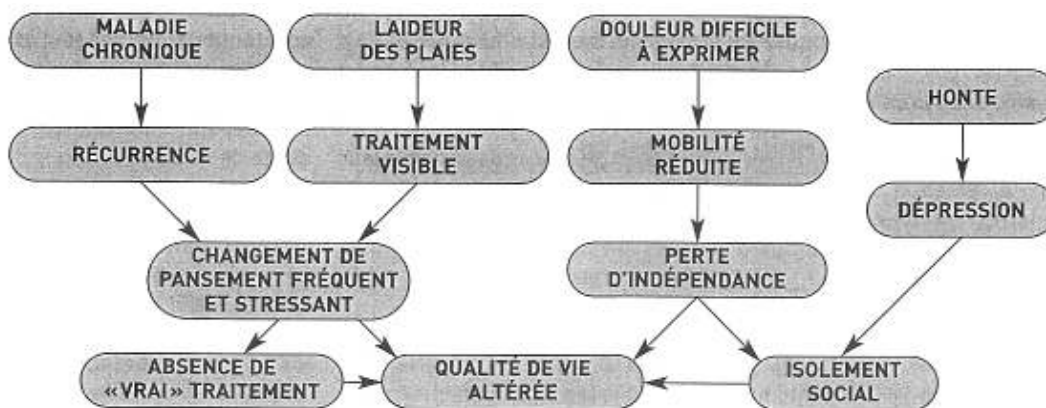
« Entre le stimulus douloureux et l'expression de la douleur, il y a toute l'épaisseur du sujet en tant que singularité et historicité, en clair, l'individu dans son entier »

Dr Philippe Granato, douleur et cultures.

Prendre en compte la douleur ne peut se faire sans voir le patient dans sa globalité. Or, le patient ayant un ulcère est dans un contexte psychologique particulier. Les retentissements qu'a la plaie sur son quotidien sont nombreux. Il semble capital de comprendre son état d'esprit et ses préoccupations pour être le plus juste possible lors de la prise en charge.

Une étude visant à recueillir les préoccupations des patients porteurs d'un ulcère de jambe a été menée au niveau international en juin 2006. Elle a permis de mettre en évidence des inquiétudes qui ne sont pas toujours perçues par les soignants.

Ces préoccupations ont été recueillies et ce schéma montre à quel point elles peuvent interagir entre elles :



Journal des plaies et cicatrisation n°56, décembre 2006, p28.

- L'isolement social :

Plusieurs facteurs peuvent entraîner un isolement progressif du patient.

La douleur, lorsqu'elle est continue, peut freiner le patient dans ses activités et limiter ses sorties.

D'autre part, des préoccupations esthétiques, pouvant apparaître comme mineurs pour le soignant, sont un souci très présent pour nombre de patient.

En effet, un pansement de plus ou moins grande taille, situé au niveau de la cheville, du mollet, peut être très gênant. Ne pas pouvoir sortir vêtue d'une jupe peut être un détail pour l'infirmière, mais pour une dame de 80 ans, ignorant le port du pantalon depuis toujours, cela a une réelle importance et ne peut être occulté.

C'est là qu'entre en jeu la peur du regard d'autrui. La volonté de cacher ce pansement « indésirable » peut faire obstacle aux sorties quelles qu'elles soient. Ainsi le patient en vient à éviter les lieux publics et s'isole progressivement.

Le pansement peut également, de par son épaisseur et sa localisation, empêcher un chaussage correct. Comment sortir sans pouvoir se chausser convenablement ?

- Les modifications de l'image de soi :

La difficulté à marcher, sortir, vaquer aux tâches quotidiennes a un impact non négligeable sur la qualité de vie. Cela peut entraîner une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, pouvant aboutir à un état anxieux voire dépressif.

- La récurrence de la maladie ulcéreuse :

Evoluant de façon chronique, le patient souffrant d'ulcère peut passer plusieurs années en alternant des périodes de guérison puis d'autres périodes de soins prolongées liées à des plaies. Ce problème est donc récurrent et s'installe dans la vie du patient, à long terme.

De même, l'ulcère se rappelle au patient à tout moment de la journée de diverses manières. La présence du matériel de soin au domicile du patient est un rappel visuel de la maladie et des pansements qui y sont associés.

La visite quotidienne de l'infirmière libérale est également un rappel de la maladie et le temps accordé à ce soin chaque jour est une contrainte de plus pour le patient qui ne peut s'y soustraire.

- Les troubles du sommeil, la fatigue :

L'anxiété liée à cette situation peut altérer la qualité du sommeil. La fatigue physique s'ajoute à tout cela et limite encore davantage les activités du patient. Il s'installe un cercle vicieux de plus en plus défavorable.

Les patients ayant des douleurs intenses au repos auront un sommeil peu réparateur. Trois études ont permis de mettre l'accent sur les perturbations du sommeil liées aux douleurs d'ulcère.

Dans l'étude de Noonan et Burge, 68% des patients ont des difficultés à dormir liées à la douleur, 63% dans l'étude de Hoffman et Al et 50% dans celle de Meaume et Al. Cf. annexe 3.

4 Les traitements de la douleur

• Les traitements pharmacologiques

Un soin efficace ne peut être réalisé qu'associé à une analgésie suffisante, de qualité.

Le choix des antalgiques sera réalisé par le médecin traitant ; l'infirmière a un rôle primordial concernant son utilisation. Ses connaissances concernant les délais d'action, les contre-indications et effets indésirables de chaque substance sont essentielles. Sa présence quotidienne auprès du patient, lors des soins, lui permet d'évaluer l'efficacité du traitement, mais également sa tolérance.

Les traitements utilisés à domicile se dispensent par voie orale, locale ou injectable.

L'usage du protoxyde d'azote, par voie respiratoire, est très efficace lors des soins mais n'est pas disponible à la médecine de ville. Les services d'hospitalisation à domicile (H.A.D) devraient avoir la possibilité de l'utiliser prochainement. Ce n'est pas le cas des infirmières libérales à ce jour. Nous développerons tout de même son utilisation car il n'est pas exclu que son usage soit élargi à la médecine libérale dans les années à venir.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a établi une échelle de trois paliers pour l'utilisation des antalgiques. La progression d'un palier à l'autre doit être respectée :

le niveau 1 regroupe les antalgiques convenant aux douleurs légères à modérées.

Nous retrouvons dans ce groupe le paracétamol, l'aspirine et certains anti-inflammatoires.

