



Chapitre 33

La douleur induite par les soins

A. RICARD-HIBON

Points essentiels

- La douleur induite par les soins est fréquente et insuffisamment évaluée et prise en compte.
- C'est une problématique qui concerne l'ensemble du personnel médical et paramédical des urgences mais également les personnels intervenants aux urgences (chirurgiens, radiologue, anesthésistes, etc.).
- La douleur induite par les soins peut être anticipée, évaluée et traitée.
- Les douleurs induites sont fréquentes en pathologie traumatique, notamment lors de la mobilisation, l'exploration diagnostique clinique ou radiologique et lors de son traitement.
- La prévention de la douleur induite en traumatologie repose prioritairement sur les techniques d'anesthésie locale mais surtout sur l'anesthésie locorégionale, encore sous-utilisée en France. Ces techniques peuvent être associées à l'antalgie médicamenteuse utilisant en particulier le MEOPA et l'analgesie morphinique pour les douleurs intenses.
- Les gestes invasifs aux urgences sont souvent plus douloureux qu'il n'y paraît. Les gestes considérés comme les plus douloureux aux urgences sont : le sondage nasogastrique, les drainages, les réductions de fractures, les sondages urinaires et les ponctions lombaires.
- Ces gestes invasifs peuvent être prévenus efficacement par l'anesthésie locale (AL) topique pour les muqueuses ou l'AL cutanée.
- Pour les douleurs intenses et prolongées ou en cas de détresse vitale réelle ou potentielle, le recours à l'anesthésie générale avec intubation endotrachéale peut se justifier d'emblée.

Correspondance : Dr Agnès Ricard-Hibon – SAMU 95 CHR de Pontoise.
SAU-SMUR CHI des Portes de l'Oise – 6, avenue de l'Île-de-France, 95303 Pontoise Cedex.
Tél. : 01 30 75 40 15 / 01 30 75 42 15 – Fax : 01 30 75 40 13
E-mail : agnes.ricard-hibon@ch-pontoise.fr

1. Définition (1)

La douleur induite par les soins est une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. Elle est à différencier des douleurs iatrogènes qui sont des douleurs provoquées par les soignants ou par un traitement de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises. La douleur provoquée est une douleur intentionnellement provoquée par un soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.

2. Épidémiologie et physiopathologie

La douleur induite est fréquente aux urgences et insuffisamment traitée (2, 4). Deux études françaises récentes : l'étude Paliers (2) et l'étude Dousseur dont les premiers résultats sont présentés ici au congrès Urgences 2014 confirment bien cette fréquence de la douleur induite par les soins aux urgences et de l'insuffisance des moyens de prévention et/ou de traitement de celles-ci. Les douleurs induites sont des douleurs aiguës, mais, au cours du temps le symptôme initial « douleur aiguë » se transforme car le système nociceptif ne reste pas figé dans un état statique mais évolue de façon dynamique avec des modifications biochimiques et électrophysiologiques pouvant à long terme aboutir à une douleur chronique (1).

Les étiologies des douleurs induites aux urgences ont été décrites par Singer *et al.* dans une étude prospective évaluant 1 171 procédures usuelles aux urgences avec une évaluation en aveugle des scores de douleurs évalués par les patients et par les soignants (4). Cette étude apporte deux points essentiels :

- d'une part, la sous-estimation fréquente de l'intensité douloureuse par les praticiens avec une très mauvaise corrélation entre les évaluations des praticiens *versus* les patients ;
- d'autre part, l'identification des gestes les plus douloureux qui ne sont pas – spontanément – ceux que l'on aurait mis en premier lieu : la sonde nasogastrique en premier puis par ordre décroissant le drainage d'abcès, les réductions de fracture, le sondage urinaire et les ponctions lombaires.

3. Prévention et traitement des douleurs induites par les soins

Les situations douloureuses aux urgences peuvent être prévenues mais nécessitent l'implication de tous : praticiens et soignants des urgences mais également les brancardiers et les praticiens impliqués aux urgences comme les chirurgiens, radiologues, anesthésistes, etc. ceci nécessite une organisation pluridisciplinaire intégrée dans une vraie volonté d'établissement, impliquant toute la communauté médicale et paramédicale.

