



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

étude

Le **toucher** pour prévenir la douleur lors de l'ablation d'un drain

■ Une étude a été menée en 2010-2011 pour évaluer l'efficacité du "toucher conscient" pour prévenir la douleur provoquée par l'ablation du drain de Redon chez les patients opérés d'une première prothèse totale de hanche ■ Les résultats montrent que le score de douleur est significativement plus bas chez les patients bénéficiant de ce toucher ■ Cette étude ouvre la voie à d'autres travaux de recherche sur la prévention de la douleur lors des soins.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – douleur ; drain de Redon ; étude ; prévention ; prothèse totale de hanche ; toucher conscient

Using touch to prevent pain during the removal of a drain. A study was carried out in 2010-2011 to assess the effectiveness of "conscious touch" in preventing the pain caused by the removal of the Redon drain in patients having undergone a hip replacement. The results show that the pain rating is significantly lower in patients having received this touch. This study opens the way for further research work on the prevention of pain during nursing procedures.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – conscious touch; hip replacement; pain; prevention; Redon drain; study

Une étude a été menée en 2010-2011¹, afin d'évaluer l'efficacité du toucher concernant la diminution de la douleur provoquée par l'ablation du drain de redon après intervention chirurgicale pour prothèse totale de hanche (PTH). Elle s'inscrit dans le cadre du programme de lutte contre la douleur 2006-2010, et plus spécifiquement l'axe 4 qui précise que « le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces » [1].

PLACE DU TOUCHER DANS LE SOIN

■ Dans une recension des écrits en sciences infirmières [2],

différentes typologies du toucher ont été établies à partir de l'analyse de situations de soins infirmiers. Ont été mis en évidence plusieurs types de toucher qui varient selon l'intention du soignant :

- le **toucher procédural** et non nécessaire [3] ;
- l'**existence de six symboles tactiles lors de l'acte du toucher** [4] : la durée, la localisation, la manière, l'intensité, la fréquence, la sensation ;
- le **toucher réconfortant**, relationnel [5].

Le toucher est utilisé couramment et depuis longtemps par les personnels soignants. Son efficacité est reconnue cliniquement. Tout professionnel amené à réaliser un soin à un patient a recours au toucher pour le réaliser. Généralement, le toucher est en priorité un moyen de communication non verbale.

■ « **Les infirmières et les aides-soignantes sont d'autant plus concernées par le toucher** que plus de 85 % des soins infirmiers nécessitent d'y avoir recours » [6]. Il implique une dimension relationnelle, d'écoute dans la réalisation du soin : « le toucher accompagne la parole et renforce la congruence du message » [7]. Une relation de confiance s'instaure alors entre le soignant et le soigné. Or cette relation de confiance est souvent indispensable pour favoriser un soulagement rapide du patient. La conscience de ces types de toucher et de leur signification permet aux infirmiers d'améliorer la valeur thérapeutique de ce sens kinesthésique et d'utiliser le toucher réconfortant, relationnel en qualité d'acte infirmier. De ce fait, le toucher est utilisé par les soignants comme vecteur

PASCALE THIBAUT^a
Cadre supérieur de santé,
responsable pédagogique

AURÉLIEN GUION^{b,*}
Cadre de santé

^aAmae-Santé, 4, rue Pierre-Brossolette, 92130 Issy-les-Moulineaux, France

^bGroupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France

NOTE

¹ Cette étude a été élaborée dans le cadre d'un appel à projet de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
aurelienguion@gmail.com
(A. Guion).

de détente, de mieux-être et de prévention de la douleur chez le patient. C'est un outil simple d'utilisation, complémentaire pour une meilleure prise en charge de la douleur.

Mécanismes d'action

■ **Le toucher joue un rôle lors d'une agression douloureuse** par un processus physiologique. Cet élément a été mis en évidence dans la théorie du "gate control" (ou théorie du portillon). Les stimulations cutanées augmentent l'activité des fibres de gros diamètre (A α et A β) et selon la théorie du "gate control", ces dernières inhibent la transmission de l'information de la douleur véhiculée par les fibres de petit diamètre A δ et C. Une autre composante de cette inhibition est la diminution des réflexes moteurs (augmentation du tonus musculaire) et sympathiques (vasoconstriction puis vasodilatation) dans le territoire douloureux ou lésé. De plus, le toucher entraînerait la libération d'hormones (endorphines) qui anesthésieraient la douleur [8].