Le niveau 2 permet de traiter des douleurs modérées à sévères et/ou celles ayant persisté malgré l'utilisation d'antalgiques de niveau 1.

Nous y retrouvons la codéine, le dextropropoxyphène, le tramadol et les morphiniques faibles.

le niveau 3 regroupe les morphiniques forts, utilisés pour le traitement des douleurs intenses

- La voie orale :

L'horaire d'administration sera fonction de l'heure du soin, de la cinétique des effets de l'antalgique utilisé. Connaître le délai d'action des traitements est un aspect essentiel.

Voici les délais d'action de plusieurs antalgiques souvent utilisés à domicile, ainsi que leur délais d'action ⁽¹¹⁾ :

Le paracétamol :

Par voie orale, a un délai d'action de 30 minutes. Ses effets durent entre 4 et 6 heures. L'idéal est de le prendre 1 à 2 heures avant la procédure afin d'atteindre l'effet maximal à ce moment là.

Le Dextropropoxyphène :

A une durée d'action de 4 à 6 heures. Son délai d'action est de 1 heure.

La codéine :

Sa durée d'action est de 4 à 6 heures. Délai d'action de 1 heure.

(11) cours intitulé « les antalgiques » Dr Nicolas Saffon. Disponible sur : www.geocities.com

Le Tramadol :

à libération immédiate : son délai d'action est de 20 à 30 minutes. Ses effets durent 6 heures.

à libération prolongée : son délai d'action est de 40 minutes et ses effets durent 12 heures.

Le Sulfate de morphine :

à libération immédiate (Actiskenan, Sevredol) : délai d'action de 45 à 60 minutes. Effets pendant 4 heures.

à libération prolongée (Skenan, Moscontin) : délai d'action de 2 heures et effets pendant 12 heures.

- La voie injectable :

Le Chlorhydrate de morphine :

.en sous cutanée : action en 30 à 60 minutes et effets pendant 4 heures

.en intra veineuse lente : action en 10 minutes et effets pendant 4 heures.

- La voie locale :

L'EMLA (Eutectic Mixture of Local Anaesthetics)

Cette crème est composée de deux anesthésiques locaux (lidocaine et prilocaine) et permet l'anesthésie de la peau et des muqueuses. Elle existe en crème ou sous forme de patch. Elle peut être utilisée sur un ulcère de jambe, avant une détersion mécanique longue. Sous certaines conditions :

.appliquer 1 à 2g pour une surface de 10 cm carré, sans dépasser 10g. La crème doit être recouverte d'un pansement occlusif et rester en contact avec la plaie pendant 30 min. ⁽¹²⁾

.cette application est limitée à 8 applications successives.

.ne doit pas être utilisé chez un patient ayant une hypersensibilité aux anesthésiants locaux.

.ne doit pas être associé à la prise d'un traitement méthémoglobinémiant.

Ne pouvant être utilisée à long terme, l'EMLA est utile pour une période donnée, lors de détersions importantes, et ne doit pas être l'unique traitement envisagé.

Une noisette = 0,5g = 0,5 ml.

La xylocaine (lidocaine)

Elle peut être utilisée sur une plaie. Elle existe sous forme liquide à vaporiser directement sur la plaie. Il est nécessaire de recouvrir de compresses imbibées de xylocaine également. Le temps d'action doit être au minimum de 10 à 15 minutes pour être efficace.

Cependant le remboursement de la xylocaine n'est pas pris en charge par la sécurité sociale pour un usage en ville. D'où sa très faible utilisation à domicile.

Les pansements médicamenteux :

L'apparition sur le marché de nouveaux pansements renfermant de l'ibuprofène (Biatain-Ibu) peut être intéressante et limiter les douleurs de fond tout au long de la journée. Ce pansement est délivré sur prescription médicale.

- La voie respiratoire :

Le protoxyde d'azote : c'est un gaz inodore qui possède des propriétés analgésiques et anxiolytiques. Il est associé à l'oxygène en mélange équimolaire et permet une analgésie précoce, en trois minutes. Ses effets sont réversibles très rapidement à l'arrêt de l'inhalation.

Son utilisation ne doit pas dépasser une heure.

Son utilisation est contre indiquée dans certains cas : pneumothorax, emphysème, altération de l'état de conscience, traumatismes de la face.

(12) »utilisation de la crème EMLA chez l'adulte et la personne âgée. » 2005 document disponible sur le site Internet du centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD)

Le local d'utilisation doit être suffisamment ventilé.

Certains effets secondaires peuvent apparaître : euphorie, paresthésies, vertiges, nausées, vomissements, agitation, angoisse, modifications des perceptions sensorielles.

Le patient récupère son état de vigilance initiale dans les cinq minutes suivant l'arrêt de l'administration. Son utilisation ne nécessite pas d'être à jeun.

• Les traitements non pharmacologiques

« Avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal »

Montaigne

Ils sont assez peu développés et rares sont les soignants qui les utilisent. L'intérêt de ces techniques est en réalité de limiter l'anxiété liée au soin. Nous pouvons distinguer plusieurs techniques.

- La sophrologie :

Cette technique de concentration a été mise au point en 1960, par un psychiatre colombien, le Dr Caycedo. Elle permet d'affiner l'état de conscience en accordant la respiration à la visualisation de chaque partie du corps. Elle peut être utile pour obtenir un état de détente et limiter les peurs. Cependant, elle nécessite un apprentissage et un minimum de concentration.

- La Relaxation :

Elle peut être envisagée avant, pendant et après le soin.

Elle permet d'obtenir un état de relâchement musculaire, de détente physique et mentale. Cet état est difficile à atteindre sans un minimum d'entraînement de la part du patient. Le fait de répéter souvent certains exercices simples permet de gagner plus rapidement un état de détente. Plusieurs techniques existent :

La relaxation progressive de Jacobson, est basée sur l'alternance de contractions et décontractions musculaires.

Le training autogène de Schultz, est basé sur 6 exercices permettant un contrôle respiratoire, musculaire, cardiaque, vasculaire, du plexus solaire et du front.

Le biofeedback vise à contrôler l'état de tension musculaire présent au repos. L'usage d'un électromyographe permet au patient de visualiser sa tension musculaire. ⁽¹³⁾

La concentration nécessaire peut être favorisée par l'écoute de musique ou encore de CD permettant d'être guidé dans des représentations mentales précises.

