

**JOURNÉES
ARMORICAINES
PLAIES
CICATRISATION**

12ÈME ÉDITION

100%
NUMÉRIQUE
AVEC SOINS
EN DIRECT
& WORKSHOPS

24/25
SEPT
2020

- WWW.JAPC.FR
- 07.67.11.15.60
- INFO@JAPC.FR

APCI

CHU
Rennes

TheraShare.tv
medical & social media

100% EN LIGNE
JAPC
2020
EN DIRECT & WORKSHOPS

Questions/Réponses du direct des JAPC 2020

Nos orateurs vous font leurs réponses

Réponses de Mme A-A. Allain :

Déterger avec des compresses sèches ? C'est mieux que des compresses humides ?

Oui. Il faut utiliser des compresses tissées sèches avec du NaCl isotonique pour obtenir un effet abrasif sans agression de la plaie (accroche la fibrine et les débris). La détersion est efficace sur la fibrine humide, collante et adhérente. Elle remplace ou s'ajoute à la curette et est moins douloureuse.

Les compresses non tissées et /ou humides glissent sur la fibrine qui n'adhère pas à la compresse. Il est possible d'utiliser cette technique sur une plaie atone, peu fibrineuse pour oxygéner la plaie et stimuler l'apparition des bourgeons.

Avec quel liquide faut-il mouiller la mèche ? Quel est l'intérêt de mouiller l'algostérite alors que la plaie présente des exsudats ? Faut-il mouiller systématiquement l'algostérite ? Du coup la mèche n'est plus absorbante ?

Il n'est pas utile de mouiller systématiquement Algostérite ou tout autre alginate ou fibre HPA. Si c'est justifié, il faut utiliser du NaCl isotonique (ions Na⁺ s'échangent avec ions Ca⁺ d'Algostérite, (permet gélification et retrait indolore).

Algostérite est indiqué dans les plaies exsudatives, le pansement sera donc imprégné au contact de la plaie favorisant les échanges ions Na⁺ et ions Ca⁺.

Si Algostérite adhère à la plaie au retrait, il faut humidifier pour éviter douleur et saignements. Il faut surtout changer de protocole ! Il n'y a plus assez d'exsudats justifiant un alginate.

La mèche Algostérite est drainante (différent de l'absorption) et continue d'absorber si elle est humide (exsudats +). Si les exsudats sont abondants et la mèche saturée, il faut recouvrir d'un super absorbant (admis en pansement secondaire).

Pour une action hémostatique rapide, il est nécessaire d'humidifier Algostérite avec du NaCl isotonique. Efficace après 15 mn de pose. On peut alors enlever le pansement en l'humidifiant et continuer le soin avec un autre dispositif.

En résumé, inutile d'humidifier Algostérite à la pose. Oui au retrait si adhérent ou pour une action hémostatique.

Algo + Mepilex sont-ils compatibles alors que ce sont deux pansements primaires ? Sur ce genre de pansement obligation de 2 pansements primaires ?

Algostérite et Mepilex sont en effet 2 pansements primaires. On note dans les recommandations de l'HAS que les pansements primaires ne doivent pas être associés entre eux. De plus, le patient peut être déremboursé s'il est contrôlé ...

Les soignants utilisent souvent cette association plus pour le confort des patients et le maintien des mèches que pour leurs indications. Ils deviennent pourtant inconfortables et odorants quand les hydrocellulaires sont saturés par les exsudats entraînant une macération par blocage de l'évaporation.

Il existe maintenant des super absorbants siliconés ou/et border qui maintiennent les pansements et sont confortables ils sont aussi plus efficaces pour l'absorption des exsudats.

Trop de bourrage de mèche n'entretient-il pas la plaie ?

Il faut en effet être prudent sur la quantité et la type de mèche. Il faut sonder la plaie avant le méchage pour évaluer le trajet, la largeur et la profondeur. (Noter les mesures permet aussi le suivi de l'évolution de la plaie). L'examen de la plaie se fait avec un stylet, une pince, un doigt ganté en fonction de la taille de la plaie et permet donc un repérage qui évite une pression des tissus en

adaptant le type de mèche et la quantité.

Peut-on mettre de l'hypafix en plus pour renforcer le Mépiléx ?

Mépiléx Border seul ...Si vous n'avez pas le choix, Hypafix doit être mis sur le pourtour, pas en recouvrement de tout le pansement.

Pas de film transparent sur tout le pansement (occlusif) mais sur les bords.

Pourquoi tous les intervenants disent « je n'ai aucun conflit d'intérêts » ?

Un conflit d'intérêt est une situation qui peut susciter un doute raisonnable sur l'impartialité et l'indépendance des orateurs vis-à-vis des laboratoires et des DM dont ils parlent dans leur communication.

En déclarant « je n'ai pas de conflit d'intérêt » les orateurs évitent de s'exposer au reproche de conflit d'intérêt en signalant qu'ils ne sont en aucune façon influencés par quiconque et qu'ils sont objectifs dans leur discours.

Que mettez-vous pour protéger la peau péri lésionnelle inflammatoire ? et Hydro clean en protégeant le pourtour ?

Il faut d'abord faire le diagnostic étiologique. Une peau périphérique inflammatoire peut être liée à une infection, une allergie, une intolérance, une mycose... Il faudra donc traiter la pathologie en cause.

Pour protéger la peau périphérique et isoler la peau d'un pansement (ou des exsudats), d'abord, adaptez la taille (ne pas faire déborder les DM type hydrogel ou irrigo-absorbant).

Certaines équipes utilisent un hydrocolloïde, d'autres posent de la vaseline en cordon autour de la plaie. Évitez les topiques difficiles à ôter et opaques. Préférez les produits neutres et transparents.

Pouvez-vous expliquer quand peut-on utiliser le foam lite ?

L'aquacel extra peut-il se découper dans la longueur ?