■ **Par ailleurs, des chercheurs suédois ont démontré l'efficacité d'une simple caresse pour soulager la douleur.** Grâce à une technique de micro-neurographie, ils ont mis en évidence que « les signaux qui indiquent que quelqu'un nous caresse vont directement au cerveau et ne sont même pas bloqués par les éventuels signaux de douleur que perçoit la même région du cerveau. C'est plutôt le contraire qui se produit, les impulsions résultant des caresses amortissent les impulsions de douleurs » [9]. Le délai d'action habituel du toucher est instantané.

Le toucher conscient

■ **La modalité non pharmacologique utilisée dans cette étude** est le "toucher conscient". Celui-ci consiste pour le soignant qui le réalise à fixer son attention sur sa relation tactile avec le patient à différents moments du soin, dans le but de diminuer la douleur pendant la réalisation du soin douloureux par un autre soignant. Ce type de toucher permet de réaliser une prise en charge de la douleur plus globale et complémentaire au traitement médicamenteux.

■ L'utilisation du toucher

Le toucher entraînerait la libération d'endorphines qui anesthésieraient la douleur

ajoutée à l'administration d'un traitement antalgique standard lors de l'ablation d'un drain de redon pourrait permettre de réduire de façon significative l'intensité de la douleur ressentie par les patients bénéficiant de ce geste *versus* l'ablation du redon sous traitement antalgique standard. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'études ayant évalué cette technique dans le cadre d'un soin douloureux.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

■ **Tous les patients opérés d'une PTH sont porteurs d'un drain de redon. Or ils redoutent souvent l'ablation de celui-ci.** En effet, ce geste, bien que rapide, peut provoquer une douleur aiguë par excès de nociception. À cette douleur s'ajoutent celles liées à l'ablation et la réfection du pansement, ainsi qu'à la mobilisation nécessaire pour ce soin. Ce redon est enlevé à J2 postopératoire

lors de la réfection du 1^{er} pansement.

■ **L'étude a fait suite à une enquête** menée dans le service d'orthopédie de l'hôpital Paris-Saint-Joseph (75) concernant l'utilisation du toucher comme moyen de prévention de la douleur par l'équipe soignante. Cette dernière a permis de confirmer l'intérêt des infirmiers et aides-soignants (AS) pour l'intégration de cette méthode comme moyen antalgique.

■ **L'étude présentée cherchait à évaluer le niveau de la douleur** provoquée par l'ablation du redon lors du 1^{er} pansement d'une PTH chez un patient recevant une analgésie médicamenteuse standard (paracétamol 1g, anti-inflammatoire 100 mg).

En effet, il n'existait, à notre connaissance au moment de sa réalisation, aucune référence concernant les scores d'évaluation de la douleur provoquée par ce geste. Cette évaluation a été réalisée à l'aide de l'échelle numérique (EN). La mesure de la douleur a été prise en considération avant, pendant, et après le soin auprès de 30 patients. Afin d'identifier un éventuel lien entre anxiété et douleur lors du geste, l'anxiété du patient a également été évaluée avant le soin par une échelle verbale. Ces préalables ont permis de mettre en œuvre le protocole de recherche à partir de février 2011.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

■ **Cette étude avait pour objectif principal** de démontrer que le "toucher conscient" associé à une analgésie pharmacologique lors de l'ablation

de drain de redon contribue à réduire significativement l'intensité de la douleur provoquée par ce geste comparé à l'utilisation d'une analgésie pharmacologique seule.

■ **Elle a permis également d'évaluer le niveau d'anxiété des patients** avant l'ablation du drain de redon, lors du premier pansement. Elle a comparé, dans les deux groupes avec et sans toucher, le taux de patients non douloureux, ($EN \leq 3/10$), la consommation de morphine intraveineuse (mg) en titration nécessaire pour obtenir une analgésie efficace, la tolérance au traitement, le taux de satisfaction des patients et celui des soignants.

■ **Le critère d'évaluation principal** était l'intensité de la douleur évaluée par l'EN lors de l'ablation du redon.

■ **Les critères d'évaluation secondaires** étaient le taux de patients non douloureux ayant un score $EN \leq 3/10$ lors du soin, la consommation de morphine totale (mg) ou autres antalgiques, le taux d'effets indésirables, le taux de patients satisfaits, le taux de soignants satisfaits et la mesure du niveau d'anxiété lors du soin.