- La distraction :

Cette technique très simple est fréquemment utilisée par les soignants. Visuelle ou auditive, l'attention du patient est attirée vers un autre objet, ce qui lui permet de se détacher des sensations liées au soin. « Pendant la distraction, on est totalement ailleurs, dissocié du corps. » ⁽¹⁴⁾

- Les massages :

Effectués par des kinésithérapeutes, ils peuvent atténuer les douleurs qui suivent la réfection du pansement. Le drainage lymphatique manuel, prescrit chez certains patients, peut être un moment de détente et de récupération très bénéfique.

- L'Hypnose :

C'est un état modifié de conscience, différent de l'état d'éveil ou de sommeil. Cet état influence la perception de la douleur. Chez l'adulte, elle peut élever le seuil douloureux par des suggestions d'analgésie. ⁽¹⁴⁾

L'hypnose peut se révéler très efficace dans le cadre de douleurs aiguës. ⁽¹⁵⁾

(13) « l'infirmière et la douleur » institut UPSA de la douleur.

(14) « prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant. » Celestin-Lhopiteau. Document disponible sur www.CNRD.fr

(15) « l'hypnose à l'hôpital » revue de l'infirmière, avril 2005.

Ces techniques, relativement peu développées par les soignants, sont plus ou moins difficiles à mettre en œuvre lors d'un soin. Certains éléments tels que la respiration calme, dirigée sont beaucoup plus réalisables au quotidien et relèvent du bon sens.

L'utilisation de musique peut être bénéfique et créer un climat de détente favorable au soin. Cela est envisageable et ne nécessite pas de formation particulière.

- **Des techniques limitant la douleur**

« Je suis convaincu que, presque toujours, ceux qui souffrent souffrent bien comme ils le disent et qu'apportant à leur douleur une attention extrême, ils souffrent plus qu'on ne saurait l'imaginer. Il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile de supporter, c'est la douleur des autres. »

René Leriche, la chirurgie de la douleur.

- **Le déroulement du pansement :**

La technique qu'utilise le soignant lors d'un pansement peut nettement influencer l'apparition de douleurs. La douleur liée au soin est essentiellement nociceptive. Ce sont les stimulus liés aux gestes du soignant qui sont à l'origine de ces douleurs. Il semble donc primordial de ne pas provoquer davantage d'agression que celles nécessaires à l'efficacité du soin. Quelques précautions simples suffisent à limiter cela :

- Le retrait du pansement :**

Il est souvent douloureux. **Le maintien de la peau péri lésionnelle** d'une main lors du retrait permet de limiter la traction de la peau et les traumatismes que cela peut provoquer.

Un pansement sec est difficile à retirer. **L'humidifier** permet de limiter l'adhérence à la plaie. Plusieurs solutions s'offrent au soignant : il est possible d'utiliser du sérum physiologique et de mouiller le pansement tout en le retirant progressivement. Cela peut être réalisé au lit du patient et la présentation de ce sérum en dosettes stériles est très appropriée à ce geste.

Dans le cas d'un ulcère dont le pansement est fait sous la douche cela est beaucoup plus simple. Le décollement du pansement sera réalisé à ce moment là et le jet d'eau sera orienté de façon à effectuer un décollement progressif, non traumatique.

- Le nettoyage de la plaie :**

A l'heure actuelle, il est reconnu que le douchage des plaies est la technique la plus efficace afin de nettoyer, de diluer la charge bactérienne, sans ajout d'antiseptiques qui déséquilibrent la flore en présence.

Ce douchage permet par ailleurs une excellente détersion de la plaie s'il est fait longuement, à chaque pansement. Néanmoins, ce geste peut s'avérer douloureux. L'objectif de détersion peut pousser le soignant à régler le jet de douche sur une intensité trop forte. Les pressions exercées seront efficaces sur des zones fibreuses mais se révéleront traumatisantes au niveau des berges de la plaie et des tissus récemment réépidermisés. La douleur provoquée ne permettra pas un douchage prolongé. Il est important **de régler l'intensité du jet de façon à effectuer un lavage efficace mais doux**. Ce geste pourra s'effectuer sur une période plus longue de 10 à 15 minutes selon la tolérance du patient.

L'utilisation de l'eau peut être l'occasion d'utiliser **les propriétés antalgiques du chaud ou du froid**. Le réglage de la température de l'eau a elle aussi toute son importance. Le froid peut avoir un effet antalgique intéressant. C'est avec le patient que le choix de la température est fait, suivant sa tolérance et l'effet obtenu.

La détersion :

La phase de détersion est souvent vécue comme très douloureuse par le patient. L'infirmière utilise plusieurs instruments tels que les bistouris, curettes, ciseaux et pinces. Le retrait de zones de nécrose n'est normalement pas douloureux car les tissus incisés ne sont pas vascularisés.

Or, cela est souvent le cas si le soignant prend appui au niveau de la peau péri-lésionnelle. Il est donc important de veiller à **ne pas exercer de pression au pourtour de la plaie** lors des gestes de détersion. Un geste précis et franc permettra d'être efficace et rapide.

Le **matériel** doit évidemment être **de qualité** sinon il sera nécessaire de faire davantage de manipulations traumatisantes. Des ciseaux aiguisés correctement, des bistouris avec une lame plus ou moins courbée selon la facilité qu'à le soignant à l'utiliser sont des critères d'efficacité. De même pour les pinces qui doivent être fines, permettre le soulèvement précis de très petites zones fibrineuses ou nécrotiques. Le soignant doit veiller à la qualité du matériel qu'il utilise et être à l'aise avec sa technique de détersion.

Le pansement utilisé :

Le choix du pansement utilisé est très important car il peut être plus ou moins mal toléré et source de douleur. De nombreux progrès ont été faits ces dernières années concernant les produits à disposition du soignant.

La cicatrisation en milieu humide est recommandée actuellement et de nombreux pansement permettent de **maintenir un taux d'humidité idéal** au niveau de la plaie. Ceci permet de limiter les douleurs tout au long du port du pansement ainsi que la douleur lors du retrait.

L'utilisation de pansements secs, de gazes entraînent un dessèchement et sont plus douloureux, en plus d'être défavorable à la cicatrisation. Néanmoins, il est important d'utiliser un pansement suffisamment absorbant quand la plaie est très exsudative, sinon les sécrétions seront irritantes en périphérie et source de douleur.

