

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_00000909
	Approbateur : ROLET Sylvie	Version n° 1.0
<h2>Technique clinique de réfection de base d'un pansement de plaie cutanée</h2>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 05/04/2023

1. Résumé

Une plaie correspond à une interruption du revêtement cutané.

On distingue deux types de plaies : aiguë et chronique. Une plaie chronique peut être définie comme une plaie qui ne passe pas par les phases normales de la cicatrisation de manière ordonnée et opportune, souvent non fermée après 6 à 8 semaines. Fréquemment, les plaies chroniques sont bloquées dans la phase d'inflammation de la cicatrisation ⁽¹⁾.

Le potentiel de guérison d'une plaie va dépendre des conditions locales et de l'état général du ou de la patiente ; le processus de cicatrisation comprend quatre phases. Le recueil de donnée (DPI pour les HUG) relatif à l'état et l'évolution des plaies est une composante essentielle d'un bon suivi.

Le traitement des plaies vise à :

1. Maintenir, par le pansement, un milieu humide favorable à la cicatrisation sans provoquer une macération du pourtour de la plaie
2. Diminuer la charge bactérienne de la plaie et sa contamination afin d'en prévenir l'infection
3. Limiter l'usage d'antiseptique, particulièrement en cas de plaies chroniques
4. Prévenir la douleur induite occasionnée par la plaie ou le pansement en choisissant le matériel adapté et en planifiant l'antalgique dans le respect du délai d'action
5. Éviter les frottements et les appuis tout au long de la cicatrisation
6. Préserver l'épiderme du pourtour de la plaie
7. Veiller à ce que le patient reçoive une hydratation et un apport protéino-énergétique suffisants

2. Cadre de référence

- Procédure institutionnelle Recommandation clinique, principes généraux pour les soins de plaies
- Procédure institutionnelle Escarres, Recommandations et traitements HUG
- [Tableau antiseptiques HUG](#)
- [Prévention et gestion des plaies Wounds Canada](#)
- [European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance, Prévention et Traitement des Plaies de Pression 2019](#)
- Brochure institutionnelle Le bon antalgique au bon moment HUG
- [Documentation standardisée des plaies, SAfW-romande.ch](#)

3. Définitions (objet et contexte)

Une plaie est une interruption de la continuité du revêtement cutané, le pansement, aura, entre autres objectifs, de maintenir un milieu humide favorable au processus biologique de la cicatrisation.

4. Indications

La réfection du pansement a lieu selon le protocole de soins établi et sur ordre médical. Les propositions thérapeutiques des consultants sont à mettre en perspective avec la singularité de la situation du patient et c'est à l'équipe médico-soignante d'en juger la pertinence.

5. Contre-indications

Intolérance ou allergie à un produit utilisé lors du pansement.

6. Précautions / prévention

Le texte ci-dessous décrit le déroulement général de la réfection d'un pansement. D'autres protocoles peuvent comporter des différences.

7. Matériel

- Solution hydro-alcoolique pour les mains
- 1 set pansement type 2
- Liquide de rinçage (1 flacon de NaCl 0.9%, 250 ml au moins) et une solution antiseptique selon prescription
- La plupart des plaies peuvent être douchées à l'eau courante
- Compresses stériles et/ou pansement absorbant (voir type Dakin)
- Ecouvillon standard (si nécessaire)
- 1 protection imperméable et absorbante pour le lit
- 1 paire de gants non stériles
- Adhésif (type Micropore®)
- Une règlette de mesure pour évaluer l'étendue de la plaie (QUALIAC article no 451636-2016-règles des plaies)
- Matériel pour laver la plaie et le pourtour à l'eau savonneuse
- Les dispositifs médicaux sélectionnés pour traiter la plaie selon recommandations, prescriptions.

8. Déroulement

1. Prescrire et planifier (respect des délais d'action) les traitements pour soulager la douleur induite. (cf. Le bon antalgique au bon moment HUG)
2. Décoller doucement le pansement à changer, tirer délicatement en maintenant la peau afin d'éviter d'arracher l'épiderme et le tissu de granulation. Si nécessaire humidifier abondamment le pansement avec du NaCl 0.9% ou la douche ou utiliser un produit spécial décollement sous forme de spray ou de lingettes (Esenta® medical adhesive remover).
3. Donner du temps à ces produits pour agir. En remettre au besoin.
4. Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ou mieux avec la douche à l'eau tiède durant 5 minutes ou encore par instillation de NaCl 0,9% avec une aiguille boutonnée, un cathéter intraveineux, un cathéter vésical à usage unique s'il y a une cavité.
5. Sécher les berges en les tamponnant.