■ **Il s'agit d'une étude monocentrique randomisée en simple aveugle** en deux groupes parallèles :

- **groupe I** : analgésie médicamenteuse standardisée + toucher conscient ;
- **groupe II** : analgésie médicamenteuse seule.

Le tirage au sort a été effectué au préalable par une personne extérieure au service et à l'étude, parmi des enveloppes numérotées de 1 à 70 avec dans chacune d'elles le recueil de données et le protocole à réaliser. L'enveloppe a été ouverte dans la chambre du patient par l'AS qui découvre le protocole.

■ **La durée totale de l'étude** a été de 5 mois (période d'inclusion, de février à juin). La durée de participation pour un patient était de 2 heures maximum. Un centre a participé à l'étude et le nombre moyen d'inclusions a été de 15 par mois.

Niveau de douleur et d'anxiété lors de l'ablation du drain

■ **La première étape de l'étude** a consisté à identifier le niveau moyen de douleur provoquée par l'ablation du drain de redon lors d'une PTH. Trente patients capables de s'auto-évaluer avec l'EN (0 à 10) ont été inclus afin d'identifier leur niveau de douleur avant le soin, lors du retrait du pansement, lors du retrait du redon et après le soin. Parallèlement, l'anxiété de ces patients a été évaluée avant le soin grâce à une échelle verbale demandant au patient s'il était « détendu, inquiet, très inquiet, extrêmement inquiet ». Les résultats ont mis en évidence que 8 patients évaluaient leur douleur $> 4/10$ avant le soin ; 16 avaient un score de douleur $> 4/10$ lors de l'ablation du redon. L'intensité moyenne de la douleur lors de l'ablation du redon était de 3,9/10 (annexe 1).

■ **Concernant le niveau d'anxiété avant le soin** : 12 des 16 patients présentant un score de douleur $> 4/10$ lors de l'ablation de redon ont déclaré être « inquiets » voire « très inquiets » avant le soin. Compte tenu de ces résultats, il a été confirmé que ce geste justifie une prise en charge antalgique spécifique. Classiquement, celle-ci consiste en l'administration de produits médicamenteux qui pourrait être renforcée par l'introduction de moyens non pharmacologiques. Parmi ceux-ci, le « toucher conscient » est une

technique décrite par plusieurs auteurs et qui semble pouvoir s'adapter à la prévention de la douleur liée à ce geste.

Protocole de réalisation du soin

Le toucher utilisé lors de l'ablation du redon est un « toucher conscient ». Pour favoriser son efficacité, le toucher est un contact direct peau-à-peau (c'est-à-dire sans gant). Tous les soignants amenés à réaliser ce soin ont été formés avant le début de l'étude. L'analgésie standardisée, comprenant Dafalgan® 1g et Bi-profénid® 100 mg, a été administrée au minimum 60 minutes avant le soin. Le toucher a été débuté 2 minutes avant le retrait du redon. Tous les patients ont bénéficié d'une surveillance comprenant la mesure de la fréquence cardiaque (FC), de la pression artérielle (PA) et de la fréquence respiratoire (FR), 1 fois/jour entre 7 h 30 et 8 h 30, et plus selon prescription médicale. L'intensité de la douleur a été mesurée avant le soin, pendant le soin (juste avant et juste après l'ablation du redon), et à la fin du soin par l'infirmière.

Groupe sans toucher (GST)

■ **Le soin a été réalisé par un infirmier diplômé d'État (IDE) et une AS**. L'IDE a prévenu le patient 5 minutes avant le début du soin. Il a évalué le niveau d'anxiété et l'intensité de la douleur du patient avant le soin. Le patient a ensuite été installé par l'AS, soit en décubitus latéral, soit dans une autre position confortable, en fonction de la voie d'abord chirurgicale, postérieure ou antérieure, un oreiller entre les jambes. Il a été précisé au patient qu'il pouvait arrêter provisoirement le soin si une vive douleur apparaissait.



© DOCKSTOCK/T. MAYER / BSI

■ Les modalités de réfection du pansement ont suivi le protocole du service.

Pendant que l'AS maintenait le patient en position confortable, le redon a été retiré en aspiration après section du fil le maintenant. Puis l'IDE a effectué une compression à l'aide d'un matelas de compresses sur l'orifice et a remis un pansement propre. Le patient a été réinstallé par l'AS.

