



Une initiative de la Wound Healing Societies



PRINCIPES DES MEILLEURES PRATIQUES

Groupe de travail composé d'experts internationaux

Dr Jan Apelqvist, Clinique d'endocrinologie, centre hospitalier universitaire MAS, Malmö, Suède

Professeur Keith Harding, unité de recherche sur la cicatrisation des plaies, Faculté de médecine, Université de Cardiff, Cardiff, Royaume-Uni

Dr Diane Krasner, consultante en soins de la peau et des plaies, York, Pennsylvanie, États-Unis

Professeur Christina Lindholm, Université de Kristianstad/ Hôpital général de Kristianstad, Kristianstad, Suède

Dr Sylvie Meaume, Hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine, France

Professeur Christine Moffatt, Faculté de sciences humaines et de sciences de la santé, Londres, Royaume-Uni

Professeur Patricia Price, unité de recherche sur la cicatrisation des plaies, Faculté de médecine, Université de Cardiff, Cardiff, Royaume-Uni

Professeur Marco Romanelli, département de dermatologie, Université de Pise, Italie

Dr José Contreras Ruiz, Clinica Interdisciplinaria de Cuidado de Heridas y Estomas, Tlalpan, Mexique

Dr Thomas Serena, Pennsylvania North Center for Advanced Wound Care, Warren, Pennsylvanie, États-Unis

Professeur Gary Sibbald, Université de Toronto, Canada

Wendy White, consultante, formatrice en soins infirmiers, Australie

Professeur Richard White, Université de Worcester, Royaume-Uni

Groupe de rédaction composé d'experts

Dr Douglas Queen, scientifique, Women's College Hospital, Toronto, Canada

Kevin Woo, scientifique clinique, spécialiste des soins de la plaie, Women's College Hospital, Toronto, Canada

Groupe de révision composé d'experts (par enquête électronique)

Simon Barrett, Royaume-Uni

Tabatha Rando, Australie

Laura-Jane Lunau, Allemagne

Susan Bermark, Danemark

Justo Rueda, Espagne

Menna Lloyd Jones, Royaume-Uni

Catherine Buergi, Suisse

Diane St-Cyr, Canada

Deiter Mayer, Suisse

Karen Campbell, Canada

Jackie Stephen-Haynes, Royaume-Uni

Clare Morris, Royaume-Uni

Pat Coutts, Canada

Geert Vanwallegem, Belgique

Britta Østergaard, Danemark

Ramón Delgado, Espagne

Else Godsk Vestergaard, Danemark

Yolanda Peter, Suisse

Riccardo Gabriolo, Italie

Val Winberg, Canada

Tiina Pukki, Finlande

Mirella Fullone, Italie

David Bergstrom, Suisse

Eric Roovers, Belgique

David Keast, Canada

Tommaso Bianchi, Italie

Pamela Savage, Canada

Jan Marie Morgan, Canada

Runbjørg Buner, Norvège

Helle Sørensen, Danemark

Deb Mings, Canada

Matteo Costa, Italie

Laura Teague, Canada

Anette Norden, Danemark

Juan M. Cuñarro, Espagne

Kathy Vowden, Royaume-Uni

Fania Pagnamenta, Royaume-Uni

Julie Evans, Royaume-Uni

Sally Warmington, Australie

Sebastian Probst, Suisse

Mary Harrison, Royaume-Uni

Trudie Young, Royaume-Uni

Atténuation de la douleur au cours des procédures de renouvellement de pansement: «Mise en place de stratégies pour soulager la douleur»



Pratique fondée sur les preuves



WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES

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

Téléphone : 00 33 1 40 07 11 21 Fax : 00 33 1 40 07 10 94 Site Internet : www.wuwhs.org

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.

Comment citer ce document : Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. Toronto, Ontario, Canada: © WoundPedia Inc 2007.

PRINCIPES DES MEILLEURES PRATIQUES

Ce document de consensus est le fruit d'une initiative pédagogique de la World Union of Wound Healing Societies résultant de la dynamique lancée par notre première publication sur la douleur de 2004¹ et des activités relatives aux pratiques fondées sur les preuves dans le cadre de la préparation du World Union Congress 2008. Son contenu a été inspiré par la nécessité de formuler des recommandations relatives aux pratiques fondées sur les preuves en vue de diminuer la douleur liée à la plaie (DLP) lors des procédures de changement des pansements. En tant qu'initiative pédagogique internationale, ce document a été rédigé à l'intention du personnel soignant, des patients, des organismes payeurs et des décisionnaires concernés par les procédures de changement des pansements. Il présente des stratégies de prise en charge de la douleur et des outils pour leur mise en application dans la pratique clinique. Ces principes ont été définis à partir d'un processus de consensus Delphi modifié,² associant les preuves issues de la documentation scientifique et leur évaluation par un groupe de travail composé d'experts internationaux. 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, plus important encore, qu'ils les mettent en œuvre, et les fassent connaître à leurs collègues, aux patients ainsi qu'aux soignants. L'évaluation de la douleur, sa prise en charge et sa documentation doivent faire partie des soins systématiques des plaies, notamment à chaque changement de pansement.

Professeurs Gary Sibbald, Keith Harding et Patricia Price

RESSENTI DES PATIENTS

«Je souffre en permanence. Les autres ne croient pas à ma douleur»

«Je souffre tellement que c'est elle (la douleur) qui dirige ma vie»

«Le pansement est resté accroché et les infirmières ont dû l'humidifier pendant un long moment avant de pouvoir le retirer»

«La douleur me fait honte»

«Je me sens impuissant... incapable de faire ce que j'ai à faire»

«Je ne veux pas être un fardeau pour les autres (du fait de la douleur)»

INTRODUCTION

La douleur est fréquente chez les patients présentant des plaies chroniques^{3,4,5} comme des escarres de décubitus et des ulcères de la jambe ou du pied. La douleur neuropathique est fréquente chez les personnes diabétiques ayant une perte de sensibilité à la douleur. Nous définissons la douleur liée à la plaie (DLP) comme un symptôme délétère ou une sensation désagréable directement associée à un ulcère ouvert. Il peut s'agir d'une douleur de fond (chronique ou persistante) présente la plupart du temps ou d'une douleur aiguë liée à un incident ou à la procédure lors du changement du pansement ou d'actes chirurgicaux comme la biopsie ou la détersion de la plaie.¹

C'est le patient, en faisant part de son expérience personnelle⁶ et subjective, qui est le mieux à même de décrire sa douleur.⁶ De nombreux facteurs personnels entrent en jeu dans la douleur ressentie, parmi lesquels l'humeur, l'anxiété et l'appréhension de la douleur. Celle-ci est souvent exacerbée par d'autres facteurs locaux liés aux soins de la plaie, comme le retrait du pansement, le nettoyage de la plaie, la détersion des tissus nécrosés, l'infection bactérienne et le choix inadéquat du pansement. Ceci pourrait expliquer pourquoi la plupart des patients ressentent une douleur plus intense lors du renouvellement de leur pansement.^{7,8} Pour minimiser cette douleur, différentes stratégies (médicamenteuses ou non) doivent être envisagées lors des soins des plaies, y compris pour le changement du pansement.^{1,9,10}