4. En pathologie traumatique

Les urgences traumatiques représentent 30 à 40 % des passages par les urgences chez l'adulte comme chez l'enfant et sont source de douleurs induites fréquentes. En effet, les situations qui génèrent des douleurs induites sont – entre autres : la mobilisation des patients traumatisés, l'exploration, le nettoyage et les sutures des plaies, les examens cliniques et radiologiques des patients traumatisés, les réductions de luxation-fracture, les extractions de corps étrangers,...

L'anesthésie locale est couramment utilisée par les praticiens des urgences mais ne peut être considérée comme la solution idéale pour l'ensemble des douleurs induites. L'anesthésie locorégionale a toute sa place aux urgences et reste encore insuffisamment utilisée (5). Une conférence d'experts commune Sfar-Sfmu en 2002 précise les techniques et les conditions de sécurité nécessaire à la pratique des anesthésies locales et locorégionales aux urgences (6). Ces techniques sont utilisables par le même praticien urgentiste qui effectue à la fois le geste d'ALR et le geste court induisant une douleur. Ce praticien des urgences nécessite pour le faire d'avoir été formé de manière théorique et pratique par des médecins expérimentés. Les techniques utilisables aux urgences sont : le bloc du nerf fémoral (bloc iliofacial le plus souvent) indiqué dans les fractures de la diaphyse fémorale ou du col fémoral, les blocs du pied et de la main (bloc du nerf médian, nerf radial ou nerf ulnaire) pour l'exploration et la suture des plaies de la main et des pieds. La technique de la gaine des fléchisseurs est recommandée pour les gestes courts sur l'index, le majeur et l'annulaire, en lieu et place de l'ancienne technique d'anesthésie par infiltration des blocs digitaux dite « en bague » plus douloureuse et responsable d'accidents ischémiques. Pour le pouce, le bloc de la gaine du long fléchisseur est également préconisée. Pour la face, plusieurs blocs peuvent être utilisés pour l'exploration et la suture des plaies de la face. Une étude française a évalué ces ALR de la face avec un taux de succès plutôt satisfaisant (5). Ces techniques d'ALR de la face ont une balance bénéfice risque plus intéressante que les classiques anesthésies par infiltration des plaies qui deviennent « succulentes et saignantes » rendant la suture plus difficile avec des doses d'anesthésiques qui atteignent parfois les limites des doses toxiques. Ces ALR de la face comprennent : les blocs supra-orbitaire, supra-trochléaires, infra-orbitaire et mentonnier, réalisés de manière uni- ou bilatérales. La lidocaïne 1 % non adrénaline (car dans des zones à vascularisation terminale) à raison de 1,5 à 2 ml par bloc est recommandée.

L'antalgie médicamenteuse repose en tout premier lieu sur le MEOPA (Mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote), aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. C'est un gaz anesthésique et analgésique adapté pour prévenir et traiter les douleurs induites en médecine d'urgence car il ne nécessite pas de pose de voie d'abord et a un effet « on-off » particulièrement intéressant du fait de sa rapidité et de sa courte durée d'action. Administré à l'aide d'un masque, son efficacité analgésique apparaît au bout de 3 min et disparaît dans les 5 minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation. Il a peu de contre-indication et très peu d'effets

secondaires qu'il faut néanmoins connaître. Il est formellement contre-indiqué en cas de traumatisme thoracique ou d'épanchement gazeux et ne doit pas être utilisé lors de température extérieure inférieure à 0 °C en raison d'une inhomogénéité du mélange gazeux.

L'antalgie médicamenteuse utilisant les antalgiques de niveau 1 ou 2 de l'OMS, qu'ils soient pris *per os* ou en intraveineux, nécessite d'en attendre le délai d'efficacité, variable d'un médicament à l'autre, mais pas toujours adapté aux contraintes de « timing » des services d'urgence. En cas de douleurs intenses prévisibles, c'est l'analgésie par morphine titrée qui sera préconisée en première intention ou en association aux techniques d'anesthésie locale ou locorégionale (7, 8). En cas d'analgésie morphinique première avant la réalisation d'une ALR, une surveillance attentive et prolongée sera nécessaire en raison du risque de survenue d'un surdosage après la disparition de l'influx douloureux (ex. fracture fémorale sur les pistes de ski).