■ **À l'issue du soin**, l'IDE a demandé au patient d'évaluer son niveau de douleur (avec échelle numérique – EN) pendant l'ablation du pansement, au moment de l'ablation du redon et à l'issue du soin. Elle a évalué également le niveau de satisfaction globale du patient et le sien concernant la réalisation de l'acte (*annexe 2*).

Groupe avec toucher (GT)

■ **Le soin a été réalisé par un IDE et une AS.** L'IDE a prévenu le patient 5 minutes avant le début du soin. Elle a évalué le niveau d'anxiété et l'intensité de la douleur du patient. Puis l'AS est entré en contact

de façon tactile par un geste conscient (poser la main sur l'épaule du patient, prendre la main du patient). Lors de l'installation du patient, une main de l'AS a été positionnée sur l'épaule du patient, une autre en bas de la cuisse pour l'accompagner soit lors de la mise en décubitus latéral, soit dans une autre position confortable, en fonction de la voie d'abord chirurgicale, postérieure ou antérieure (un oreiller entre les jambes). Si le patient était laissé en position dorsale, l'AS gardait le contact main sur l'épaule et indiquait sa présence. Lorsque l'IDE expliquait que le pansement allait être retiré, l'AS gardait le contact avec un toucher conscient sur l'épaule du patient. Il a été précisé au patient qu'il pouvait arrêter le soin à tout moment si une vive douleur apparaissait.

■ **Lors de l'ablation du pansement**, l'AS a fait légèrement pression sur la cuisse opposée à chaque fois que l'IDE retirait une partie de l'adhésif du pansement. L'AS a toujours gardé

le contact. Le redon a été retiré en aspiration après section du fil le maintenant. L'AS a gardé une main posée sur la hanche ou la cuisse avec une légère pression. Puis l'IDE a effectué une compression à l'aide d'un matelas de compresses sur l'orifice et remis un pansement propre. L'AS a gardé un toucher conscient en dehors de la zone de pansement. Le patient a été réinstallé, accompagné par un toucher soutenu (par exemple, serrer la main du patient avec ses deux mains). L'IDE a demandé au patient d'évaluer son niveau de douleur (EN) pendant l'ablation du pansement, au moment de l'ablation du redon et à l'issue du soin. Elle a évalué également son niveau de satisfaction globale ainsi que le sien (*annexe 3*).

Calcul du nombre de sujets

■ **Selon l'étude préliminaire**, la moyenne de l'intensité de la douleur sur l'EN lors du retrait du redon en l'absence de toucher est de $3,9 \pm DS$ cm. Pour cette étude, il a été émis l'hypothèse d'une différence brute de 1,3 cm du GST par rapport au GT. En situation bilatérale avec $\alpha=5\%$ et une puissance de 80 %, 30 sujets par groupe au minimum sont nécessaires. En tenant compte de 10 % de sujets non évaluables, 70 patients au total devront être randomisés (soit 35 patients par groupe).

■ Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- patients de 50 à 85 ans pris en charge en orthopédie et ayant bénéficié d'une pose de PTH ;
- patients bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale ou ayant droit (sauf aide médicale de l'État – AME) ;
- patients ayant signé le consentement ;

• **intensité de la douleur spontanée** (avant le soin) inférieure à 3/10.

■ **Les critères de non-inclusion ont été les suivants :**

- **patient sceptique ;**
- **douleur chronique** ou traitement antalgique chronique ;
- **douleur neuropathique ;**
- **patient incapable d'évaluer l'intensité douloureuse** avec l'EN ;
- **réalisation d'une analgésie locorégionale ;**
- **obésité** (*Body Mass Index* – BMI > 35 kg/m²) ;
- **intensité de la douleur spontanée** (avant le soin) supérieure à 3/10.

■ **La méthode d'allocation des patients aux groupes avec toucher et sans toucher a été réalisée par une personne extérieure au service**, un numéro correspondait au groupe sans toucher ou avec toucher. Une table de nombres aléatoires a déterminé la séquence de randomisation utilisant un schéma strict afin d'assurer une répartition égale en nombre entre les deux groupes. Le nom du groupe à assigner était contenu dans une enveloppe cachetée ouverte au moment de l'inclusion. Les patients éligibles après inclusion appartenaient soit au GT, soit au GST.