Une DLP de fond, chronique et continue, peut avoir un impact négatif sur un grand nombre d'activités de la vie quotidienne, et affecter la « qualité de vie » des patients.¹¹ Ces derniers la décrivent comme quelque chose de dévorant et comme l'un des aspects les plus dévastateurs de la vie avec une plaie chronique.¹² Néanmoins, l'incidence et la signification de la DLP sont souvent sous-estimées.^{13,14} Le personnel soignant considère parfois la prise en charge de la douleur comme une priorité moindre par rapport à d'autres aspects des soins des plaies, alors que les enquêtes menées auprès des patients révèlent que ces derniers la placent bien souvent en tête de leurs préoccupations.^{15,16} Pour améliorer la prise en charge de la douleur, les soignants doivent revoir leur hésitation à prescrire et à administrer des doses efficaces d'analgésiques justifiée par les effets indésirables habituels et des préoccupations non fondées quant au risque de dépendance.¹⁷ Certains cliniciens évitent d'aborder la question de la douleur de peur qu'elle n'éveille l'attention des patients à ce propos et qu'elle ne l'exacerbe ! À mesure que la prise en charge de la douleur évolue, les cliniciens doivent se tenir au fait des derniers progrès en matière de bonnes pratiques et combler le fossé entre les preuves scientifiques et leur intégration dans la pratique (transfert des connaissances, recherche appliquée).

Un certain nombre de directives et de documents de consensus^{1,18,19} ont été publiés jusqu'à présent, parmi lesquels le premier document de consensus¹ de la WUWHS en 2004. Le présent rapport a été développé dans le cadre de la mise à jour triennale recommandée de ce document afin d'inclure les dernières preuves scientifiques, les avis d'experts et les préférences des patients.¹⁸

OBJECTIFS

La nature chronique et de la douleur liée à la plaie peut entraîner un affaiblissement tant moral que physique et exige une approche cohérente en termes de soins fondés sur les preuves. Ce document vise à sensibiliser le personnel soignant, les patients et les décisionnaires à la DLP et à formuler des recommandations afin d'intégrer sa prise en charge dans la pratique courante. Il est essentiel d'encourager une approche pluridisciplinaire afin de proposer une prise en charge de la douleur cohérente, documentée et optimale.

Les objectifs de ce document sont de :

- mettre à jour les connaissances des professionnels de santé concernant la douleur liée à la plaie ;
- formuler une évaluation et une documentation appropriées de la douleur liée à la plaie ;
- évaluer les stratégies de traitement permettant de diminuer la douleur lors de procédures de changement de pansement ;
- souligner l'importance de la prise en charge de la douleur pour favoriser une cicatrisation optimale de la plaie et bien préparer le lit de la plaie ;
- recommander des outils pratiques pour la mise en œuvre des changements de pratique.

Les dix énoncés consensuels identifiés ont dans un premier temps été développés par un groupe de travail d'experts internationaux de différentes disciplines cliniques. Ils ont ensuite été affinés et modifiés à partir des réactions obtenues par le biais d'une enquête menée en ligne, dans le monde entier, auprès de praticiens spécialistes des soins de la plaie. Dans ce document, chaque déclaration fait l'objet d'une explication individuelle et est illustrée par des preuves et des avis d'experts sur la question. Un article soumis à l'*International Wound Journal*¹⁶ comprend de plus amples informations concernant le processus et les résultats obtenus.

ÉNONCÉS CONSENSUELS

1 Identifier et traiter la cause de la plaie chronique et prendre en considération les préoccupations exprimées par le patient, en incluant une évaluation de la douleur à chaque visite.

La fréquence des visites peut varier selon les besoins individuels du patient, l'environnement dans lequel le praticien exerce et les normes professionnelles.

Il existe plusieurs techniques permettant de soulager la douleur liée à la plaie :

- optimiser l'afflux sanguin par le biais d'interventions chirurgicales et médicamenteuses chez les patients présentant des ulcères ischémiques (claudication, douleur au repos) ;

• **traiter la cause, par exemple :**

–en réduisant l'œdème chez les patients atteints d'ulcères de jambe, grâce à la contention ;

–en permettant une redistribution appropriée de la pression afin de supprimer la pression associée aux lésions ischémiques au niveau des tissus sous-jacents chez les patients atteints d'escarres de décubitus ; l'incontinence, les frictions et le cisaillement sont d'autres facteurs susceptibles d'accroître la douleur ;

• **prendre en considération les préoccupations exprimées par le patient :**

–en réduisant le stress lié à la douleur, susceptible d'entraver la cicatrisation de la plaie²¹ ;

–en minimisant la douleur neuropathique (sensations de brûlure, picotements, élancements, douleur en coup de poignard), qui n'est pas inhabituelle chez les personnes diabétiques ; si une douleur nociceptive (tiraillements, endolorissement, douleur pulsatile, sensibilité) apparaît soudainement chez un patient présentant une perte de sensibilité à la douleur, une infection tissulaire profonde (ostéomyélite) ou une lésion structurelle profonde (pied de Charcot) doit être envisagée, recherchée et traitée rapidement.

2 Évaluer et documenter l'intensité et les caractéristiques de la douleur de façon régulière (avant, pendant et après les procédures de changement du pansement).

La douleur liée à la plaie peut varier avec le temps, et doit par conséquent être évaluée à intervalles réguliers. Bien que la majorité des patients identifient la réfection du pansement comme le moment le plus douloureux au cours des soins de la plaie,^{7,8,23} ils ressentent également la douleur au repos, entre les changements de pansement et au cours des activités de la vie quotidienne.^{8,16,24} L'évaluation de la douleur peut aider les cliniciens à distinguer la douleur de fond de la douleur procédurale. L'évaluation continue de la douleur vise à :

- examiner l'évolution temporelle de la douleur afin de pouvoir sélectionner et programmer les interventions appropriées pour soulager la douleur ;
- déterminer l'efficacité des traitements et/ou interventions contre la douleur ;
- analyser les facteurs pouvant améliorer ou aggraver la douleur liée à la plaie ;
- identifier les barrières (facteurs systémiques/patient) pouvant affecter la prise en charge de la douleur

Une évaluation complète de la douleur peut être résumée par le moyen mnémotechnique **NOPQRST** : Nombre de sites douloureux, **O**rigine de la douleur (quelle en est la cause ?), facteurs **P**alliatifs/provocants (qu'est-ce qui entraîne une amélioration ou une aggravation de la douleur), **Q**ualité de la douleur (quels mots emploieriez-vous pour décrire la douleur ?),

Région/irradiation de la douleur (la douleur se propage-t-elle ailleurs ?), **S**évérité de la douleur (généralement sur une échelle de 0 à 10), aspects **T**emporels de la douleur (empire-t-elle la nuit ? Est-elle constante ou intermittente ?).