La peau située au pourtour de l'ulcère est très souvent une peau fine, fragilisée qu'il faut veiller à bien protéger. Or cette zone est très souvent celle qui sera recouverte par les adhésifs du pansement. Mieux vaut **éviter** de disposer **les adhésifs** à ce niveau et préférer l'usage de bandes en coton, sans tension, afin de maintenir sans provoquer de nouvelles lésions.

Cela a aussi l'avantage d'éviter un retrait douloureux par soulèvement de la peau en périphérie. La présence d'un eczéma peut également être traité par une pommade à base de cortisone après avis du médecin. En présence d'allergies, il est primordial de vérifier le potentiel allergisant du produit utilisé.

Éviter d'exercer des pressions lors de la pose du pansement ainsi que des bandages trop serrés est un aspect qui a également son importance.

Eviter ce qui est évitable :

Dans le cas d'une couverture antalgique insuffisante lors du soin, le soignant peut choisir de différer la détersion au lendemain. L'application d'un hydrogel après scarification de la zone nécrotique permettra de faciliter le geste suivant. L'infirmière peut alors joindre le médecin traitant qui adaptera le traitement antalgique en conséquence.

La réalisation du soin est l'accumulation d'une multitude de petits détails. Ils peuvent être considérés sans aucune importance par certains mais chacun d'entre eux peut largement diminuer la douleur et rendre le soin supportable. Ces quelques précautions qui, pour la plupart, relèvent du bon sens mais qui par habitude, manque de temps, de motivation, peuvent être totalement occultées par le soignant.

Avoir le bon geste, contrôlé, de petits réflexes simples peut se révéler tout aussi important que la prise d'un antalgique.

- Une approche limitant l'anxiété :

Le choix du moment du soin :

Nous avons vu que la plupart des pansements d'ulcères sont refaits quotidiennement. La qualité de vie du patient en est forcément altérée. Il semble important que le patient puisse choisir avec l'infirmière le moment de la journée le plus adapté, afin qu'il puisse conserver une activité et ne pas bloquer une matinée entière dans l'attente de son soin. Chacun doit disposer d'un temps suffisant afin de réaliser le pansement dans le calme, sans précipitation. L'infirmière peut faire preuve de souplesse en passant plus tôt ou plus tard, le matin ou le soir.

De plus un passage trop tôt le matin peut être un obstacle au repos du patient qui est déjà dans un état de fatigue plus ou moins installé. C'est donc un réel compromis qui est réalisé entre les contraintes de travail du soignant et le respect de la vie du patient. Ce compromis n'est réalisable qu'au sein d'une relation de qualité.

Expliquer le soin : Ne pas savoir comment se déroulera le soin peut être extrêmement angoissant. Expliquer le déroulement, les gestes, l'organisation et la durée du pansement permet de limiter l'angoisse. Le soignant doit pouvoir discerner ce qu'il est bon de dire ou pas selon le profil du patient et son ressenti face à chaque patient. Trop d'information peut avoir l'effet inverse et provoquer de la panique.

Installer confortablement le patient :

Le fait d'installer le patient lui permet d'être dans une position confortable durant le soin, de limiter les tensions musculaires inutiles. Limiter le bruit, laisser le patient boire un verre d'eau, desserrer ses vêtements, sont de petits détails qui ont leur importance. Cette installation et le temps qu'elle prend sont révélateurs de l'intérêt que porte le soignant au patient. Cette simple attention en début de soin permet de gagner doucement la confiance d'un patient souvent angoissé.

Maintenir le dialogue au cours du soin :

Le fait de parler au patient au cours du soin a plusieurs avantages. Il permet, dans un premier temps de limiter l'anxiété, le patient peut exprimer ses craintes, poser des questions concernant la plaie, les gestes du soignant, ce lien est également l'occasion d'évaluer la douleur. Le patient peut l'exprimer spontanément. Si ce n'est pas le cas, le soignant peut lui demander s'il a mal et évaluer l'intensité au fil du soin.

Le fait de parler de tout autre chose permet également de limiter les tensions par le mécanisme de diversion de l'attention.

Permettre la collaboration du patient :

C'est-à-dire lui donner la possibilité d'être acteur au cours du soin, de prendre des décisions qui le concernent. Décisions sans grande importance comme le lieu, l'ambiance, etc.. Mais qui lui permettent de se sentir actif et respecté.

Observer le patient :

Savoir déceler, au cours du soin des attitudes de crispation, de douleur ou d'inquiétude, permet de s'adapter au patient. La communication non verbale est souvent bien plus parlante car nombre de douleurs ne sont pas dites.

Permettre un temps de relâche :

Quand le patient en ressent le besoin, faire une pause courte en cours de soin peut lui permettre mieux le vivre.

Favoriser la relaxation :

Les connaissances éventuelles de l'infirmière dans ce domaine peuvent apporter un plus à la prise en charge.

-Déceler les facteurs locaux influençant la douleur :

Limiter la douleur est capital mais cela ne doit pas empêcher l'infirmière d'en rechercher la cause. Descartes définissait la douleur comme un signal d'alarme. En effet, la douleur de la plaie peut être accentuée par certains facteurs qu'il est important de déceler.

L'infection entraîne une douleur vive au niveau la plaie. Si le patient est plus algique que d'habitude dans un contexte de soins identique, il faut se poser la question de l'infection et rechercher des signes associés. Un écoulement douteux, une rougeur, l'inflammation des tissus sont des signes locaux pouvant évoquer l'infection. Celle-ci doit être confirmée par l'apparition de signes généraux, tel que l'hyperthermie. Dans ce cas, orienter le patient vers son médecin traitant est primordial.

Un exsudat important peut également provoquer une irritation locale et des douleurs. Il est important d'adapter les soins en conséquence.

Une ischémie : elle peut être décelée lors de douleur associées à des signes locaux : froideur du membre, coloration de la peau modifiée la recherche des pouls doit être faite et le patient doit être adressé de suite à son médecin.

Une sécheresse de la peau, des lésions dermatologiques peuvent être à l'origine de ces douleurs. L'observation des tissus périphériques permet de déceler ces problèmes et de les traiter rapidement.

L'œdème peut également majorer les douleurs.

- Evaluer, toujours évaluer :

L'évaluation de la douleur avant, pendant et après le soin est essentielle. Elle sera faite avec une échelle adaptée au patient et le score doit être noté sur un support écrit permettant d'avoir une vision d'ensemble sur de longues périodes.