Technique clinique de réfection de base d'un pansement de plaie cutanée

6. Pour les sutures chirurgicales : se conformer aux usages du service (à voir avec les chirurgiennes et chirurgiens)
7. Réaliser une antiseptie pour les plaies aiguës ou les plaies chroniques infectées ou fortement colonisées (inflammation, œdème, douleur, fièvre, exsudat suspect, mauvaise odeur). A noter qu'en raison de leur effet toxique sur les cellules cutanées, notamment les fibroblastes, les antiseptiques, s'ils sont utilisés devraient l'être le moins longtemps possible pour ne pas ralentir le processus de cicatrisation. (2, 3).
8. Pour rappel, le nettoyage (le cas échéant l'antiseptie) va du plus propre au plus sale.
9. Sécher les berges en les tamponnant.
10. N'utiliser qu'un type d'antiseptique pour un soin de plaie.
11. Se référer à : tableau des antiseptiques admis aux HUG pour les soins aux patients et patientes.
12. Le pansement de recouvrement doit dépasser les bords de la lésion de 2 à 3 cms pour protéger les pourtours; le bord extérieur de la cicatrice peut être séché si nécessaire pour une meilleure adhésion.
13. Fixer le pansement :
14. Sur les membres de préférence avec des bandes non tendues ni serrées, utilisées sur de large surface afin de ne pas faire garrot. Fixation avec du sparadrap (sans crochet)
Un sparadrap doux et hypoallergénique (type Micropore®) posé sur une peau saine et à distance de la lésion (tenir compte des peaux fragilisées).

9. Contrôle et surveillance

Surveillance du pansement

- Douleur
- Étanchéité
- Confort et mobilité du patient
- Tenue

Changement du pansement

Un prélèvement bactériologique n'est effectué que devant une suspicion d'infection et sur ordre médical.

Cliniquement, les signes fréquents, mais non exhaustifs, d'infection d'une plaie sont ⁽¹³⁾ : Rougeur, augmentation de la température cutanée locale, pus/abcès, modification de l'exsudat, dégradation de la plaie, apparition d'odeur nauséabonde, augmentation de la douleur.

Diverses techniques de prélèvements existent. Aux HUG, le frottis est effectué après rinçage au NaCl 0.9% pour éliminer les souillures superficielles mais avant désinfection de la plaie. L'écouvillon ne touchera pas les bords de la plaie, il sera passé en zigzag sur la plaie tout en étant tourné entre les doigts.

10. Education du et de la patiente

La ou le patient doit être informé du but et du déroulement soin, il ou elle doit y avoir consenti.

Elle ou il doit être encouragé à communiquer rapidement à un ou une professionnelle de santé tout changement relatif à sa plaie (douleur, écoulement, odeur...) et/ou à son état de santé (nouveau diagnostic, décompensation d'une maladie chronique, changement de médicaments, ...).

Par ailleurs, il doit pouvoir indiquer son degré de satisfaction par rapport au traitement entrepris.

11. Elimination des déchets

Décontamination du matériel :

- [Elimination \(déchets et excreta\)](#)
- [Filière Déchet infectieux](#)

12. Références

1. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. Adv Wound Care (New Rochelle). 2015 Sep 1;4(9):560-582. doi: 10.1089/wound.2015.0635. PMID: 26339534; PMCID: PMC4528992.
2. Manuel Rueda-Fernández et al., Effect of the most common wound antiseptics on human skin fibroblasts, Clinical and Experimental Dermatology, Volume 47, Issue 8, 1 August 2022, Pages 1543–1549, <https://doi.org/10.1111/ced.15235>
3. Marquardt C, et al. Evaluation of the tissue toxicity of antiseptics by the hen's egg test on the chorioallantoic membrane (HETCAM). Eur J Med Res. 2010 May 18;15(5):204-9. doi: 10.1186/2047-783x-15-5-204. PMID: 20562059; PMCID: PMC3352009.

13. Auteurs

VUAGNAT Hubert, médecin responsable, direction des Soins, Programme plaies et cicatrisation HUG

14. Relecture et validation

DI TOMMASO Sébastien, infirmier spécialiste clinique, direction des soins
BURDET Gilles, infirmier spécialisé, direction des soins
CHOUTKO Sandra, infirmière spécialiste clinique, direction des soins
JOSSERAND Céline, infirmière spécialisée, direction des soins
AVRAMOVA Vesselina, infirmière, direction des soins
Référentiel Médico-Soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.