Un certain nombre d'outils validés ont été développés pour évaluer la douleur (cf. figure 1). L'échelle visuelle analogique (EVA) est un outil unidimensionnel fréquemment utilisé, cité dans la documentation scientifique.²⁶ Cependant, les personnes plus âgées préfèrent souvent les échelles verbales ou numériques en raison de leur facilité d'utilisation et de leur caractère plus concret. Pour les enfants et les personnes présentant un déficit cognitif, l'échelle des visages de Wong Baker^{27,28} est largement utilisée dans la pratique clinique. Elle a récemment été modifiée afin de refléter des expressions faciales davantage destinées aux adultes. Les outils d'évaluation comportementale de la douleur comprennent un large éventail d'indicateurs allant des expressions faciales aux mouvements du corps, en passant par les pleurs et d'autres signes vocaux. Leur utilisation peut être envisagée chez les patients qui ne sont pas en mesure de communiquer verbalement, comme les personnes atteintes d'un déficit cognitif sévère.^{29,30,31,32,33,34} Afin d'obtenir des évaluations normalisées et cohérentes, il convient d'utiliser la même échelle pour une évaluation de la douleur sur la durée. Une variation du niveau de la douleur peut indiquer une réévaluation nécessaire de la cause de la plaie, de nouvelles complications, l'intervention, le pansement, le choix de l'analgésique ou les autres interventions de prise en charge de la douleur.

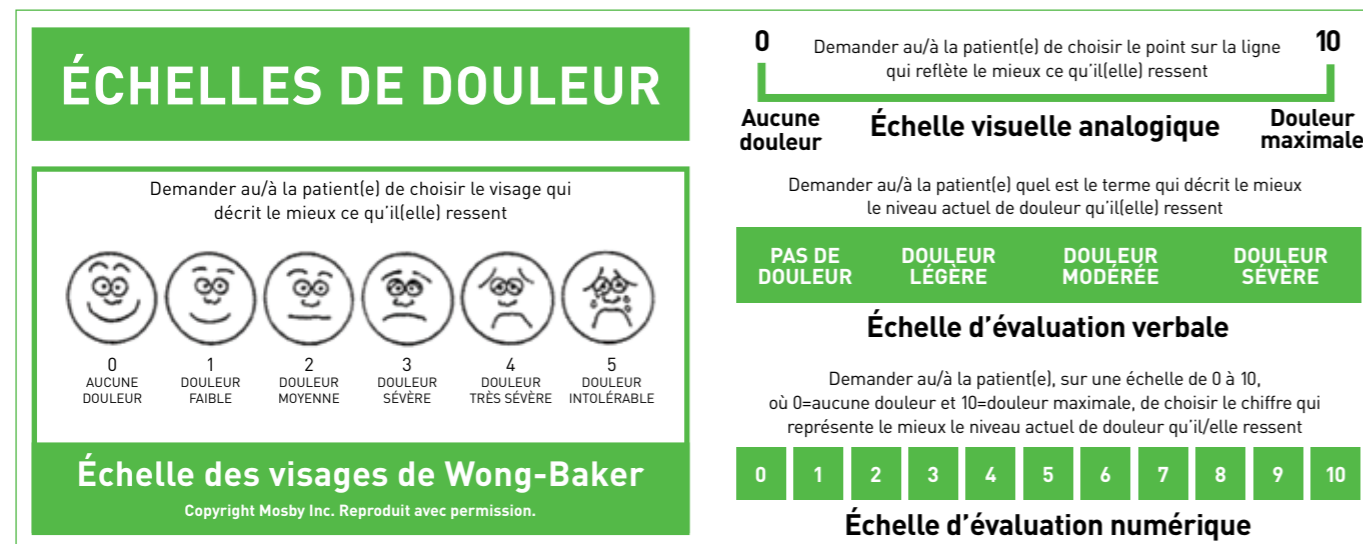


Figure 1 Exemples d'échelles d'évaluation de la douleur¹

3 Nettoyer la plaie doucement, éviter l'utilisation de dispositifs abrasifs et de solutions froides.

La douleur liée à la plaie peut être exacerbée au cours du changement du pansement, le retrait de ce dernier et le nettoyage de la plaie représentant les étapes les plus douloureuses.^{35,36,37} Afin de minimiser la douleur, les solutions de nettoyage ou d'irrigation de la plaie doivent être chauffées à température corporelle avant leur utilisation.³⁸

La pratique de routine consistant à utiliser des pinces ou de la gaze pour essuyer la surface de la plaie doit être découragée car cette procédure peut endommager les tissus et entraîner une douleur locale prolongée. Il convient d'utiliser des analgésiques ou d'envisager une autre méthode de nettoyage (l'irrigation, par exemple).

4 Sélectionner une méthode de détersion de la plaie appropriée en prenant en considération le risque d'entraîner des douleurs liées à la plaie.

La détersion est une étape essentielle de la préparation de la plaie en vue de sa cicatrisation. Les cliniciens ne doivent pas oublier qu'une détersion active ou agressive ne doit être envisagée QUE SI la plaie est correctement vascularisée pour permettre sa cicatrisation. La détersion peut prendre plusieurs formes : elle peut être chirurgicale, autolytique, mécanique, enzymatique ou biologique, chacune de ces techniques étant associée à un niveau de douleur différent (cf. tableau 1). Le degré d'urgence et le potentiel de cicatrisation doivent être pris en considération dans le choix de la méthode de détersion. Dans la plupart des cas, la douleur est la plus intense en cas de détersion chirurgicale, sauf si la plaie est associée à une neuropathie. Pour réduire la douleur associée à la détersion chirurgicale, l'EMLA, un mélange d'anesthésiants locaux associant lidocaïne et prilocaïne, a été utilisé avec succès dans des études portant sur des patients présentant des ulcères veineux de la jambe.⁴²

Les compresses humides à laisser sécher utilisant une solution saline permettent de retirer les tissus nécrosés qui adhèrent à

la gaze et peuvent faciliter la détersion mécanique. Si cette technique requiert des matériaux peu onéreux, elle est toutefois traumatique et douloureuse. N'étant plus recommandée dans aucune directive,⁴³ elle devrait être abandonnée. En revanche, les cliniciens devraient envisager la méthode moins traumatique, la détersion autolytique, consistant à appliquer des pansements interactifs humides comme les hydrogels, les alginates ou hydrofibres, les hydrocolloïdes et les pansements en mousse (de préférence utilisant une technologie adhésive douce « atraumatique »⁴⁴ en silicone) dont le retrait est moins douloureux.^{45,46}

La détersion enzymatique utilise des enzymes protéolytiques telles que la collagénase, les produits à base de papaïne et d'urée, et autres.^{47,48,49} Des sensations de brûlure ont toutefois été signalées dans ce cas, et il pourrait être associé à un risque d'infection. La détersion biologique, consistant à déposer des larves directement sur la plaie, peut également être employé pour retirer les tissus nécrosés. Cette méthode est également associée à différents niveaux de douleur (cf. tableau 1).^{50,51}

Technique de détersion	Douleur pouvant être ressentie	Techniques visant à minimiser la douleur
Autolytique (hydrogel, par ex.)	Sensation de brûlure	Remplacer par une autre base d'hydrogel
Enzymatique	Sensation de brûlure	Arrêter - remplacer par une autre technique
Biologique (Larves)	Démangeaisons, sensation de brûlure, douleur pulsatile	Retirer, laver, remplacer par une autre technique
Mécanique	Démangeaisons	Administrer des médicaments (par voie orale ou locale), distraire le patient
Chirurgicale (scalpel, ciseaux)	Coupures, sensibilité et douleur pulsatile	Administrer des médicaments
Compresses humides à laisser sécher	Cisaillement	Éviter cette méthode