Peut-on utiliser l'aquacel extra en plusieurs couches ?

L'aquacel mèche ou extra est-il indiqué lorsque la plaie est exsudative avec fibrine et quelle fibrine ?

Mais si on n'a pas en dotation aquacel foam quel pst secondaire peut-on mettre et qu'on arrive à peu près à la même efficacité ?

Il n'est pas rare qu'en retirant une mèche d'aquacel, qu'on ait un flot de liquide à sortir, on n'arrive pas à drainer correctement les exsudats importants, manque de drainage

Aquacel extra + mepiléx possible ?

Aquacel Foam Lite est un hydrocellulaire d'absorption moyenne. Il est indiqué aux stades de bourgeonnement et d'épidermisation sur des plaies peu exsudatives.

Aquacel extra peut se découper dans la longueur contrairement à Aquacel mèche.

On peut utiliser Aquacel extra en plusieurs couches sur des plaies très exsudatives sans faire d'erreur. Cependant, il existe maintenant les super absorbant équivalents à plusieurs couches d'absorbants qui ne justifient plus d'utiliser plusieurs couches de fibre HPA.

Aquacel mèche et Aquacel extra sont des pansements absorbants et sont indiqués dans des plaies exsudatives et une fibrine humide

Pour l'instant, l'étude observationnelle n'est pas terminée ni validée, il vaut mieux suivre les recommandations citées

Ci-dessus (sauf exception argumentée) à savoir, pas d'association hydrocellulaire / fibre HPA (ex aquacel extra /mepiléx) On peut recouvrir d'un super absorbant si l'objectif est d'optimiser la gestion des exsudats.

L'observation d'un flot de liquide au retrait d'une mèche (quel que soit la mèche) n'est pas normale.

La mèche n'a pas joué son rôle d'absorption, elle est probablement saturée soit parce que la taille n'est pas la bonne soit parce que la famille de pansement est mal choisie (Aquacel ne draine pas, c'est un absorbant). Il faut revoir le protocole en utilisant une mèche plus grande, plus large, bien

posée au fond de la plaie ou changer de famille (mèche drainante) ou recouvrir la mèche d'un super absorbant qui prend le relai de la mèche et évite la saturation.
Il n'y a pas de mauvais produit, il y a cependant de mauvaises utilisations ou techniques d'utilisation.

Réponses du Dr P. Deshayes :

Nous voyons surtout des photos du visage, faites-vous du camouflage pour d'autres parties du corps ?

Tout à fait, on maquille toutes les zones découvertes : décolleté, membres. La difficulté est toujours la zone de jonction zone couverte – zone découverte car le frottement enlève le maquillage et tache les tissus. Il faut donc choisir des tenues adaptées. Le cas classique est le maquillage de vergetures des cuisses pour aller à la piscine : avant de quitter la maison : maquillage + jupe courte et ample pour limiter les frottements mais au retour (l'essuyage va enlever le maquillage) prévoir une autre tenue.

Faites-vous maquillage en cours de chimio si effets secondaires cutanés sur le visage que la personne vit très mal ?

Oui et c'est une très bonne indication pour de multiples raisons : donner bonne mine, encourager la patiente à reprendre ses habitudes de maquillage qu'elle a souvent abandonné, lui conseiller des soins locaux « pour peaux intolérantes » à appliquer avant de se maquiller mais aussi ce doit être pour la patiente une parenthèse dans ses soins on sauras être bienveillant, la « chouchouter », la valoriser.

J'aimerais savoir qu'elle formation faut-il pour faire cela ?

Organisez-vous des formations sur le maquillage correcteur ?

Je participe volontiers à la mise en place d'ateliers de maquillage correcteur à la demande des laboratoires La Roche Posay ou Vichy. Il s'agit d'ateliers d'auto-maquillage où notre rôle est d'enseigner au patient la façon de se maquiller.

Comment nettoyer vous votre matériel de maquillage (pinceau) ?

On nettoie les pinceaux avec de l'eau savonneuse + antiseptique, on taille les crayons. Pour les lèvres, on dessine le contour avec un crayon et avec un pinceau on descend le produit sur la lèvre.

Où se procurer le maquillage ?

En pharmacie. Il s'agit de produits correcteurs c'est à dire beaucoup plus riches en pigments que de simples crèmes teintées. Je les applique avec un pinceau brosse en tamponnant.
J'utilise les gammes Tolériane et Dermablend (dont la gamme de teintes s'étend aux peaux très foncées).

Mettez du jaune qu'entendez-vous ?

En pharmacie. Il s'agit de produits correcteurs c'est à dire beaucoup plus riches en pigments que de simples crèmes teintées. Je les applique avec un pinceau brosse en tamponnant.
J'utilise les gammes Tolériane et Dermablend (dont la gamme de teintes s'étend aux peaux très foncées).

Quel est le coût pour le patient ? Soin remboursé ?

Là où je participe à un atelier de maquillage correcteur, c'est gratuit mais je sais que certains ateliers demandent une participation (minime) aux patients.

Réponse de Mme C. Bouffort :

Pensez-vous qu'il est bien de faire la suggestion a un patient de faire de la plongée, mais le patient a failli se noyer ?

En hypnose, je fais des suggestions mais je reste floue en évitant d'induire justement des suggestions qui pourraient mettre mon patient en transe négative. Le patient a un lieu de sécurité, un lieu où il se sent bien. Il est important de questionner, même brièvement, le patient avant la séance. Quelles sont vos passions, qu'aimez-vous faire quand vous êtes chez vous, en repos ? Avez-vous un endroit où vous aimez passer du temps ? ou un bon souvenir ? Le patient va répondre ou pas...

Je demande généralement très peu d'éléments. Le patient est acteur de son hypnose, c'est lui qui va trouver son lieu. Notre communication est sensorielle, nous communiquons avec nos sens.