Cette évaluation va permettre une prescription d'antalgiques adaptée. Elle permettra de vérifier l'efficacité du traitement et l'adaptation en fonction de l'intensité de la douleur.

L'idéal est une auto-évaluation réalisée par le patient lui-même. Dans le cas d'un sujet âgé ayant des troubles cognitifs, sensoriels, l'utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation sera nécessaire.

5 Les spécificités de la gestion de la douleur à domicile

- L'administration du traitement antalgique

Par voie générale :

C'est un élément capital pour que l'antalgie soit suffisante lors du soin. Dans le cas d'une douleur de fond, la prise de l'antalgique est répartie dans la journée, la plupart du temps en trois prises.

L'heure du soin a donc son importance car l'action de l'antalgique ne sera pas la même aux différents instants de la journée.

Si le patient dispose d'une prescription d'antalgique visant à réduire le pic douloureux lié au soin, **l'horaire de prise est déterminant.**

Le rôle de l'infirmière est dans un premier temps **d'informer le patient.**

Vérifier qu'il connaît le **délai d'action** de son traitement et le prenne en fonction de l'heure du soin. Cela sous entend de convenir d'un horaire avec lui et de le respecter au mieux. Mais cela sous entend également que le patient soit capable de gérer ces paramètres.

Dans le cas d'un patient dépendant, l'infirmière doit pouvoir faire appel à d'autres personnes ressources susceptibles de lui donner son traitement à l'horaire voulu.

La famille peut être sollicitée. Les difficultés sont accentuées dans le cas de personnes seules, peu entourées.

L'infirmière effectue donc un autre passage et administre le traitement à l'heure voulue.

Par voie locale :

L'efficacité de l'anesthésie locale dépend de **l'application correcte** du produit. La **quantité** doit être adaptée à l'étendue et la profondeur de la plaie.

Le **pansement occlusif** doit être mis de manière correcte pour être efficace.

Le temps de contact du produit avec la plaie doit être suffisant. Si ce n'est pas le cas, le soin sera douloureux.

Dans le cas d'un ulcère, le temps de contact minimal doit être de 30 minutes. **Le temps d'application maximal** ne doit pas dépasser 4 heures.

La durée d'efficacité de l'analgésie est de 1 à 2 heures après le retrait du pansement occlusif. Le patient doit donc appliquer l'EMLA au niveau de sa plaie au minimum 30 minutes avant l'arrivée de l'infirmière à son domicile.

Cela implique qu'il soit en mesure de le faire lui-même, et de respecter les consignes d'utilisation. L'infirmière a donc pour mission **d'informer le patient quand à l'utilisation du produit anesthésiant**

La difficulté essentielle apparaît lorsque le patient n'est pas en mesure de réaliser ce geste. L'infirmière doit alors faire appel à un autre intervenant capable de réaliser cette préparation correctement, en respectant les mesures d'asepsie.

La famille, les auxiliaires de vie peuvent être des personnes ressources. Dans le cas d'un patient isolé, l'infirmière peut être dans l'obligation de réaliser cette analgésie et de revenir ultérieurement afin de réaliser le soin.

Cela peut être difficilement réalisable, mais souvent nécessaire. L'infirmière est donc dans l'obligation d'effectuer deux visites auprès de ce patient dans la même matinée.

- Le réajustement du traitement :

Lors de douleurs apparaissant au cours du soin, l'intérêt d'établir des protocoles préétablis par le médecin n'est pas négligeable.

En effet, contrairement aux structures hospitalières où le médecin peut établir rapidement une nouvelle prescription, **l'infirmière est seule au domicile** du patient et ne dispose pas de cette possibilité.

Ces **prescriptions anticipées** permettent à l'infirmière d'ajuster le traitement lors de l'apparition de nouvelles douleurs d'intensité plus fortes.

Il en va de l'intérêt du patient qui lui-même se sentira sécurisé par cette prescription anticipée. Il sait que si la douleur devient plus intense, l'infirmière disposera de moyens pour la soulager.

L'instauration d'un **dialogue de qualité entre l'infirmière et le médecin traitant** lors de la prise en charge du patient est primordiale.

- Le travail en réseau

La prise en charge de la douleur est pluridisciplinaire et nécessite une bonne communication entre tous les intervenants.

Le secteur libéral est très différent des structures hospitalières où toutes les catégories professionnelles sont regroupées et à proximité les unes des autres.

La communication entre l'infirmière, le médecin, le kinésithérapeute, le centre hospitalier, **dépend de la disponibilité et de la bonne volonté de chacun.**

Chaque soignant doit établir des relations efficaces avec ses collègues afin de permettre une prise en charge rapide et adaptée. Ainsi, après un soin vécu douloureusement par le patient, l'infirmière doit pouvoir contacter le médecin rapidement afin d'adapter le traitement antalgique.

La connaissance des structures chargées de la prise en charge de la douleur est également une aide précieuse.

La prise en charge d'un patient à domicile relève, elle aussi, d'un travail d'équipe à part entière. L'organisation et les supports de communication sont différents de ceux des structures hospitalières.

Le dossier de soins, établi à l'hôpital, permet à chaque intervenant de retranscrire le soin effectué et les observations qui s'y rapportent.

Ce dossier est peu utilisé à domicile, il est fréquent que les infirmières libérales utilisent un cahier de soins très détaillé. Mais chacun des autres intervenants, médecin, kinésithérapeutes, etc. peuvent y voir un moyen de communication utile ou au contraire l'ignorer, ce qui est relativement fréquent.

Faute de traces écrites, certaines informations capitales peuvent être négligées.

La rigueur et la bonne volonté de chacun sont des qualités essentielles pour une prise en charge efficace.

- Une relation duelle :

Travailler en binôme lors de la réfection d'un pansement peut être très positif.

La présence d'un autre soignant auprès du patient, plus centré sur le contact, la détente est envisageable en structure hospitalière. L'infirmière et l'aide soignante pouvant opérer ensemble auprès du patient.

A domicile, l'infirmière est seule. Il est intéressant qu'elle puisse **faire participer** un membre de la famille, un proche, afin de favoriser la détente pendant le soin.

Ceci bien sûr avec l'accord du patient, dans la mesure où cela le rassure.

L'infirmière, seule aux côtés du patient, est la seule à retranscrire l'intensité de la douleur provoquée par le soin.