Tableau 1 Exemples de douleurs potentielles au cours du débridement

5 Choisir des pansements entraînant un traumatisme/une douleur minime à l'application et au retrait.

Plusieurs facteurs contribuent à la douleur lors du retrait du pansement, dont notamment le fait que le matériau ait séché, l'utilisation d'adhésifs agressifs et la présence de croûtes d'exsudat de la plaie. L'application et le retrait répétés de pansements avec des adhésifs traditionnels^{52,53} créent un traumatisme à la surface de la peau qui entraîne une détérioration de la barrière cutanée.⁴⁶ Dans les cas les plus sévères, des érythèmes, des oedèmes et des cloques ont été observés (dermatite allergique ou de contact irritant). Il a été mis en évidence à plusieurs reprises que la douleur ressentie par les patients est plus intense en cas d'utilisation

de gaze qu'avec les pansements modernes garantissant le maintien de l'humidité. Par rapport aux autres pansements modernes avec adhésifs traditionnels, les pansements utilisant la technologie adhésive en silicone souple (comme la technologie Safetac[®]) ont été étudiés et documentés comme étant les moins douloureux avant, pendant et après le changement du pansement.^{52,59} Le tableau 2 décrit différents types d'adhésifs utilisés dans les pansements ainsi que leur risque de provoquer des douleurs ou leur potentiel à minimiser ces dernières.

Adhésifs	Application	Retrait
Acrylates/Polyuréthanes	<ul style="list-style-type: none"> • Adhèrent fortement à la peau (l'adhérence augmente avec le temps) • Peuvent entraîner des allergies (dermatite allergique de contact) 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être associés à une incidence élevée de douleurs et de traumatismes (déchirement de la peau) • Conseil : utiliser un film liquide pour former une barrière sur la peau périlésionnelle • Peuvent laisser des résidus sur la peau
Adhésifs hydrocolloïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Doivent être moulés à la surface de la peau (chaleur locale pour promouvoir l'adhérence) • Sont associés à un risque de dermatite allergique de contact, notamment avec le Pentanyle H • Les bords peuvent se décoller • L'adhésif peut se dissoudre en présence d'exsudat de la plaie 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent laisser des résidus variables sur la peau et dans la plaie • Peuvent être associés à une macération et un arrachage de la peau • Peuvent être associés à une incidence élevée de douleurs et de traumatismes (déchirement de la peau)
Adhésifs en silicone souple Interface hydrocellulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Offrent une bonne adhérence sans fixation forte • Adhèrent instantanément (collent immédiatement à la peau) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sont associés à un traumatisme et une douleur minimales lors du changement du pansement • Permettent de vérifier facilement l'état de la plaie et peuvent être remis en place
Alternatives non adhésives (par exemple : gaze, hydrofibres, alginates de calcium, mousses non adhésives, pâtes)	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être difficiles à fixer sur la peau • Sont susceptibles d'entraîner des frictions locales et des cisaillements • Leur choix doit être déterminé par le niveau d'exsudat de la plaie 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent être associées à des traumatismes locaux, une macération ou un dessèchement si l'humidité n'est pas maintenue

Tableau 2 Exemples de types de pansements et leur rôle relatif à la douleur au cours des procédures de changement de pansement

6a Traiter les infections pouvant être à l'origine de la douleur liée à la plaie et inhiber la cicatrisation.

Le diagnostic d'une infection de la plaie repose sur un examen clinique. La douleur est l'un des symptômes les plus fréquemment associés à une infection de la plaie.^{60,61} Cutting et Harding ont proposé les critères de diagnostic de l'infection dans les plaies chroniques.⁶² Sibbald et coll. ont créé les acronymes NERDS et STONES pour conceptualiser la différence entre une atteinte bactérienne superficielle et

une infection profonde affectant la peau périlésionnelle des plaies chroniques⁶³ (cf. tableau 3).

Remarque : il convient de faire preuve de prudence en cas de traitement analgésique local susceptible de masquer la douleur liée à une infection et de conduire à un mauvais diagnostic.

Relation bactérienne	Douleur	Caractéristiques cliniques
Colonisation	Habituellement non présente / Liée à l'atteinte bactérienne	Granulation saine
Infection locale (colonisation critique, charge bactérienne augmentée, infection asymptomatique)	Peut être douloureuse	NERDS Ne cicatrise pas Exsudat (augmenté) Tissu de granulation friable et Rouge Débris Odeur (Smell)
Infection profonde affectant la peau périlésionnelle	Une douleur accrue en est le symptôme le plus fiable et pourrait être cliniquement plus utile que tout autre signe individuel	STONEES Augmentation de la taille (Size) Température augmentée (peau périlésionnelle) Os (sondes ou os exposés) Nouvelles zones de décomposition Érythème et/ou œdème Exsudat (augmenté) Odeur (Smell)

Tableau 3 Douleur liée à la plaie causée par une infection – La présence de trois critères de NERDS et de STONEES est une indication fiable d'atteinte bactérienne.⁶³

6b Traiter les facteurs locaux pouvant être à l'origine de la douleur liée à la plaie (l'inflammation, le traumatisme, la pression, la macération, par exemple).

De nombreux facteurs locaux liés à la plaie peuvent induire la douleur, dont notamment l'inflammation de la plaie (cf. tableau 4). Les cellules inflammatoires et leurs médiateurs dans l'exsudat de la plaie peuvent entraîner une décomposition des tissus nouvellement formés et une irritation de la peau périlésionnelle.⁶⁴ Bien que son mécanisme exact reste méconnu, l'inflammation peut être liée à la cause primaire de la plaie, à l'augmentation de la charge bactérienne superficielle ou

à une infection profonde affectant la peau périlésionnelle, et à des traumatismes récurrents. La suppression des facteurs susceptibles de prolonger l'inflammation permet de minimiser la douleur liée à la plaie. Il est recommandé aux cliniciens de se reporter aux points précédents concernant le traitement de la cause et le choix de pansements et de méthodes de détersion appropriés afin de déterminer l'approche la moins traumatique.

Type de lésion	Physiopathologie de la douleur	Possibilités de traitement
Inflammation	↑ métalloprotéase matricielle ; atteinte tissulaire ; dépôt de complexes immuns ; activation de la bradykinine et de substances associées	Anti-inflammatoires locaux et systémiques
Traumatisme (y compris les frictions, le cisaillement)	Activation des médiateurs inflammatoires et lésions tissulaires associées à une atteinte nerveuse	Protection des fibres nerveuses exposées (pansements humides pour la cicatrisation de la plaie, par exemple)
Pression	Lésion ischémique avec atteinte tissulaire et irritation des fibres nerveuses, lésion de reperfusion	Redistribution de la pression (décharge)
Œdème (veineux, lymphatique, Insuffisance cardiaque congestive (ICC), ↓Albumine)	↑ pression interstitielle locale conduisant à une lésion tissulaire (échange de nutriments altéré : accumulation de produits de déchets)	Veineux, lymphatique : compression, pompes mécaniques ICC, ↓albumine : traiter la cause

Tableau 4 Mécanismes de la douleur liée à la plaie et possibilités de traitement

7 Choisir un pansement approprié afin de minimiser la douleur liée à la plaie en fonction de la durée d'utilisation, du maintien de l'humidité, du potentiel de cicatrisation et de la macération périlésionnelle.