Tranquillement, avec les sens, j'amène mon patient à aller sur son lieu de sécurité. Je ne suis pas sensée savoir quel est son lieu.

« ... Et peut-être que maintenant, vous pouvez vous autoriser à vous retrouver dans un lieu, un moment, un souvenir, où vous vous sentez bien, un endroit où vous aimez vous ressourcer...

Et peut-être qu'à là, maintenant, une image apparaît, sur l'écran de vos paupières fermées... C'est très bien... et peut-être que les yeux voient des formes, des couleurs, des teintes de couleurs, des jeux d'ombre et de lumière... ET peut-être que les oreilles peuvent entendre des sons..., des sons que vous connaissez, des sons qui rassurent, peut-être même des silences, peut-être des voix, ...,

Des rires... et le corps, qui ressent ce bien-être d'être là, ici et maintenant, à profiter pleinement de ce moment de détente et d'apaisement..., et qu'est-ce que ça fait du bien... Peut-être que si vous êtes dans cet endroit, ce souvenir... peut-être que vous pouvez me faire un signe de la tête, ... ou pas ... »

S'il répond par l'affirmatif, alors je continue avec les sens, s'il ne aucun signe et bien je continue à utiliser des mots de bien-être, de confort et de sécurité et induire de la détente.

« .. Vous n'avez qu'à laisser faire... et ne rien faire... juste respirer et vous détendre... et qu'est-ce que ça fait du bien !! »

Il est sûr que si vous induisez un lieu ou un détail dans ce lieu, une occupation qui ne parle pas au patient ou si celui a vécu une expérience désagréable, la séance peut être un échec et le patient peut sortir de sa transe. Exemple : Vous dites à votre patient qui a choisi comme lieu la plage, que ses yeux regardent le sable fin, clair... et que c'est une plage avec des galets, et bien le patient ne va pas s'y retrouver... Vous pouvez suggérer en disant peut-être que... ou...

Votre patient veut aller au marché... Vous lui parlez d'odeurs de fleurs alors que c'est le poulet rôti qu'il sent ou les fruits.

Le nez est sensible aux différentes odeurs du marché : des odeurs qui se mélangent, qui s'associent, des odeurs plus fortes que d'autres...

Pour les infirmières qui ne sont pas formées à l'hypnose, avez-vous des conseils à nous donner pour diminuer l'appréhension du patient à domicile, position lors du soin, discussion ou non des douleurs mémorisées... ?

Ce qui est important, c'est créer l'alliance thérapeutique, cette relation de confiance qui va faire que votre patient va accepter le soin, adhérer au soin. Observez, Ecoutez vos patients, ils sont riches en informations. Validez leur inconfort. Vous êtes chez eux, un lieu qui est pour eux une protection, un lieu où normalement, ils se sentent en sécurité.

Je m'approche du patient et lui demande ce que je peux faire pour lui pour le rendre plus confortable. Je l'observe, je l'écoute. Je valide son inconfort. En effet, je vais observer son langage non verbal, verbal et para verbal. Il faut rester vrai avec le patient et humble. Valider ses peurs, ses craintes. Utiliser la communication thérapeutique, essayer de déterminer son canal sensoriel pour encore mieux entrer en communication avec lui. « Je vois bien que vous n'êtes pas confortable, je vous entends bien, je ressens votre inconfort. » Je me mets à sa hauteur, je respecte ses silences...C'est comme cela que l'on crée cette relation de confiance si importante. Une relation de

confiance qu'on appelle alliance Thérapeutique. Elle se fait dès les premières secondes de la rencontre. Sans cette alliance, on ne peut rien faire et la qualité des soins peut être mise en cause. La qualité du soin est renforcée, le patient vit bien le soin, à la maison comme à l'hôpital, le soignant est satisfait et sent son travail valorisé.

Ce qui est important dans le tout début de la relation, c'est de se présenter, dire qui on est, utiliser des termes que le patient va comprendre, reformuler ses paroles, rassurer, utiliser des mots positifs...

J'utilise les outils de communication thérapeutique en utilisant des mots adaptés, utiliser des mots qui n'induisent pas de douleur, par exemple : Si vous dites, je vais piquer, vous induisez une douleur. Ne pas utiliser la négation car le patient en état de stress n'entend pas la négation (quand vous dites : ne vous inquiétez pas, le patient entend : ah bon, par ce qu'il faut que je m'inquiète ?). C'est utiliser ses propres mots, expressions... Quand j'entre dans une chambre ou que je vais chercher un patient en salle d'attente, je m'approche, je me mets à la hauteur du patient, je me présente, je peux serrer la main aussi : (Bonjour, je m'appelle Claudie et je suis votre infirmière aujourd'hui, je vais faire ce qu'il faut pour que vous soyez confortable...)

Je valide beaucoup ce que dit le patient, j'utilise ses propres mots et je vais utiliser beaucoup le VAKO (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif), c'est-à-dire les différents canaux sensoriels et les mots correspondants pour parler sur le même canal du patient et être sûr qu'il intègre bien mon message. Le plus important est d'apporter du Bien-être, du Confort et de la Sécurité au patient.

Je vais beaucoup OBSERVER et ECOUTER le patient, et c'est peut-être le plus important.

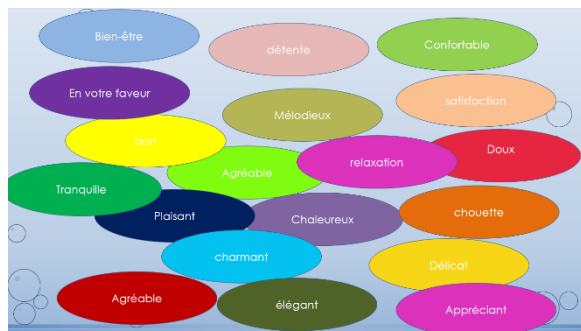
OBSERVER et ECOUTER ses différents langages (Langage Non Verbal, Langage Verbal, Langage Para verbal).