Critère de jugement principal : mesure de l'intensité de la douleur

Le critère de jugement principal était l'intensité douloureuse lors du retrait du redon. La douleur était mesurée avec une EN de 0 à 10. Il était demandé au patient le niveau de douleur entre 0 et 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte qu'il puisse imaginer. L'évaluation de l'intensité de la douleur avec EN était réalisée sur 4 temps :

- **T0** : avant le soin ;
- **T1-T2** : vécu du soin lors du retrait du pansement et lors du retrait du drain de redon ;
- **T3** : après le soin ;
- **T4** : 2 minutes après le soin, pansement fait et patient repositionné.

Les moyennes de l'EN obtenues dans chacun des groupes ont été comparées.

Critères de jugement secondaires

Pour chaque patient, dans les deux groupes ont également été notés :

- **le niveau d'inquiétude du patient** avant le soin sur une échelle de Likert (très inquiet, inquiet, peu inquiet, pas du tout inquiet) ;
- **la consommation d'antalgiques ;**
- **la présence d'effets indésirables ;**
- **la durée de chaque étape** et la durée totale du soin ;
- **le niveau de satisfaction du patient** sur une échelle de Lickert (très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait) ;
- **le niveau de satisfaction du soignant**, de la même manière.

Traitement statistique des données

■ **Des analyses descriptives standard ont été utilisées pour les données démographiques des patients.** Les valeurs continues ont été présentées sous forme de moyenne avec intervalle de confiance à 95%. Les variables quantitatives ont été comparées avec un test *t* de Student. Les données qualitatives ont été présentées en pourcentage et ont été comparées avec un test de Chi Deux. Les tests statistiques étaient considérés comme significatifs pour une valeur de $p \leq 0,05$. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel (Office 2002, Microsoft, NC, USA).

■ **Il a été mesuré**, dans une étude préliminaire, que lors du retrait du redon sans toucher, l'intensité moyenne de la douleur provoquée était de 3,9 [1,8] sur une EN. Ainsi, le toucher permet une réduction de l'intensité de la douleur provoquée au moins de 1,3 cm de différence minimum associée à

TABLEAU 1. Caractéristiques des patients et comparaison entre les 2 groupes.

	GST, N=36	GT, N = 34
Age, ans – Moy [Intervalle de confiance 95%]	65 [62 - 69]	73 [70 - 77]
Sex ratio – F - N (%)	27 (74)	24 (71)
Niveau d'anxiété – N (%) : inquiet à extrêmement inquiet	22 (62)	15 (44)
Durée du soin, min – Moy [IC 95%]	15 [13 - 17]	14 [12 - 16]
Délai antalgique - soin, min – Moy [IC 95%]	155 [137 - 173]	153 [139 - 166]
Antalgiques reçus avant le soin – N (%) :		
paracétamol	35 (97)	31 (91)
anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	4 (11)	4 (12)
autres	10 (28)	10 (29)
Nombre d'antalgiques par patient avant le soin – N (%) :		
aucun	1 (3)	0
1	23 (64)	22 (65)
2 à 3	12 (33)	11 (32)

Les données qualitatives ont été comparées avec un test de Chi Deux et les données quantitatives par un Test *t* de Student.
GST : groupe sans toucher ; GT : groupe avec toucher.

RÉFÉRENCES

- [1] Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. 2006-2010, p. 26. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- [2] Saint-Pierre C, Vinit F. Cahier 8. Le toucher dans les soins infirmiers regard croisé entre discipline infirmière et anthropologie. Université du Québec en Outaouais; 2006. http://w3.uqo.ca/giress/docs/cahier8_toucher.pdf
- [3] Barnett K. A theoretical construct of the concepts of touch as they relate to nursing. *Nurs Res.* 1972;21(2):102-10.
- [4] Weiss. The language of touch. *Nurs Res.* 1979;28(2):76-80.
- [5] Bottorff JL. The use and meaning of touch in caring for pt with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1993;20(10):1531-8.
- [6] Fedor MC, Grousset S, Leysene-Ouvrard C, Malaquin-Pavan E. Le toucher au cœur des soins, Guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers; 2007. <http://www.sfap.org/pdf/III-G8b-pdf.pdf>
- [7] Coll. Points de vue croisés de professionnels du soin autour du toucher. *Soins* 2009;54(737):34-6.
- [8] Fouilladieu JL. Des méthodes non-pharmacologiques. Prise en charge de la douleur en soins infirmiers. Paris: Faculté de médecine Cochin-Port-Royal, Université René Descartes; 2008. [cours de DU]
- [9] Loken-Wessberg. Pouvoir d'une simple caresse sur le soulagement de la douleur d'un patient. Académie de Gothenburg, Avril 2009.