Les premiers travaux de Winter⁶⁵ ont démontré que la cicatrisation d'une plaie sévère peut être accélérée par le maintien d'un environnement humide sous des pansements occlusifs. Une grande variété de pansements est actuellement disponible, offrant différentes capacités de gestion des liquides (absorption, apport et rétention partielle) afin de maintenir le bon équilibre en termes d'humidité de la plaie.

Les pansements modernes en mousse (les hydrocellulaires) absorbent et peuvent capturer partiellement les liquides ; ils sont généralement indiqués pour les plaies hautement exsudatives. Les pansements en mousse ne sont toutefois pas indiqués pour les plaies profondes ; les alginates et les hydrofibres peuvent également être utilisés dans la prise en

charge de volumes élevés de liquides. Pour les plaies sèches/desséchées, il convient d'utiliser des hydrogels ou des pansements retenant l'humidité.

Lorsque le volume à drainer excède la capacité de gestion des liquides du pansement, l'exsudat peut s'écouler au-delà des bords de la plaie et entraîner une macération et d'éventuelles douleurs.⁶⁴ En règle générale, la durée du maintien du pansement doit être calculée en fonction de la quantité d'exsudat, de façon à éviter la macération ou d'autres complications. Les pansements en silicone souple (utilisant la technologie Safetac[®], par exemple) et d'autres pansements adhésifs, dans une certaine mesure, ont une capacité à sceller les bords de la plaie, minimisant ainsi les risques de fuite et de macération.

8 Évaluer les besoins de chaque patient en termes de stratégies médicamenteuses (locales et systémiques) et non-médicamenteuses visant à minimiser la douleur liée à la plaie.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁶⁶ propose une approche par étapes en matière de prise en charge de la douleur nociceptive (tiraillements, endolorissement, douleur pulsatile, sensibilité) commençant par l'utilisation de non opioïdes comme l'acide acétylsalicylique, l'acétaminophène ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le traitement de la douleur légère. À mesure que la douleur s'intensifie, les cliniciens doivent envisager l'utilisation d'opioïdes faibles tels que la codéine dans le traitement des douleurs modérées et d'opioïdes forts (comme la morphine ou l'oxycodone) pour les douleurs aiguës.

Des traitements adjuvants par antidépresseurs et anti-convulsivants, par exemple, peuvent être indiqués en cas de douleur neuropathique (sensation de brûlure, picotements, élancements, douleur en coup de poignard). Des résultats prometteurs ont été mis en évidence en cas d'utilisation d'anti-inflammatoires locaux pour minimiser les effets indésirables systémiques.

La complexité et la nature plurifactorielle de la douleur nécessitent le recours à d'autres approches non médicamenteuses de prise en charge. Ces techniques peuvent inclure l'utilisation de : la relaxation, la musique,^{71,72,73,74} le toucher,⁷⁵ la stimulation visuelle⁷⁶ l'hypnose, des stratégies visant à réduire le stress,⁷⁷ l'imagerie mentale,⁷⁸ la thérapie comportementale et cognitive, et la distraction.⁷⁴ Le simple fait de discuter avec le patient et de s'intéresser à sa vie peut constituer une « stratégie non médicamenteuse » utile. L'écoute et la communication conduisant à l'instauration d'une relation de confiance sont essentielles.^{79,80}

Les techniques physiques comme l'électrostimulation nerveuse, l'acupuncture, le traitement laser et la thérapie ont également montré des résultats prometteurs dans la prise en charge de la douleur liée à la plaie.⁸¹

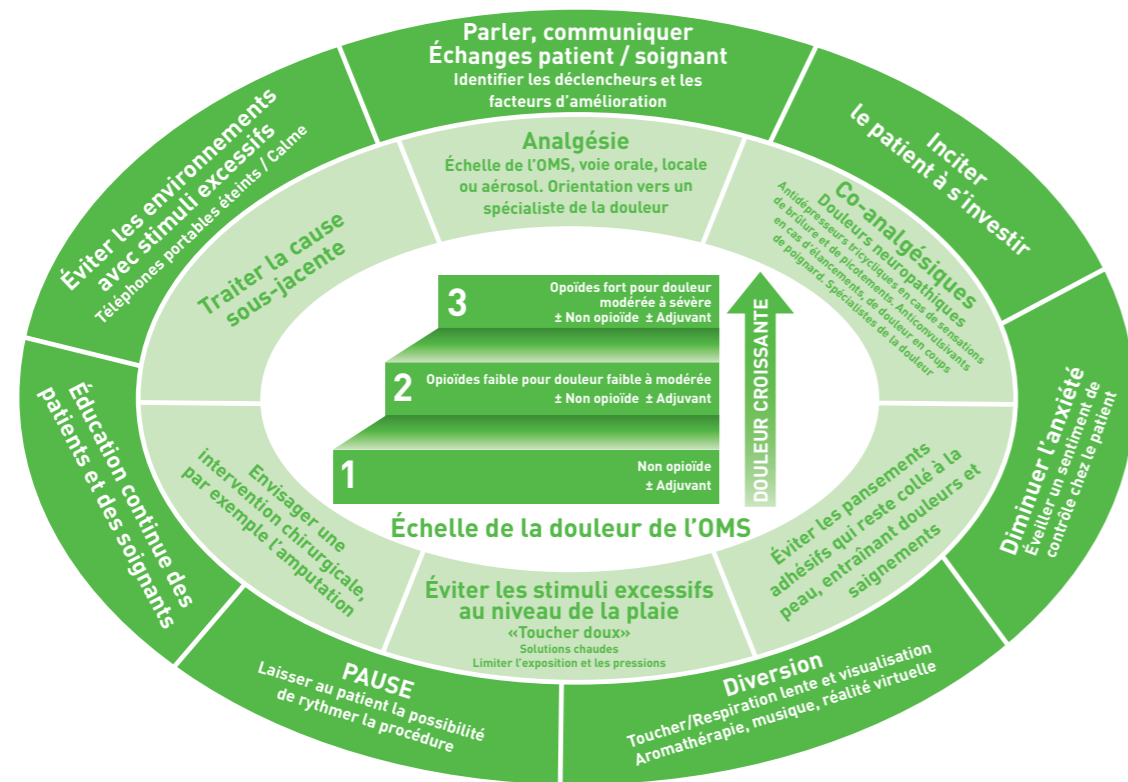


Figure 2 Stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses visant à minimiser la douleur liée à la plaie (échelle de l'OMS modifiée⁶⁶)

9 Impliquer les patients et leur redonner confiance afin d'optimiser la prise en charge de la douleur.

De nombreux patients présentant des plaies chroniques font état de sentiments de dépression, d'impuissance et d'isolement social. Il a été démontré que les patients atteints d'ulcères veineux de la jambe qui prennent part à des associations de patients adhèrent davantage à leur traitement et ne se limitent pas à sa simple observance, et qu'ils présentent une douleur liée à la plaie plus faible. Les patients peuvent mieux supporter la douleur s'ils gagnent en assurance en partageant leurs expériences avec d'autres patients et des prestataires de soins (cf. figure 3). De la même façon, la douleur peut être améliorée en instaurant une bonne relation thérapeutique, caractérisées par une meilleure communication et éducation.⁶⁹