Je vais utiliser aussi un outil de communication thérapeutique qu'on appelle le Mirroring. La reformulation est un Mirroring verbal, mais prendre la même position que son patient facilite la communication. C'est le Mirroring de posture, Gestuel. Le patient est assis, croise les bras et bien je lui demande si je peux m'asseoir à côté de lui et je vais croiser mes bras, il ne va rien voir et faire du Mirroring facilite la communication....

Il y a un autre outil de Mirroring que j'utilise beaucoup et qui est le Pacing respiratoire : Je me synchronise avec la respiration du patient et je vais parler sur son expiration. Ça aide beaucoup le patient à se détendre, c'est un outil puissant pour la prise en charge de la douleur aussi.

Concernant les douleurs mémorisées, il est important de les valider. Je sais que vous connaissez la douleur, que vous avez sûrement des craintes d'en avoir. Mais je suis là, avec vous, je vais faire ce qu'il faut pour que vous soyez le plus confortable possible, diminuer ces sensations, et faire en sorte que vous vivez ce soin sereinement. Il est important de faire l'analgésie au préalable avant tout soin, de donner les traitements per os... Et si vous avez des outils de communication thérapeutique, d'hypnose, de relaxation, de sophrologie... utilisez-les !! La respiration est un puissant outil !! ET le patient va être très compétent dans ce qu'il va faire.

Utilisez +++ les mots positifs, saupoudrez de mots positifs !!! le patient va les entendre :



Mots à éviter et à remplacer par...	
N'ayez pas peur Ne vous inquiétez pas	Soyez rassurer
Est-ce vous avez mal ?	Êtes-vous soulagé ?
Ca ne va pas être long	Ca va être court
Vous n'avez pas froid	Avez-vous assez chaud ?
On vous a expliqué en quoi consiste l'examen ?	Que savez-vous de l'examen ?
Vous vous sentez bien ?	Comment vous sentez-vous ?

Cela prend combien de temps ?

Tout dépend de vous !! Il faut aussi vous faire confiance. Bien souvent, le soignant n'ose pas. Il faut s'autoriser à oser. Au départ, cela prend un peu plus de temps, mais ce qui freine le soignant, c'est bien souvent lui-même... Le patient, lui, prend tout ce qui a à prendre, à partir du moment où il peut vivre un soin de façon plus confortable. Il peut aussi intégrer l'outil et faire ensuite par lui-même. C'est ce qu'on appelle l'autohypnose. Il doit être formé par le professionnel lui aussi formé à l'hypnose thérapeutique.

Limite et risque lie à l'hypnose ?

L'hypnose est basée sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

La confiance est basée sur l'authenticité du soignant formé à l'hypnose. Il doit rester vrai, humble et être bien formé. « La plus importante contre-indication est l'incompétence du thérapeute » Gérard Salem.

http://www.gerardsalem.com/blog/wpcontent/uploads/2014/08/article_hypnose_gerard_salem.pdf

Les autres contre-indications s'appliquent pour les patients psychotiques en phase aiguë, les schizophrènes, les paranoïaques, , les patients pathologiquement dissociés...

Pour faire une séance d'hypnose, il faut que le patient donne son accord. Sans cet accord, l'éthique de l'hypno praticien fait qu'il n'a pas le droit d'en faire. Cependant, je vais dire que les outils de communication thérapeutique, et bien, on peut les utiliser quand on veut, je dirais même que la communication thérapeutique passe en mode inconscient à un moment. Dans tous les cas, toute la bienveillance, l'empathie qu'on peut avoir avec le patient peut l'aider à mieux vivre une situation. Dans ma pratique de l'hypnose, quand mes patients ont la représentation de l'hypnose spectacle et que la crainte apparaît, je leur dis bien souvent qu'ils gardent le contrôle d'eux-mêmes, qu'une partie d'eux est là, qu'ils entendent ce qu'il se passe autour et qu'une autre partie d'eux vit une expérience qui va les aider à vivre autrement ce moment, ce soin. Je leur dis que je les guide juste avec ma voix, je suis juste là, avec eux et je n'ai aucun pouvoir, ce sont eux qui font le travail !

Cela étant, ce qui est intéressant avec l'hypnose et un des objectifs quand on la pratique, c'est de rendre autonome le patient par l'autohypnose pour qu'il puisse se gérer tout seul.

Comment et où se former en hypnose ?

Pour les formations en hypnose thérapeutique, elles se passent à l'extérieur du CHU. Sur Rennes, l'institut Émergences donne diverses formations en hypnose et en communication thérapeutique. Sur Nantes, il y a l'institut AREPTA. Il existe aussi un diplôme Universitaire en hypnose thérapeutique (Nantes, Brest, Dijon, Paris., Montpellier, Lille..). Pour constituer le dossier, il faut un CV et une lettre de motivation. Une commission se réunit au niveau des universités mais aussi au niveau des centres de formation pour sélectionner les candidats. Il y a beaucoup de demandes pour peu de place. Mais, si vous voulez être formé, il faut vous autoriser à oser !! AU niveau des CHU, la formation continue peut prendre en charge la formation. Là aussi, un dossier est à constituer en amont.

Existe-t-il des formations possibles en Guadeloupe ou dans ses alentours car beaucoup de plaie très douloureuse et complexe dans notre had

Je ne sais pas mais vous pouvez vous renseigner auprès de l'IFS (Institut Français d'Hypnose) ou auprès de la CFHTD (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves)

<https://www.hypnose.fr/>

<https://www.cfhtb.org/>

Le patient redevient conscient pdt le soin est ce qu'il aura mal ??

Comme je le dis plus haut, le patient reste conscient pendant la séance d'hypnose. Il ne dort pas. Son conscient est toujours là, présent, il garde son libre arbitre et peut revenir là, ici et maintenant s'il le souhaite. Il va trouver toutes les ressources qui vont l'aider à mieux gérer une situation, un soin, dans son inconscient, qui est un « ... magasin des solutions ... », comme le disait Milton H. Erickson.