ANNEXES. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Les matériels complémentaires (Annexes 1, 2, 3, 4) accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2014.01.015>.

Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

TABLEAU 2. Évolution de l'intensité douloureuse et comparaison entre les 2 groupes.

	GT	GST
EN0 moy (IC 95%)	1,9 [1,3 – 2,4]	1,7 [1,0 – 2,1]
EN1 moy (DS)	1,7 [1,2 – 2,2]	1,7 [1,1 – 2,2]
EN Redon moy (DS)	1,8 [1,4 – 2,3]	4,3 [3,7 – 4,9]
EN3 moy (DS)	1,8 [1,3 – 2,4]	1,7 [1,1 – 2,3]

GST : groupe sans toucher ; GT : groupe avec toucher ; IC : intervalle de confiance ; DS : déviation standard ; EN : échelle numérique.

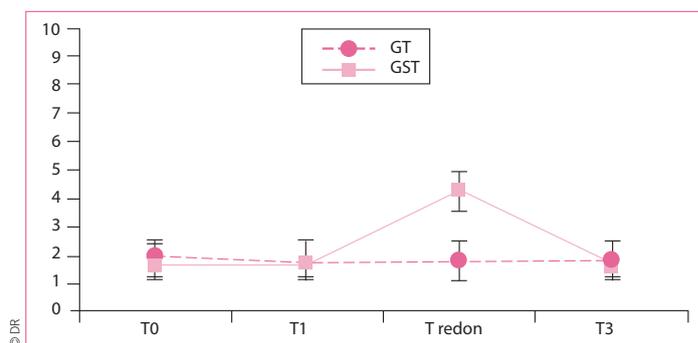


Figure 1. Évolution de l'intensité de la douleur aux différents temps du soin.

une variation clinique perceptible par le patient [5].

■ **En test unilatéral** avec un risque α de 0,05 et un risque β de 0,20, le nombre de sujets nécessaire était de 30 par groupe soit 60 en tout. En tenant compte de 10% de sujets non évaluables, 70 patients au total devaient être randomisés (soit 35 patients par groupe).

■ **Caractéristiques générales :** 70 patients ont été inclus, 34 dans le GT et 36 dans le GST. Concernant les caractéristiques générales, les patients des deux groupes différaient par l'âge, ceux du GST étant significativement plus jeunes. Il n'existait pas de différence significative concernant les autres caractéristiques générales (tableau 1).

■ **L'intensité de la douleur** lors du retrait du redon est significativement plus basse dans le groupe GT. Il n'existe pas de différence significative aux autres temps de l'évaluation (figure 1). Les résultats sont présentés

en moyenne et intervalle de confiance à 95% (tableau 2).

■ **Cette étude comporte quelques limites.** En pratique, après randomisation du patient, l'AS et l'IDE réalisant le soin connaissaient le groupe d'appartenance du patient. L'évaluation de la douleur lors du retrait du redon était effectuée par l'IDE réalisant le soin ainsi que toutes les autres évaluations incluses dans la fiche de recueil de données. En effet, il n'y a pas eu, dans ce travail, d'AS ou d'infirmière extérieures au soin pour évaluer la douleur.

CONCLUSION

■ **Ces résultats montrent que le "toucher conscient" semble améliorer l'analgésie** lors du retrait d'un drain de redon. Ce travail permet de mettre en évidence une réelle efficacité du toucher comme moyen non pharmacologique de prévention de la douleur lors de

l'ablation d'un drain de redon après pose de prothèse totale de hanche. En effet, le score de douleur moyen pour ce soin s'est révélé nettement supérieur dans le GST (4,3) que dans le GT (1,8). C'est la première fois qu'une telle démonstration est faite. Les résultats de ce travail démontrent à quel point le toucher peut être important dans une prise en charge globale de la douleur. La prise de conscience du toucher et de son efficacité par les soignants du service au cours de ce travail leur a permis d'intégrer cette pratique comme un réel acte infirmier (annexe 4).

■ **Les résultats permettent d'envisager de poursuivre la réflexion** sur la place du toucher dans les soins, et plus spécifiquement son utilisation comme méthode non pharmacologique de prévention des douleurs. En effet, le développement de méthodes non médicamenteuses constitue une priorité et la réalisation de ce type de recherche doit inciter l'équipe soignante à poursuivre ses travaux, afin d'être en mesure de proposer au patient un choix de moyens non médicamenteux lors de la survenue d'un événement douloureux. ■