Dans le cadre d'une enquête internationale à grande échelle,¹⁶ il a été demandé à 2 018 patients d'évaluer les différentes étapes de la procédure de changement de leur pansement,

sur une échelle de 1 à 5 (1 correspondant à l'absence de douleur et 5 à une douleur intense). Si on classe les symptômes en fonction de leur score moyen, voici leur ordre en termes d'intensité de la douleur lors du changement de pansement : le toucher/la manipulation de la plaie, le nettoyage, le retrait du pansement, le moment suivant l'application du nouveau pansement, et le temps d'attente avant le changement du pansement. Il a également été demandé aux patients de décrire dans quelle mesure quatre énoncés traduisaient leur ressenti concernant la douleur liée au changement de pansement et le fait de suivre un traitement analgésique à long terme : 80,1 % des patients ont répondu qu'ils appréciaient le fait d'être activement impliqués dans le changement de leur pansement ; 58,1 % ont indiqué être préoccupés par les effets indésirables à long terme du traitement, et 40,3 % ont estimé que le changement de pansement était l'aspect le plus négatif de la vie avec une plaie.

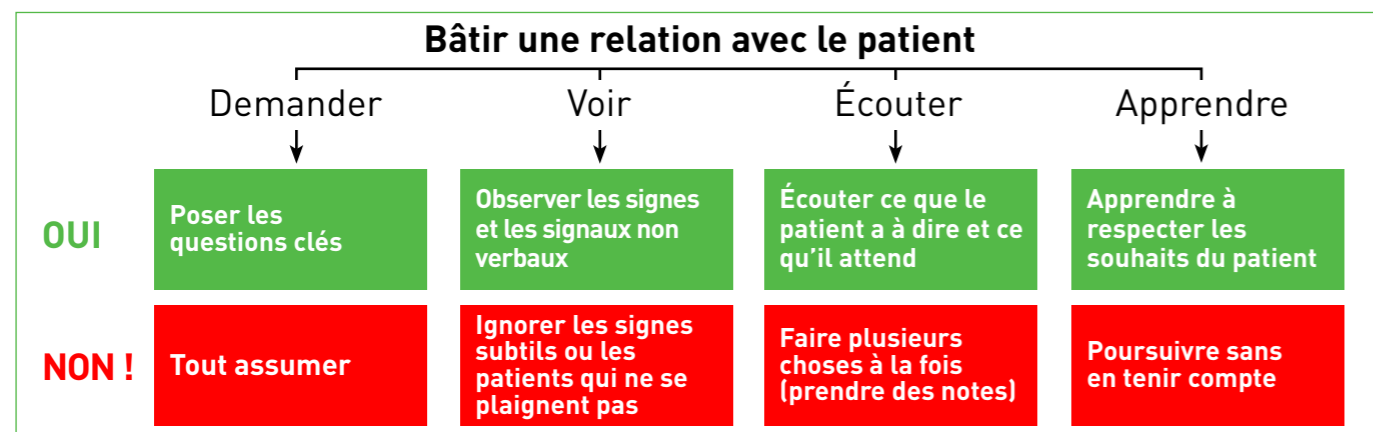


Figure 3 La relation patient-soignant

10 Les soignants doivent garantir la prise en charge de la douleur liée à la plaie pour chaque patient.

Plusieurs initiatives en vue d'une évaluation normalisée de la douleur ont été lancées en marge de la publication du premier document de consensus de la World Union.¹ Citons par exemple les travaux de Hollinworth³⁶ présentés en 2005 et le projet expérimental de Lindholm qui s'est inscrit en chef de file dans ce domaine au cours de ces dernières années. En 2006, au Royaume-Uni, Mölnlycke Health Care Ltd a développé et lancé un programme visant à favoriser la mise en œuvre des directives existantes^{1,19} en fournissant aux prestataires de soins un cadre pour documenter et guider les soins.⁸⁴ Ce programme intitulé Heal Not Hurt [soigner sans faire souffrir] a obtenu d'excellentes réactions de la part des cliniciens,⁸⁵ et a conduit à une évolution des pratiques vers l'amélioration de l'évaluation, de la prise en charge et de la documentation de la douleur liée à la plaie.

La douleur liée à la plaie est un problème pour bon nombre de patients présentant des plaies.⁸⁶ Il existe donc une réelle

nécessité pour les professionnels de santé de mettre en œuvre une évaluation de la douleur (cf. Tableau 5) basée de préférence sur un outil d'évaluation normalisé de la douleur.

Tout comme le nettoyage, l'examen, le tracé/la mesure et la photographie systématique des plaies qui s'inscrivent aujourd'hui dans la pratique et la documentation de routine dans le domaine des soins des plaies, l'évaluation, la surveillance et le suivi de la douleur liée à la plaie doivent faire partie intégrante de la pratique quotidienne lors de chaque procédure de changement de pansement.

Un outil d'évaluation de la douleur simplifié a été développé en vue de faciliter leur mise en œuvre. Vous le trouverez dans la partie centrale de ce document. Si toutefois ce n'était pas le cas, vous pouvez également le télécharger à partir des sites Internet suivants : www.wuwhs.org ou www.molnlycke.com.

Les premiers pas

- Être motivé par un **désir personnel** d'améliorer la vie des patients souffrant de douleur liée à la plaie (DLP), notamment lors des procédures de changement de pansement.
- **S'engager à changer sa pratique de façon à y inclure une évaluation de la douleur qui permet de mieux comprendre, surveiller et prendre en charge la douleur et d'améliorer la vie du patient.**
- **Accepter l'obligation et la responsabilité** de tout PROFESSIONNEL DE SANTÉ de soulager la douleur.
 - La DLP peut être la préoccupation majeure du patient présentant une plaie chronique (un ulcère de jambe, par exemple)
 - La DLP est associée à une diminution de la qualité de vie du patient
 - La DLP est parfois associée à des souffrances intolérables
- Inclure l'évaluation de la DLP **dans la pratique courante quotidienne**
- Pour mieux comprendre, il faut **DEMANDER, SIGNALER et AGIR** en fonction de la personnalité et de l'histoire unique du patient
- Les renseignements obtenus lors de l'évaluation nous serviront de **guide de base pour déterminer les actions optimales en terme de soulagement de la douleur**, qu'il s'agisse de traitements systémiques ou locaux, ou d'une association de ces derniers
- **Surveiller l'impact** des procédures et des interventions
- **Travailler en équipe** en vue de prendre en charge et de minimiser la DLP, et afin de répondre aux besoins et préoccupations individuelles du patient
- **Inciter le patient à s'investir** et le placer au centre du processus
- **AGIR !**
 - Dans votre établissement, identifier les personnes en charge de la conception des dossiers de patients et des systèmes de suivi
 - Si possible, obtenir l'accord de ces collègues pour inclure une évaluation de la douleur dans la procédure d'examen standard
 - L'ajouter aux dossiers des patients

Tableau 5 Processus de mise en application

CONCLUSIONS ET RÉSUMÉ

L'une des parties les plus importantes de toute initiative fondée sur les preuves est sa mise en œuvre dans la pratique.