Certains gestes très douloureux nécessitent une sédation associée à l'analgésie. La frontière entre sédation dite « légère » et sédation profonde reste très théorique et en pratique il convient d'être très prudent dans les indications et modalités d'emploi des médicaments anesthésiques. La réalisation d'une sédation dans le contexte de l'urgence s'applique à des patients qui sont – par principe – estomac plein et qui sont donc à risques d'inhalation pulmonaire lors de la perte des reflexes des voies aériennes supérieures.

Dans le cas des patients polytraumatisés ou polyfracturés, il est le plus souvent nécessaire d'avoir recours d'emblée à l'anesthésie générale avec intubation orotrachéale afin d'assurer une sédation-analgésie de qualité dans toutes les conditions de sécurité requises (SAUV ou préhospitalier médicalisé). Dans ce cas, l'utilisation des séquences d'induction à séquence rapide est recommandée (8). Elles reposent sur l'association d'un hypnotique et d'un curare d'action rapide comme la succinylcholine, relayés ensuite par une sédation analgésie par morphiniques et benzodiazépines à la seringue électrique chez un patient intubé-ventilé. Lors de la réalisation des gestes douloureux comme notamment le relevage, brancardage et/ou réduction de fractures-luxation, des bolus de morphiniques sont justifiés avant la réalisation du geste.

Lorsque l'indication est un geste court douloureux nécessitant une sédation courte chez un patient qui ne justifie pas d'une technique d'anesthésie générale, certaines techniques de sédation en ventilation spontanée ont été proposées. L'utilisation par exemple de kétamine à dose de 0,5 mg à 1 mg/kg ou de propofol à la dose de 0,8 à 1,5 mg/kg peuvent être proposées en association à des antalgiques sous réserve d'avoir reçu la formation appropriée et que les conditions de sécurité et de surveillance soient respectées comme pour tout acte anesthésique réalisé en dehors du bloc opératoire.

5. Conclusion

La douleur induite aux urgences est un événement fréquent dans les structures d'urgences et insuffisamment prévenu et traité. Cette prise en charge nécessite l'implication de tous les acteurs impliqués dans l'urgence, médicaux et paramédicaux, spécialistes de médecine d'urgence et spécialistes autres. Une réflexion transversale doit s'engager au niveau de l'établissement afin d'identifier et d'anticiper les gestes invasifs douloureux pratiqués quotidiennement. L'utilisation plus large des techniques d'anesthésie locorégionale en structure d'urgence est à favoriser mais nécessite une formation théorique et pratique à organiser en collaboration avec les anesthésistes-réanimateurs et les urgentistes.

Références

1. Wrobel J. et Donnadieu S. *et al.* Les douleurs induites. In : Institut UPSA de la douleur. 2005. www.institut-upsa-douleur.org
2. Boccard E., Adnet F., Gueugniaud P.Y., Filipovics A., Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans les services d'urgence en France en 2010. *Ann Fr Med Urgence*, 2011 ; 1 :312-9.
3. Guéant S1, Taleb A., Borel-Kühner J., Cauterman M., Raphael M., Nathan G., Ricard-Hibon A. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study. *Eur J Anaesthesiol*, 2011 ; 28(2) : 97-105.
4. Singer A.J., Richman P.B., Kowalska A., Thode H.C. Comparison of patient and practitioner assesment of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med*, 1999 ; 33 : 652-8.
5. Lacroix G., Meaudre E., Prunet B., Allary M., Kaiser E. Appréciation de la place de l'anesthésie locorégionale pour la prise en charge des plaies de la face aux urgences. *Ann Fr Anesth Réanim*, 2010 ; 29 : 3-7.
6. Freysz M., Ricard-Hibon A. *et al.* Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences. 2002, www.sfm.org ou www.sfar.org
7. Ricard-Hibon A., Belpomme V., Chollet C., Devaud M.L., Adnet F., Mantz J., Marty J. Compliance with morphine administration protocol and effect on pain relief in out-of-hospital patients. *J Emerg Med*, 2008 ; 34 : 305-10.
8. DelaCoussaye J.E., Vivien B. *et al.* Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en médecin d'urgence. Conférence d'experts SFMU-SFAR 2010. www.sfm.org ou www.sfar.org