Pour Erikson, l'inconscient recouvre tout ce qui ne constitue pas « l'ici et maintenant ». Ces ressources peuvent être des apprentissages, des souvenirs, des croyances qui lui ont apportés des sensations, des émotions positives. Elles vont l'aider à vivre autrement un soin douloureux, résoudre un problème, surmonter une peur, une angoisse... à vivre autrement les perceptions des sensations de problèmes énoncés.

Si le patient « revient à lui », il est encore dissocié et parler avec des mots positifs, faciliter le fait de retourner tranquillement dans ce qu'il était en train de faire, et bien, c'est très bien... Travailler sur la respiration, faire du mirroring, parler avec une voix calme, avec un timbre de voix bas... votre patient a de grandes chances de retourner dans sa transe.

Et s'il n'adhère pas à l'hypnose ?

Pour faire une séance d'hypnose, il faut que le patient donne son accord. Sans cet accord, l'éthique de l'hypno praticien fait qu'il n'a pas le droit d'en faire. Par contre, je vais dire que les outils de communication thérapeutique, et bien, on peut les utiliser quand on veut, je dirais même que la communication thérapeutique passe en mode inconscient à un moment. Dans tous les cas, toute la bienveillance, l'empathie qu'on peut avoir avec le patient peut l'aider à mieux vivre une situation

Peut-on exercer avec son dû d'hypnose ? Domicile ? Ch en intervenant en externe ?

J'ai un temps formateur en communication thérapeutique au sein du CHU. Comme il n'y a pas de formation Hypnose au CHU, je n'interviens pas sur des formations hypnose. J'ai des collègues qui sont formateurs hypnose en institut.

Concernant l'exercice ou ouvrir un cabinet, je pense qu'en tant que soignant, nous devons rester dans notre champ de compétences. Je m'explique : je ne me vois pas ouvrir un cabinet en tant qu'hypnothérapeute car ce terme est réservé aux psychologues, psychiatre. Je suis hypno praticienne.

Nous devons, éthiquement, rester dans notre champ de compétences et réorienter si besoin nos patients auprès des professionnels concernés quand cela est nécessaire. Par contre, dans les CHU, les cliniques, il existe des consultations d'hypnose.

La formation communication hypnotique 3 jours pour commencer très intéressant

Je vais dire que se former à la communication thérapeutique est essentiel avant de se former à l'hypnose thérapeutique. La communication permet d'avoir la base du langage hypnotique. Je la recommande fortement !!

Est-il suffisant de faire de l'hypnose pour un pansement ou faut-il toujours l'associer à un analgésique ?

Dans les soins qui induisent des douleurs, chez tout patient douloureux, il est nécessaire, voire primordial de s'assurer d'une bonne analgésie au préalable. Donner les traitements antalgiques, poser les anesthésiants locaux et s'assurer du délai d'efficacité des antalgiques. Utiliser le Méopa ou Kalinox, qui permet une dissociation. C'est une faute professionnelle de ne pas s'assurer de cela. Le code déontologique des infirmiers et le serment d'hypocrate pour les médecins notifient cette prise en charge de la douleur.

« Art. R. 4312-19. – En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. « L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

Serment d'hypocrate : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. »

L'hypnose peut-elle être utilisée pour des soins autres que pansements tels que soins de nursing ?

Oui, bien sûr, l'hypnose peut être utilisée pour n'importe quels soins : Nursing, toilettes, mobilisations.... Je suis sûre que vous vous amenez vos patients ailleurs quand vous leurs parlez de leur jardin, leur maison, leur métier d'avant... Et si on faisait comme si... Laissez jouer leur imagination... c'est déjà aller dans leur inconscient... Faites « Comme si... »

L'hypnose peut être utilisée chez des patients sur des douleurs neuropathiques e ou du membre fantôme lors des soins, diverses mobilisations ?

Oui bien sûr, chez les patients hémiplegiques, les patients amputés qui présentent des sensations et des douleurs du membre fantôme. L'objectif étant aussi de rendre le patient autonome par l'autohypnose. Ils sont très compétents nos patients !! Des aides-soignants se forment, des kinés, ostéopathes, des sages-femmes, des médecins généralistes, des chirurgiens, des médecins urgentistes, des IDE, ...

Réponse du Dr H. Maillard :

Hier j'ai entendu que pour les greffes cutanées on ne mettait pas d'agrafe à cause des risques lors du retrait quel va être le matériel dans le kit qui peut nous aider à domicile, Merci

A domicile nous retirerons les bandes de compression ou les elastoplastes, puis les compresses et l'interface. Nous aurons besoins de sets de pansements classiques

Concernant le ialusetcrème, une prescription qui demande d'appliquer la crème, laisser en contact 5 à 10 min puis enlever à la compresse. Ma question est-ce efficace ?

Difficile de penser que cela puisse être aussi efficace qu'un maintien en place de 24 h

Pour le ialuset quel utilisation est-il possible dans les différents processus de cicatrisation ?

Idéalement utilisé après la phase de détersion

Peut on l'utiliser chez un patient qui présente des lésions de grattage avec une desquamation sévère sur une grande partie du corps mais aussi présence de peau a type de corne sur une plaie d'ulcère veineux?

Ne pas utiliser ialuset sur des lésions dermatologiques étendues : préférer alors un émollient

Mesure de l'IPS à domicile quel matériel ?

Doppler sono + tensiomètre

Patient présentant un mal perforant plantaire sur pied Bo et un ulcère sur le bas du mollet avec tendon visible. Le patient dit avoir une sensation de brulure et de grattement lors du port des bandes Urgo K2. Du coup que pourrait-on mettre en place pour que le patient garde ses bandes ?