Ce document présente l'historique, les preuves et, surtout, les Outils facilitant la mise en œuvre de l'évaluation, de la documentation et du traitement de la douleur liée à la plaie. Les professionnels de santé ont la responsabilité de

comprendre, d'évaluer, de prendre en charge et de suivre la douleur liée à la plaie, aussi bien pour le patient que pour la cicatrisation de la plaie. Une BONNE compréhension de la douleur liée à la plaie est à la fois bénéfique pour sa cicatrisation et pour le patient, et permet une prise en charge efficace. N'attendez plus : **DEMANDEZ, SIGNALEZ, et surtout AGISSEZ et AMÉLIOREZ** la vie de vos patients (cf. Figure 4).

BIBLIOGRAPHIE

- World Union of Wound healing Society. Principles of best practice. Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. 2004. Published by Medical Education Partnership, London.
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Delphi Technique. Designing Nursing Tools and Procedures. Second Edition. 1991.F.A. (Davis Company, Philadelphia). pp338-55.
- Reddy M, Keast D, Fowler E, Sibbald RG. Pain in pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage.* 2003; 49(4 suppl): 30-5.
- Ryan S, Eager C, Sibbald RG. Venous leg ulcer pain. *Ostomy Wound Manage.* 2003; 49(4suppl): 16-23.
- Queen D, Woo K, Schulz VN, Sibbald RG. Chronic wound pain and palliative cancer care. *Ostomy Wound Management.* 2005; 11(11A Suppl): 9-11.
- McCaffery M, Pasero C. *Pain Clinical Manual.* 2nd Edition. Mosby.
- Meaume S, Teot L, Lazareth I, Martini J, Bohbot S. The importance of pain reduction through dressing selection in routine wound management: the MAPP study. *Journal of Wound Care.* 2004; 13(10): 409-13.
- Szor JK, Bourguignon C. Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change. *J Wound Ostomy & Cont Nursing.* 1999; 26(3):115-20.
- Dallam L, Smyth C, Jackson BS, Krinsky R, O'Dell C, Rooney J, Badillo C, Amella E, Ferrara L, Freeman K. Pressure ulcer pain: assessment and quantification. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing.* 1995; 22(5): 211-5.
- Nemeth KA, Harrison MB, Graham ID, Burke S. Understanding venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. *Ostomy Wound Manage.* 2004; 50(1): 34-36.
- Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ, et al. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing.* 2004; 13(3): 341-54.
- Hofman D, Lindholm C, Arnold F, Bjellerup M, Cherry G, Ryan T. Pain in venous leg ulcers. *J Wound Care.* 1997;2:222-224.
- Kappesser J, Williams AC, Prkachin KM. Testing two accounts of pain underestimation. *Pain.* 2006; 24(1-2):109-116.
- Prkachin KM, Solomon PE, Ross J. Underestimation of pain by health-care providers: towards a model of the process of inferring pain in others. *Canadian Journal of Nursing Research.* 2007; 39(2):88-106.
- Krasner D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *J WOCN.* 1998; 25(3): 158-9, 161-8.
- Price PE et al Findings of an International Pain Survey, Submitted to International Wound Journal 2008.
- Adriaenssen H., Vissers K., Noorduyn H., Meert T. Opioid tolerance and dependence: an inevitable consequence of chronic treatment? *Acta Anaesthesiologica Belgica.* 2003; 54(1): 37.
- European Wound Management Association. Position Document, Pain at wound dressing changes. 2002. Published by Medical Education Partnership, London.
- International association study in pain task force on taxonomy (IASP 1994) www.iasp-pain.org
- http://www.rnao.org/Storage/15/933_BPG_CCare_Supplement.pdf
- Soon K, Acton C. Pain-induced stress: a barrier to wound healing. *Wounds UK.* 2006; 2(4) [online].
- D. Wilkie, Nociceptive and Neuropathic Pain in Patients With Lung Cancer A Comparison of Pain Quality Descriptors. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 22, Issue 5, Pages 899-910.
- Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. *EWMA Position Document: Pain at wound dressing changes.* 2002; 2-7.
- Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patient's experiences. *Journal of advanced Nursing.* 1995; 22(6): 1092-1100.
- Twycross, R. *Pain Relief in Advanced Cancer.* 1994, Churchill Livingstone: London, pp. 240, 288, 325, 353, 409-16.
- Harms-Ringdahl K, Carlsson AM, Ekholm J, et al. Pain assessment with different intensity scales in response to loading of joint structures. *Pain.* 1986; 27: 401-11.
- Keck JF, Gerkenmeyer JE, Joyce BA, et al. Reliability and validity of the Faces and Word Descriptor Scales to measure procedural pain. *Journal of Paediatric Nursing.* 1996; 11(6): 368-74.
- Woo K. Pain in older persons with cognitive impairment. *Perspectives.* 2002; 6(2): 4-9.
- Baker A, Bowring L, Brignell A, Kafford D. Chronic pain management in cognitively impaired patients: a preliminary research project. *Perspectives.* 1996; 20(2):4-8.
- Feldt KS, Oh HL. Pain and hip fracture outcomes for older adults. *Orthopaedic Nursing.* 2000; 19(6): 35-44.
- Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing.* 2000; 1(1):13-21.
- Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, Houde S, Volicer L. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing & Health.* 1992; 15(5): 369-77.
- Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly. It's not a guessing game. *Clinical Nurse Specialist.* 2000; 14(5): 215-20.
- Simons W, Malabar R. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *Journal of Advanced Nursing.* 1995; 22(4): 663-9.
- Kammerlander G, Eberlein T. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: a central European perspective. *Journal of Wound Care.* 2002; 11(2): 76-9.
- Hollinworth, Helen. [2005]. Pain at wound dressing-related procedures: a template for assessment. <http://www.worldwidewounds.com/2005/august/Hollinworth/Framework-Assessing-Pain-Wound-Dressing-Related.html>
- Moffatt C. Leg ulceration: complex case scenario. *World Wide Wounds.* 2002 Feb; 4p.
- Ernst AA, Gershoff L, Miller P, Tilden E, Weiss SJ. Warmed versus room temperature saline for laceration irrigation: a randomized clinical trial. *Southern Medical Journal.* 2003; 96(5):436-9.
- Lindholm C. Oral presentation at European Wound Management Association (EWMA) meeting, Glasgow, Scotland, May 2007.
- Moore ZE, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19;4:CD004983.
- Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *British Journal of Nursing.* 2001(suppl):10(22).
- Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. [Update of Cochrane Database of Syst. Rev. 2000;(2) CD001177; PMID: 10796614]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2003; (1): CD001177.
- London: NICE; 2002. National Institute for Clinical Excellence [Compilation].
- <http://www.worldwidewounds.com/2003/january/Thomas/Atraumatic-Dressings.html>
- Smith J. Debridement of diabetic foot ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007; 2.
- Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *Journal of Wound Care.* 2001; 10(2): 7-10.