A l'hôpital, la multiplicité des intervenants permet une mise en commun des évaluations, avec les oppositions ou les convergences que cela implique. Il est donc très important qu'elle **se base sur une échelle validée, évitant ainsi de donner un caractère subjectif à son évaluation.**

- Un accès aux antalgiques limité :

Pas d'accès au MEOPA à domicile :

L'usage du protoxyde d'azote lors des pansements est très répandu en milieu hospitalier. Il est très efficace et de plus en plus utilisé. Or, son usage en secteur libéral n'est, à ce jour, pas autorisé.

Peu de morphine sous formes injectables :

L'usage de formes injectables est très peu répandu à domicile. Réticences de la part des prescripteurs, inquiétudes concernant les effets secondaires ?

La voie sous cutanée est très souvent privilégiée en structure hospitalière avant d'effectuer les pansements. Cependant la voie sous cutanée est très peu employée à domicile bien que cela soit tout à fait envisageable pour l'infirmière.

- Le confort du patient

Le fait d'effectuer des soins à domicile évite les déplacements intempestifs et permet au patient de garder ses repères. Loin de l'ambiance impersonnelle du milieu hospitalier, le patient est dans son univers, ce qui peut être sécurisant et limiter l'anxiété. L'installation du patient peut également être plus personnalisée. L'utilisation de coussins, musique, est plus réalisable à domicile.

- La connaissance du patient

En entrant à l'hôpital, le patient intègre l'univers des soignants. Une quantité importante d'infirmières gravite autour du patient.

Dans un contexte de soins à domicile, c'est l'inverse. L'infirmière libérale, en se rendant au domicile du patient, découvre son milieu. **Elle est au plus près de ce qu'il est**, connaît son environnement, son entourage.

Ce contact privilégié permet, au jour le jour, **une connaissance bien plus approfondie** qu'elle n'est réalisable en milieu hospitalier. Ceci est un atout non négligeable.

6 La relation soignant/soigné

Soulager la douleur est essentiel mais pour que cela soit possible, elle doit être exprimée par le patient et entendue par le soignant.

Nombre de patients ne sont pas soulagés de leurs douleurs. Ce constat a été fait dans quatre études distinctes. Celle de Meaume et Al, datant de 2004 a révélé que 55% des patients n'avaient aucun antalgique malgré le caractère douloureux de leur ulcère.

Ce pourcentage est de 50% dans celle de Nemeth et Al, en 2003, 47% en 2004. Celle de Hoffman et Al en 1997 ne dénombre que 38% de patients non soulagés. cf. annexe 4.

Cela démontre bien le fait que nombre de patients souffrent sans accéder forcément à un traitement antalgique. Cette défaillance peut être liée à un défaut de communication soignant/soigné.

De la relation établie va dépendre la qualité de la prise en charge de la douleur. Or, cette relation unique est l'interaction de deux personnes singulières.

Chacune a son vécu, ses valeurs, ses craintes qui influencent et conditionnent la relation.

- **Le patient face à la douleur = l'accepter ou la combattre**
Le patient face au soignant = dire ou ne pas dire ?

« La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation »

David Le Breton, Anthropologie de la douleur, p11.

- La crainte des traitements, de la médicalisation

Certains patients peuvent préférer des traitements antalgiques de base et craindre des traitements plus efficaces mais occasionnant des effets secondaires. Cette peur de perdre une partie de sa vigilance, de son autonomie en prenant certains traitements tels que les morphiniques est présente chez des personnes âgées qui préfèrent alors souffrir mais rester à domicile.

Cela peut entraîner une faible expression de cette douleur.

La crainte de devoir subir des consultations ou des examens complémentaires est également une préoccupation qui pousse à taire sa douleur.

Les traitements morphiniques font peur et sont souvent assimilés à des maladies graves, à la fin de vie.

- La crainte du soignant

Le patient peut craindre les réactions du soignant, selon la confiance qu'il lui accorde ou non. La peur d'être incompris est variable selon le type de relation établie avec le soignant.

- Les croyances personnelles

Les idées reçues, les expressions populaires peuvent être inconsciemment encrées chez le sujet.

« La douleur fait partie de la guérison, elle est normale. Je ne suis pas douillet !..C'est un signe que les soins sont efficaces. Ce sont des douleurs liées à mon âge, c'est normal. Je suis un homme, donc courageux, donc je supporte. »

Ces notions, plus ou moins présentes dans l'inconscient collectif peuvent nettement influencer l'expression de la douleur.

Selon le sens qu'il donne à la douleur, le patient peut l'accepter ou au contraire la combattre. Ce sens est quand à lui imprégné des valeurs culturelles et religieuses de l'individu.

- La capacité à s'exprimer

Un patient ayant des troubles du langage, une altération des fonctions supérieures ne pourra verbaliser sa souffrance. Un patient déprimé pourra également taire sa douleur.

Le rôle du soignant est alors de déceler et permettre l'expression de cette douleur.

- **Le soignant face à la douleur = Savoir ou ne pas savoir ?**
Le soignant face au patient = Entendre ou ne pas entendre ?

« Ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins ou les infirmières qui projettent leurs valeurs et souvent leurs préjugés, sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge. »

David Le Breton, anthropologie de la douleur, p136.

- L'influence de la culture professionnelle

Une réticence envers l'utilisation des morphiniques :

Largement utilisée en milieu hospitalier lors de la réfection des pansements, par voie sous cutanée, la morphine est peu utilisée à domicile.

Elle reste le traitement privilégié des douleurs en fin de vie ou liées à une pathologie cancéreuse.

Il existe **une certaine réticence** de la part du corps médical, surtout pour un usage au domicile.

« Pour beaucoup de gens, Morphine signifie maladie grave, fin de vie, dépendance et toxicomanie.

Tous ces préjugés ont considérablement retardé, en France, l'utilisation d'un antalgique dont l'efficacité n'est plus à démontrer. » P. Queneau et Gérard. Ostermann, soulager la douleur, p89.

Obstacles à l'utilisation des opioïdes (N = 65)	
- Crainte d'une toxicomanie	72 %
- Formation insuffisante des professionnels de la santé	59 %
- Lois restreignant la fabrication, la distribution, la prescription, la délivrance	59 %
- Réticence des professionnels de la santé par crainte de sanctions légales	47 %
- Réticence des professionnels de la santé par crainte de vol ou d'effraction	38 %
- Lourdeur des prescriptions réglementaires	38 %
- Insuffisance des importations ou de la fabrication	34 %
- Risque de détournement	34 %

Source : Enquête auprès des gouvernements, 1996.