Emollient de type aquaphore ou bien dermalibour crème
Attention néanmoins, devant la mise à nu du tendon d'Achille) à la possibilité d'une artériopathie, Ce qui contre indiquerait urgo K2

Que faire quand beaucoup d'exsudat et bandes Ugo K2 ? car avec hyper absorbant en dessous cela devient trop épais sous les bandes de compression

L'exsudat peut être lié à la pression veineuse ou à un eczéma (à traiter par dermocorticoïdes)
On peut appliquer des pansements super absorbants peu épais comme convamax et urgo K2 tous les jours au début puis tous les 2 jours

Ulcère veineux bourgeonnent légèrement exsudat Quand arrêter l'urgoK2? peut-on laisser que la bande blanche avant de passer sur les chaussettes de compression. Pour rassurer le patient et le soignant
Urgo K2 peut être utilisé jusqu'à cicatrisation complète (à laisser pendant 3 jours par exemple) Utiliser les 2 bandes et passer à des bas après cicatrisation
Urgo K2 est-il réutilisable ?
Non, à la différence de kit biflex short
Que pensez-vous de veinotrain ?
Il s'agit d'une superposition de 2 bas (1 à bout ouvert et l'autre fermé) qui permet une force de compression efficace il est bien remboursé. 2 forces existent 39 et 46 en fonction de la cicatrisation de l'ulcère ou non
Doppler de poche, une idée du prix ?
Environ 150 à 300 euros
Coban 2 versus urgok2, quel est le plus efficace ? Facile à mettre en place ?
Pas d'étude disponible Coban 2 a une première bande non extensible et il faut faire attention à bien rabattre l'excès de bande en arrière les 2 bandes urgo K2 sont extensibles
Ulcère veineux, bourgeonnent, légèrement exsudative mais qui stagne. Utilisation miel, allewyn non adhésif tubifast et rosidal ? Serait-il préférable d'utiliser urgo k2 ? pour de meilleur résultat
S'il est bourgeonnant on peut proposer ialuset, urgostart et une compression forte par urgo K 2 en effet. Une autogreffe est indiquée si persistante malgré tout cela
La contention classe 1 est-elle utilisée pour les ulcères mixtes ?
Oui, mais préférer les bandes à étirement court

Réponses du Dr T. Le Guyadec :

Quels risques de l'application répétée de SHA chez les enfants...
Il ne semble pas y avoir de risque particulier de toxicité trans cutanée de l'application de GHA chez les enfants : le risque est surtout celui de projection intra oculaire+++ La réponse à cette question est issue de recommandations : « L'utilisation des solutions hydroalcooliques (SHA) est répandue. Leur sécurité d'emploi a été évaluée à la suite de l'épidémie H1N1 sans signal de toxicité sur peau saine, et ils sont considérés comme bien tolérés y compris chez l'enfant dans un rapport de l'ANSM en 2011. L'absorption d'alcool par la peau ou par inhalation des vapeurs est extrêmement faible voire indétectable même après des applications répétées. La conclusion est cependant que le lavage des mains est préconisé en première intention dès lors qu'un point d'eau potable est disponible, réalisé avec un savon (les savons liquides sont à privilégier). Respecter un temps de lavage minimum de trente secondes, bien rincer et sécher les mains avec des essuie-mains ou serviettes propres. En l'absence de point d'eau, lavage au SHA en suivant les recommandations suivantes :
<ul style="list-style-type: none"> • Eviter que l'enfant porte ses mains à la bouche après application de SHA et lui laver les mains au savon dès que possible. • Eviter de laisser la SHA à la portée des enfants en bas âge (que ce soit pour le risque

d'ingestion ou de projection dans les yeux).

Référence :

https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3c6cccea290f8d00e649160cd5d4a9aa.pdf »

En gros, pas de manifestations cutanées mise en évidence avec le Covid ?

Non, effectivement, pas de signes cutanés, spécifiques ou pathognomoniques de la Covid-19. Comme toutes les viroses, elles peuvent donner des signes « évocateurs » d'infection virale (exanthème, urticaire, Pityriasis Rosé de Gibert...) qui dans un contexte par exemple familial de contamination Covid doivent évoquer le diagnostic... Quant à l'épidémie de pseudo-engelures, les prélèvements étaient quasi toujours négatifs : on verra avec les prochaines vagues si on revoit ces signes, ce qui n'est pas le cas pour le moment !

Utilisation du SHA sur les pieds ?

Ben pourquoi ? Ben, pourquoi pas... la peau des plantes est la même que la peau des paumes...

Des personnes allument leur barbecue au SHA :

Oui, attention, le GHA est inflammable, il y a eu des cas de brûlures en allumant par exemple une cigarette avec les mains non sèches ; il faut une flamme directe et l'histoire des GHA qui prennent feu dans une voiture restée au soleil est une « fake New »

SHA et psoriasis chez les soignants ?

Aucune contre-indication... mais effectivement, en cas de psoriasis pustuleux ou fissuraires des mains, elle sera mal supportée car ça va piquer...

Durée d'utilisation crème laluset ?

La crème laluset a comme seule indication « cicatrisation dans le traitement des plaies non infectées, suintantes ou surinfectées, dont les ulcères de jambes. Elle doit être utilisée en pratique lorsque le bourgeonnement est obtenu, et ensuite peut être utilisée jusqu'à cicatrisation complète (pas de limite dans le temps : la seule limite est la réévaluation de son intérêt en cas d'échec). Les autres utilisations (antivieillessement...) sont hors AMM

Que peut-on mettre en protecteur hydratant sur les peaux péri-lésionnelles ?

Il n'y a pas de crème miracle !