- Klasen HJ. A review on the non operative removal of necrotic tissue from burn wounds. *Burns.* 2006; 26(3):207-22.
- Bott R, Crissman J, Kollar C, Saldajeno M, Ganshaw G, Thomas X, Lane TH, Klykken P, Davidson JM, Nannoy LB. A silicone-based controlled-release device for accelerated proteolytic debridement of wounds. *Wound Repair & Regeneration.* 2007; 15(2): 227-35.
- Falabella AF. Debridement and wound bed preparation. *Dermatologic Therapy.* 2006; 19(6):317-25.
- Steenvoorde P, Budding T, Oskam J. Determining pain levels in patients treated with maggot debridement therapy. *erratum appears in J Wound Care.* 2006 Feb;15(2):71. *Journal of Wound Care.* 2005; 14(10):485-8.
- Kitching M. Patients' perceptions and experiences of larval therapy. *Journal of Wound Care.* 2004; 13(1): 25-9.
- Dykes PJ, Heggie R. The link between the peel force of adhesive dressings and subjective discomfort in volunteer subjects. *Journal of Wound Care.* 2003; 12(7): 260-2.
- R Zillmer, M S Agren, F Gottrup, T Karlsmark, Biophysical effects of repetitive removal of adhesive dressings on peri-ulcer skin. *Wound Care.* 2006 May ;15 (5):187-91.
- Vermeulen H, Ubbink DT, de Zwart F, Goossens A. Preference of patients, doctors and nurses regarding wound dressing characteristics: a conjoint analysis. *Wound Rep Reg.* 2007; 15: 302 - 307.
- Meyer LJM. Randomized comparative study of Cutinova cavity dressing for the treatment of secondary healing wounds after abdominal surgery and abscess cavities in comparison with traditional therapy. *The Cochrane Central Register of Controlled Trials.* In: *The Cochrane Library.* 2003; Issue 1. John Wiley: Chichester.
- Cannavo M, Fairbrother G, Owen D, Ingle J, Lumley TA. Comparison of dressings in the management of surgical abdominal wounds. *J Wound Care.* 1998; 7: 57-62.
- Guillotreau J, Andre J, Faldrin P, Moncade F, Duverger V, Rouffi F et al. Calcium alginate and povidone iodine packs in the management of infected postoperative wounds; results of a randomized study. *Br J Surg.* 1996; 83: 861.
- Viciano V, Castera JF, Medrano J, Aguiló J, Torro J, Botella MG et al. Effect of hydrocolloid dressings on healing by second intention after excision of pilonidal sinus. *Eur J Surg.* 2000; 166: 229-232.
- White R et al. Pain on dressing removal assessment: a multinational survey. Ref #: Unr 1028 604/ALL. Poster presented at Wounds UK, Harrogate 2007.
- Tengvall, W, Yvonne, B, Viveca, Differences in pain patterns for infected and non-infected burn patients. *Burns.* Volume 33, Issue 1, Pages S111-S111 O.
- Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald RG. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centered approach. An overview. *Ostomy Wound Manage.* 2003;49(Suppl 4A):2-15.
- Cutting KF, Harding KG. Criteria for identifying wound infection. *J Wound Care.* 1994;3:198-201.
- Sibbald RG, Woo K, Ayello EA. Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES. *Adv Skin Wound Care.* 2006; 19: 447-61.
- Cutting KF, White R. Defined and refined: criteria for identifying wound infection revisited. *Br J Community Nurs.* 2004; 9(3): s6-s15.
- Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature.* 1962; 193:293-4.
- World Health Organisation (WHO). Who's pain ladder. 2005; www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/
- Zeppetella G, Paul J, Ribeiro MD. Analgesic efficacy of morphine applied topically to painful ulcers. *Journal of Pain & Symptom Management.* 2003; 25(6):555-8.
- Flock P. Pilot study to determine the effectiveness of diamorphine gel to control pressure ulcer pain. *Journal of Pain & Symptom Management.* 2003; 25(6): 547-54.
- Sibbald RG, Coutts P, Fierheller M, Woo K. A pilot (real-life) randomized clinical evaluation of a pain-relieving foam dressing: (ibuprofen-foam versus local best practice). *International Wound Journal.* 2007; 4 [Suppl 1]:16-23.
- Gottrup F, Jorgensen B, Karlsmark T, Sibbald RG, Rimdeika R, Harding K, Price P, Venning V, Wovden P, Junger M, Wortmann S, Sulcaite R, Vilkevicius G, Ahokas TL, Ettler K, Arenbergerova M. Less pain with Biatina-ibu: initial findings from a randomised, controlled, double-blind clinical investigation on painful venous leg ulcers. *International Wound Journal.* 2007; 4 [Suppl 1]:24-34, 2007.
- Richards T, Johnson J, Sparks A, Emerson H. The effect of music therapy on patients' perception and manifestation of pain, anxiety and patient satisfaction. *Med Surg Nurs.* 2007; 16(1): 7-14.
- Ferguson SL, Voll KY. Burn pain and anxiety: the use of music relaxation during rehabilitation. *J Burn Care Rehabil.* 2004; 25(1): 8-14.
- Whitehead-Pleaux AM, Baryza MJ, Sheridan RL. The effects of music therapy on paediatric patient's pain and anxiety during donor site dressing change. *J Music Ther.* 2006; 43(2): 136-53.
- Kwekkeboom KL. Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2003; 30(3): 433-40.
- Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *J Adv Nurs.* 1998; 28(1): 10-20.
- Tse MM, Ng JK. Visual stimulation as pain relief for Hong Kong Chinese patients with leg ulcers. *Cyberpsychology & Behaviour.* 2003; 6(3): 315-20.
- Frenay MC, Faymonville ME, Devieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns.* 2001; 27(8): 793-9.
- Danhauer SC, Marler B, Rutherford CA, Lovato JF, Asbury DY, McQuellon RP, Miller BE. Music or guided imagery for women undergoing colposcopy: a randomized controlled study of effects on anxiety, perceived pain and patient satisfaction. *J Low Genit Tract Dis.* 2007; 11(1): 39-45.
- Rich A, McLachlan L. How living with a leg ulcer affects people's daily life: a nurse-led study. *J Wound Care.* 2003;12(2):51-54.
- Ebbeskog B, Ekman SL. Elderly people's experiences. The meaning of living with venous leg ulcer. *J EWMA.* 2001;11(1):21-23.
- Patricia Price, An Holistic Approach to Wound Pain in Patients With Chronic Wounds, *Wounds.* 2005;17(3):55-57.
- Edwards H, Courtney M, Finlayson K, Lindsay E, Lewis C, Shuter P, Chang A. Chronic venous leg ulcers: effect of a community nursing intervention on pain and healing. *Nursing Standard.* 2005; 19(52): 47-54.
- Gibson MC, Keast D, Woodbury MG, Black J, Goettl L, Campbell K, O'Hara S, Houghton P, Borrie M. Educational intervention in the management of acute procedure-related wound pain: a pilot study. *Journal of Wound Care.* 2004; 13(5): 187-90.
- Young T. Assessment of wound pain: overview and a new initiative. *British Journal of Nursing.* 2007; 16(8): 456, 458, 460-1.
- Barrett S. 'Heal not hurt': piloting an initiative on wound pain assessment. *British Journal of Community Nursing.* 2007; 12(6): S18-21.
- Lindholm C, Bjellerup M, Christensen O, Zederfeldt B. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol (Stockholm)* 1993;73:440-443.

Les professionnels de santé comprennent-ils VRAIMENT la douleur liée à la plaie ressentie par le patient lors du changement du pansement ? C'EST VOTRE RESPONSABILITÉ



Figure 4 Demander, signaler, agir