Les défenses des soignants :

Les représentations professionnelles de chaque soignant sont différentes et influencent forcément les pratiques de chacun.

Nous pouvons discerner deux approches distinctes du patient douloureux :

Les soignants peuvent dans certains cas élaborer inconsciemment **des mécanismes de défense** visant à se protéger, à se prémunir de la souffrance de l'autre.

Des phénomènes de **déni de cette douleur qui « dérange »** peuvent être observés.

Cette déni, cette mise à distance du soignant reflète un réel malaise et une grande difficulté à prendre en charge la douleur.

L'autre approche consiste à l'inverse en une **prise en charge technique et humaine** de cette même douleur. Les soignants sont plus ou moins sensibilisés à ce problème.

La prise en charge est donc **variable, selon le profil du soignant**.

Le fait de comprendre et prendre en compte une plainte de douleur est parfois mal vu. « **L'absence d'émotions vis-à-vis de la maladie, de la souffrance a longtemps été cultivée et valorisée**, la sensibilité n'était pas de mise ; la jeune infirmière qui ne supportait pas d'assister impuissante à la souffrance des patients se heurtait aux classiques réponses « c'est l'infirmière qui a besoin de calmants, il faut changer de métier » ⁽¹⁷⁾

L'évolution des mentalités au sein même des professions médicales et paramédicales, a permis de passer au delà de ce genre de considération.

Cette évolution demeure très récente et doit perdurer car de nombreux préjugés persistent encore chez de nombreux soignants.

Peu de connaissances concernant la douleur lors des soins :

Il existe très peu d'études et d'articles qui traitent des douleurs induites par les soins. La littérature concernant la prise en charge des douleurs induites est très pauvre et ce **sujet demeure peu exploité**.

Des jugements basés sur des hypothèses cliniques :

Les soignants peuvent être tentés **d'évaluer la douleur en fonction de la plaie :**

« Il est fréquemment accepté, par exemple, que les ulcères artériels sont plus douloureux que les ulcères veineux et que les petits ulcères sont moins douloureux que les grands. Cependant, la relation qui existe entre l'intensité de la douleur ressentie par le patient et le genre et la taille de la lésion est très variable et n'est pas un indicateur précis de la douleur » ⁽¹⁸⁾

- L'influence des croyances personnelles

Comme nous l'avons vu pour le patient, les **influences culturelles et religieuses** permettent de donner un sens à cette douleur. Or, le soignant est lui aussi imprégné de ces influences et celles-ci peuvent **influencer inconsciemment sur sa pratique**.

(17) douleur provoquée ou douleur liée aux soins ? Dr Daniel Annequin. Responsable unité douleur hôpital Armand trousseau paris.

(18) la douleur au changement d'un pansement, document de référence EWMA M Briggs JE I Bou.

7 Illustration

Ce cas clinique est extrait du programme de lutte contre la douleur.
Il est intéressant car illustre bien le thème de la douleur lors du pansement d'ulcère.

Cas clinique n°5 : Un pansement difficile.

Madame Z. 78 ans présente depuis 2 semaines un ulcère variqueux de la jambe droite. Tous les trois jours, l'infirmière vient à domicile refaire le pansement. Madame Z. redoute beaucoup ces pansements, particulièrement le nettoyage de la plaie. La qualité de son sommeil s'est nettement dégradée, elle mange très mal. Elle n'a, jusqu'à présent, exprimé aucune plainte concernant ses soins ; néanmoins l'infirmière libérale ayant bien compris la sévérité de la douleur de Madame Z. demande au médecin traitant un traitement antalgique ; une forte dose de paracétamol initialement prescrite, une heure avant le soin sera insuffisante pour calmer la douleur provoquée par le soin et la douleur résiduelle. Grâce à l'insistance de l'infirmière, un morphinique faible (palier 2) associé à l'application locale d'une crème anesthésiante sera donnée 30mn avant le soin, cette nouvelle prescription va radicalement transformé les conditions de réalisation des soins. Madame Z. récupère très vite son humeur conviviale, la cicatrisation est complète au bout de 10 jours.

La lecture de ce cas met en lumière plusieurs aspects :

- l'anxiété de la patiente.
- la douleur liée au nettoyage.
- la perte d'appétit, le sommeil perturbé.
- l'absence de plainte de la patiente.
- la clairvoyance de l'infirmière qui a su déceler cette douleur non exprimée.
- l'importance de la relation de qualité entre l'infirmière et le médecin : celui-ci a entendu son évaluation et a adapté le traitement antalgique.
- le changement radical qui a suivi l'adaptation de la prise en charge.

8 Fiche pratique : Gestion de la douleur lors des pansements

Avant :

- s'assurer que le patient dispose d'un traitement antalgique.



- Vérifier avec lui l'horaire de la prise en fonction de l'heure du soin.



- Disposer d'un temps suffisant pour éviter la précipitation.



- Expliquer le déroulement du soin.



- Evaluer la douleur avant le soin.

- Installer le patient confortablement.



Pendant

- Effectuer des soins précis, en douceur, avec des instruments entretenus.

- Maintenir un lien avec le patient, le rassurer, répondre à ses interrogations.

- Savoir déceler des attitudes révélatrices de douleur.



- Evaluer la douleur.

- S'alerter si la douleur évoque un problème sous-jacent.



- Savoir interrompre un soin insupportable.



- Choisir un pansement adapté à l'exsudat, préservant la peau, non compressif.



Après

- Vérifier que le pansement soit confortable.

- Evaluer la douleur.



- Envisager un réajustement du traitement antalgique s'il était insuffisant.



- Permettre au patient d'évoquer son vécu du soin.

9 Conclusion

« Toute douleur qui n'aide personne est absurde »
André Malraux

Loin d'une vision utopique des choses, il est important d'admettre que la réfection d'un pansement sera toujours douloureuse, dans une certaine mesure, mais nombre de possibilités s'offrent au soignant pour limiter cette douleur.

Le soulagement de la douleur repose sur les compétences du soignant. Sa **formation** est une obligation légale de plus en plus soulignée par les pouvoirs publics.

Les **moyens médicamenteux** ou non dont il dispose sont un élément déterminant.

La prise en charge de la douleur a beaucoup évolué ces dernières années, tout comme le maintien à domicile des populations âgées.

Permettre aux praticiens de ville d'accéder à des traitements jusque là réservés au milieu hospitalier serait une adaptation et une évolution positive pour le patient.