Il faut traiter la peau péri-lésionnelle dans son ensemble :

En cas d'exsudat, traiter la cause (par exemple insuffisance cardiaque), appliquer des pansements hyper absorbants et une compression ; laver à l'eau et au savon doux ou surgras ; éventuellement nitrate d'argent aqueux 1% ne pas hésiter à mettre des dermocorticoïdes forts type dermoval crème en cas d'eczéma suintant (préférer en cas de suintement les formes crème aux pommades plus grasses)

En cas de lésions sèches, préférer les formes pommade de corticoïdes, et par exemple la « bonne vieille vaseline »

On peut enfin s'aider des nombreuses « crèmes cicatrisantes » du commerce... La plupart des crèmes cicatrisantes sont dotées d'agents antibactériens. On retrouve généralement la combinaison zinc + cuivre. Cette association permet de limiter le risque de prolifération bactérienne... Mais je ne peux pas faire de pub !

Que mettre sur une plaie chirurgicale infectée ?

Vaste question à laquelle un modeste dermatologue ne peut répondre

La première étant quel pansement utiliser en prévention pour éviter l'infection. Voir l'article : BMJ 2016;353:i2270 24 May 2016 Do dressings prevent infection of closed primary wounds after surgery ?

En résumé (<https://e-pansement.fr/actualites/plaies-post-op-fermees-les-pansements-permettent-ils-de-prevenir-linfection>) :

« Il ressort une absence de preuves suffisantes pour guider le choix de la stratégie de pansement en cicatrisation primaire des plaies post-opératoires fermées. « Nous recommandons donc une approche de bon sens dans l'attente de meilleures preuves disponibles », concluent les auteurs. Ils résumement ainsi leurs conclusions :

- une insuffisance de preuves sur l'effet préventif de l'infection des pansements dans les plaies chirurgicales primaires fermées,
- la possibilité d'utiliser des pansements adhésifs de base sur des plaies chirurgicales primaires fermées comme une approche pragmatique permettant d'apporter une protection à la plaie et d'absorber l'exsudat,
- à poursuite la pratique courante qui consiste à ne pas utiliser les pansements, dans certaines spécialités, et cela jusqu'à l'émergence de nouvelles preuves »

Ensuite, que mettre comme pansement sur une plaie chirurgicale infectée : il ne semble pas y avoir de recommandations françaises...et chaque chirurgien a ses habitudes ; les pansements à l'argent, les alginates, le Sorbact ont surement leur intérêt

En fait c'est une gestion globale de la plaie qu'il faut envisager : voici par exemple les reco américaines : « Selon les recommandations de la Société américaine des maladies infectieuses, le traitement de choix pour une plaie chirurgicale infectée sans signe d'atteinte systémique (fièvre $138,5^{\circ}\text{C}$, absence de tachycardie) et localement contenue (érythème 15 cm) est local par ouverture et drainage, suivi de soins locaux par pansement humide lors de la guérison en deuxième intention. Il n'y a pas d'évidence qu'un traitement antibiotique à ce stade soit bénéfique » (In : Infection du site chirurgical : FRD, prévention et traitement) Revue Médicale Suisse 2013 Vol 9 1832-39)

Réponses du Dr J-M. Hoarau :

Pour les lunettes connectées c'est un achat de l'had ou location via un prestataire ?

Plusieurs solutions s'offrent à vous : LOA ou achat, des solutions moins onéreuses sont à disposition.

Serait-il possible de voir une photo du premier pansement, pour voire l'évolution ?

Oui car nous les collectons dans le logiciel pour avoir l'historique.

Si la peau périphérique avait été abimée qu'auriez-vous mis ?

Une crème émolliente

Quelle mèche utilisez-vous, elle est humidifiée ?

Je pense que vous avez mis de l'algosténil, si c'est le cas il faut en effet l'humidifier

Pourquoi mouiller l'algosténil ? Il y a des saignements sanguinolents ?

La solution NaCl s'échange avec les ions Ca^{2+} d'ALGOSTÉNIL ce qui permet la gélification et le retrait indolore d'ALGOSTÉNIL.

Combien de temps encore pour que la plaie soit complètement résorbée ?

Pas de réponse possible, tout dépend de l'état nutritionnel de la patiente ainsi que de son état général

La mèche n'est-elle pas trop humidifiée ? Reste-t-elle suffisamment absorbante si trop humide dès

le départ ?
Il n'est pas nécessaire de trop humidifier la mèche, l'agostérid reste absorbant et le pansement secondaire sera lui aussi absorbant.
Le temps d'analgésie est inclus dans PEC de la plaie ?
Oui pour le temps de pose de la lidocaïne, il existe une cotation depuis peu AMI 1.1
Pour l'infirmière libérale, peu importe le temps du pansement (même si long), c'est le même prix !
Oui, malheureusement pour le moment la NGAP n'a pas évolué à ce sujet En HAD il n'y a pas de décroissance des tarifs
Comment faites-vous pour que le pansement ne soit pas décollé par les selles ?
Eviter de coller le pansement trop près de l'anus, il existe des patch adhésifs double face afin de rendre bien hermétique le pansement. Cependant, dans ses localisations il faut souvent refaire le pansement plusieurs fois par jour.
Peut-on faire de la téléexpertise (en libéral) sans passer par l'had ?
La téléconsultation n'est pas réservée aux HAD mais elle a cout non négligeable
Quid des Prestataires de sante pour le suivi post HAD ?
On pourrait trouver leur place probablement
Est-ce que dans des secteurs ruraux à problème de réseau la connexion puisse se faire ?
Si pas de WIFI pas possible...
En HAD Guadeloupe la télé consultation est utilisée par les spécialistes plaie et cicatrisation mais un réseau très faible donc plus dans l'échange de photo. Y'a-t-il une application pour faire des échanges en directs.
Oui, les lunettes connectées
Où sont stockés les données ?
Il n'y a pas de stockage de flux
Quel est le circuit des lunettes que portaient l'IDE de l'HAD?
Matériel dédié et certifiés
Comment se répartissent les passages IDE de l'HAD/ IDEL chez le patient sur une semaine ?
Les soins sont confiés aux IDEL et les pansements sont fait conjointement une fois par semaine