Le **travail en réseau** est un aspect capital lors d'une prise en charge à domicile.

Il s'agit d'un travail d'équipe et la communication entre praticiens hospitaliers, libéraux et intervenants proches du patient est essentielle.

L'ouverture d'esprit, la disponibilité, la volonté et la compétence de chacun sont des valeurs nécessaires.

Mais la réussite de la prise en charge repose aussi et surtout, sur la **qualité de la relation instaurée** avec le patient et tous les intervenants.

Chacun influant à sa manière, de par son identité, son vécu, ses valeurs dans cette relation toujours unique.

Le patient peut crier, dire, chuchoter ou taire sa douleur pour tant de raison.

A l'inverse le soignant peut entendre, croire, noter ou nier cette plainte selon l'intérêt qu'il lui porte, le malaise qu'elle lui procure, ou encore sa compétence ou non à la prendre en charge efficacement.

Chaque rencontre humaine étant l'interaction de deux entités uniques, chaque prise en charge sera différente et le rôle de l'infirmière est d'une richesse qui dépasse largement celle d'un simple acte technique sans autre dimension.

10 Bibliographie

Articles

- Article « voir le douleur autrement » centre universitaire de Mc Gill. Disponible sur Internet www.cusm.ca.fr
- Article « la réaction a la douleur : une étude de contrastes »
Disponible sur www.arthrite.ca
- Document de référence « la douleur au changement d'un pansement » European Wound Management Association (EWMA)
- Article « la douleur au quotidien chez le patient souffrant de plaies chroniques »
Journal des plaies et cicatrisations décembre 2006, n°56
- Article « plaies chroniques et douleurs » Sylvie Meaume, revue soins n°712, janvier 2007.

Ouvrages

- « L'ulcère de jambe chez la personne âgée » Sylvie Meaume, Clelia Debure, Isabelle Lazareth, Luc Téot.
Editions John Libbey Eurotext, 2002.
- « Soulager la douleur » Patrice Queneau, Gerard Ostermann, éditions Odile Jacob, 1998.
- « Anthropologie de la douleur », David Le Breton, éditions Métailié, 1995.
- « Histoire de la douleur », Roselyne Rey, éditions la découverte, 1993.
- « Les douleurs induites », institut UPSA de la douleur.

11 Annexes

Annexe 1

Tableau 84. Prévalence de la douleur dans les ulcères veineux.

Auteurs, année	Type étude	Objectif	Population	Résultats	Commentaires
Noonan et Burge, 1998 (230)	Prospective, clinique pour ulcères	Évaluation de la douleur Score verbal en 4 chiffres EVA Qst SF-MPQ	51 ulcères 38 veineux et 3 mixtes	Douleur = 82 % dont 12 % continue Idem jour et nuit en intensité	
Hofman et al., 1997 (231)	Descriptive prospective ulcères veineux, artériels, mixtes, autres	Prévalence de la douleur par questionnaire Score verbal en 6 chiffres	n = 140 n = 94 pour les veineux purs	Douleur = 69 % du total Veineux : 90 % douloureux dont 64 % niveau IV ou V 38 % dir continue 64 % di la nuit 26 % atrophie b, soit 50 % des ulc dirx	Definition des ulcères crit : 0,6 pour art, purement clin pour veineux 0,6-0,8 pour mixtes
Charles, 2002 (232)	Essai thérapeutique randomisé 3 pansements	Evaluation toutes les 2 semaines pendant 12 semaines Échelle visuelle analogique et échelle SF-MPQ	n = 65 ulcères veineux (IPS > 0,8) Diabétiques exclus	Prévalence de la douleur à l'entrée = 71 % pour EVA, 69 % pour SF-MPQ À 12 semaines : douleur = 10 % en EVA et en MPQ, quel que soit le traitement Intensité de la douleur à l'entrée : 4,5 en EVA, 1,5 en MPQ À 12 semaines, 0,4 en EVA, 0,4 en MPQ	
Nemeth et al., 2003 (233)	Transversale Dispens spécialisé Canada	Évaluation par EVA et SF 12 à 3 périodes : automne, hiver, printemps Téléphone ou visite	n = 262 ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse	Prévalence de la douleur : entre 48 et 54 % selon la période de l'année Profil des malades douloureux : arthrose, localisation sur le pied, index de qualité de vie abaissé, suivi récent au centre	Pas de définition des ulcères mixtes
Nemeth et al., 2003 (234)	Longitudinale 5 premières semaines de traitement par compression dispensaire, Canada étude pilote	1/ faisabilité de l'évaluation de la douleur par SF-MPQ et EVA 2/ lien entre douleur et compression	n = 20 ulcères veineux ou mixtes	Prévalence de la douleur = 85 % 90 % œdème. Seulement 53 % des douloureux prennent des tt à 5 semaines, 81 % ont encore mal, mais l'intensité a significativement baissé	Nouveaux patients exclusivement, capables de répondre aux questionnaires relevés par les infirmières
Meaume et al., 2004 (235)	Observationnelle Médecine de ville 656 médecins généralistes	Évaluer la douleur lors des changements de pansements	n = 2 936 ulcères dont 66 % veineux	Prévalence de la douleur au changement de pansement = 81 % Prévalence de la douleur spontanée = 77 % Intensité modérée à sévère dans 46 % des cas Nettoyage de la plaie douloureuse dans 97 % des cas Prescription d'antalgiques 45 % des cas	

Extrait de « prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement » recommandations de l'HAS disponible sur : www.has-sante.fr

Annexe 2

Tableau 86. Caractéristiques de la douleur.

Auteurs, année	Description de la douleur
Noonan et Burge, 1998 (230)	Lourdeurs, brûlures, élancements
Charles <i>et al.</i> , 2002 (232)	Lourdeurs, élancements, pressions, brûlures, sensibilité
Nemeth <i>et al.</i> , 2004 (234)	Lourdeurs, brûlures, élancements

Annexe 3

Tableau 85. Horaire de survenue des douleurs.

Auteurs, année	Horaire	Perturbant le sommeil
Noonan et Burge, 1998 (230)	Nuit et jour idem	68 %
Hofman <i>et al.</i> , 1997 (231)	Continue 38 %	63,8 %
Meaume <i>et al.</i> , 2004 (235)	82 % aux changements de pansements, continue 13 %	50 %

Extrait de « prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement » recommandations de l'HAS disponible sur : www.has-sante.fr