Réponse de M. L. Le Bihan :

Peut-on se procurer les documents sujet sur les escarres ?
Sur le site de la société française de l'escarre : www.escarre-perse.com/escarres (il est en cours de modification pour que de nombreux docs soient disponibles pour tous gratuitement)
Lomig a parlé de protection cutanée cavillon + film. De quel type de film s'agit-il ? Le cavillon ne

peut-il pas suffire ?
Le cavillon est un protecteur cutané qui se suffit à lui-même sous réserve qu'il n'y ait pas de lésions cutanées (plaies). Dans le topo TPN en secteur Covid, j'ai parlé de l'utilisation du Cavillon en protection cutanée avant l'application du film transparent de la TPN (collant), le Cavillon joue alors un rôle de protection et optimise l'adhésion du film à la peau pour obtenir une meilleure occlusivité de la TPN.
Les effleurages sont-ils toujours indiqués ? La toilette ne suffit -elle pas ?
Oui car favorisent la surveillance cutanée des zones à risques et permet une oxygénation tissulaire par effet mécanique et chimique (si Sanyrène). La prévention du risque d'escarre fait partie du rôle propre IDE, La toilette est indispensable mais l'association d'une prévention d'escarre comme l'est l'effleurage permet d'optimiser cette prévention
Les dispositifs de pansements non remboursés à ce jour concernent pansements de prévention ?
Oui pas de pansement remboursé à ce jour à l'indication de prévention des escarres
Qu'est-ce que le lipofilling ?
Injection de graisse en zone sous cutanée pour permettre un effet matelassage
Pouvons-nous avoir les différents matelas avec leurs indications ?
Il existe de nombreux organigrammes permettant d'aider aux choix du matelas/coussin, avec des recommandations : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf
Problème de sevrage du support à air consécutif à un temps très long d'alitement ? oui ou non, d'accord pas d'accord ???
Non pas de notion de problème de « sevrage », mais un risque cutané possible en lien avec le changement de matelas (moins efficace, augmentation du risque). Une Solution ? Etre progressif dans la remise en charge, 1er lever avec surveillance médicale (IDE, kiné et bas de contention)
Idem au carré dans le lit, pas de drap housse sur un matelas à air ?
En effet il faut limiter sur les supports de prévention (matelas et coussin) les surépaisseurs
L'alitement strict est-il indispensable ? Oui en cas d'escarre ischiatique et ou en zone sacrée basse, sous réserve d'une acceptation (explication+++) du patient // qualité de vie ?
Forcément, il s'agit d'une contrainte, l'alitement étant très compliqué à mettre en place pour des patients vivant seul ou peu entourés, rôle des hospitalisations complètes ?
Peut-on mettre une contention veineuse si présence d'une escarre talonnière ?
Oui, seule indication à la pose d'une bande de contention sans prise du talon.
Pansement hydrocellulaire 5 couches ?
Oui les hydrocellulaires de classe II type aquacel foam pro, mepilex border etc qui possèdent 5 couches dans leurs compositions.
Les nappes de pressions ne peuvent être utilisé que par les ergothérapeutes ou IDE ou Kine peuvent il le faire ?
Oui ils peuvent être fait par tout professionnel de santé sous réserve d'une utilisation respectant les consignes du fabricant et d'avoir été formé à son utilisation

Grand débat : peut-on utiliser d'autre dispositif sur un matelas a air ?
Il faut en effet limiter l'utilisation de dispositifs supplémentaires au strict nécessaire. Donc à l'utilisation de supports de décharges indispensables (coussin de positionnement chez patients rétractés...) en s'assurant de ne pas recréer d'appuis
Avec un PST au sacrum en prévention n'y a-t-il pas un risque de macération avec les selles et les urines ?
Oui il existe un risque si le pansement est souillé, il faut alors le changer. Mais surtout se poser la question de la gestion de la continence
Patient avec pénilex DAI importante douloureuse patient incontinence suite à une prostatectomie radicale que précisez-vous ?
Difficile de répondre sans photo, sans connaissance des commorbidités.... Un protecteur cutané ayant l'indication des DAI sévère (dermabrasions) : escarProtect, Aldanex ou Cavilon Advance
Y a-t-il un intérêt à mettre un coussin de décharge sur un matelas à air quand escarre talon ?
Oui sous réserve de ne pas recréer d'autres appuis et de respecter le confort du patient. Sinon chausson Care ProtectPedi. Intérêt ++ d'un avis ergothérapeute.
Patient d'une maladie de charcotpris en charge en HAD et depuis quelques mois se plaint que son Matelas a air ne lui convient plus se sent mal dedans. Que pourrait on lui proposer pour améliorer son confort (A déjà la catégorie la plus élevé) ? est-ce que ça a une durée de vie ? (1ans de mise en place du matelas a air)
Pourquoi ce patient a-t-il un matelas à air ? Quel niveau de risque cutané ? A-t-il une plaie ? Si ce n'est pas le cas peut-être faut-il changer de type de matelas pour un mémoire de forme associé à des changements de position par exemple ?
Effleurage gant ou pas ?
Non, avec gants seulement si risque d'exposition à un liquide biologique (fuites de selles...), les gants rendent ce soin possiblement inconfortable
A quel moment on décide de retirer le matelas à air. Dans la pratique, il n'est quasiment pas envisagé ?
Lorsque le patient est cicatrisé et que le niveau de risque le permet (Cf. échelles d'évaluation du risque d'escarre). Concrètement lorsque votre patient va mieux, qu'il est plus mobile...

Accès au serious Game 2.0 sur les escarres (Dr M. Wiser) :

Pour le jeu : Sauvemapeau2.fr

Ou accessible au dom tom

Version smartphone dispo sur plateforme depuis qq jours