

DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS *

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

DÉFINITIONS

Douleur induite par les soins : Douleur de courte durée causée par un professionnel de santé dans des circonstances de survenue prévisibles. Ces douleurs doivent être prévenues par des mesures adaptées.

Douleur provoquée : douleur provoquée par l'examen clinique dans le but de rechercher un symptôme.

Douleur iatrogène : synonyme de complications de traitement, de survenue aléatoire, dont la prévention est difficile.

GÉNÉRALITÉS

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DOULEUR INDUITE AUX URGENCES

- 47 % de douleurs induites aux urgences
- L'analgésie préventive est insuffisamment utilisée en situation d'urgence.

CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

- Ces douleurs ne sont pas forcément intenses ou sévères ; leur pénibilité peut venir de leur récurrence.
- Conséquences immédiates d'une absence de prise en compte :
 - refus de soin
 - altération du comportement (personnes âgées)
 - altération de la qualité du soin ou du traitement

TYPE DE SOINS RESPONSABLES DE DOULEURS INDUITES

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|
| • Pose de sonde gastrique | • Ponction lombaire | • Mobilisation |
| • Incision d'abcès | • Prélèvements artériels | • Prélèvements veineux |
| • Réduction de fracture | • Anesthésie locale | • Examen clinique |
| • Pose de sonde urinaire | • Bloc digital | • Examen radiologique |

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

GESTES FRÉQUENTS EN ROUTINE

Le pourcentage de douleur intense est faible mais la répétition du geste est délétère
→ Cibler les populations à « risque »

GESTES MOINS FRÉQUENTS ET PLUS « TECHNIQUES »

Les douleurs sont intenses pour la majorité des patients.
→ Mesures préventives protocolisées

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

NON PHARMACOLOGIQUES

- Les mesures d'accompagnement sont essentielles dans la prévention de l'anxiété. Il faut inciter le patient à exprimer son ressenti, à dire quand il faut arrêter le soin, lui donner des explications pendant le soin dans un environnement calme avec une gestuelle douce, habile et attentive et réaliser une évaluation quantifiée de la douleur.
- Mesures de distraction : musicothérapie
- Les méthodes d'autohypnose peuvent être utilisées.

PHARMACOLOGIQUES

- Les analgésiques doivent avoir un délai d'action court et une durée d'action suffisante pour couvrir l'ensemble du soin.
- Le recours à une analgésie locale topique (EMLA, lidocaïne) ou par infiltration est utile pour tous les gestes douloureux cutanés ou cutanéomuqueux.
- L'ALR est à privilégier pour la traumatologie, notamment pour le relevage, la mobilisation, la réduction-immobilisation ou les gestes de sutures.
- Le MEOPA est particulièrement indiqué pour les douleurs induites pas les soins, seul ou en association avec d'autres stratégies analgésiques.
- Plusieurs antalgiques peuvent être utilisés. Il est nécessaire d'attendre le délai d'efficacité du traitement avant de débiter le geste (cf. tableau).
- La sédation associée ne doit pas être systématique. Elle doit être réservée aux agitations résistantes à une analgésie bien conduite ou à la nécessité d'une myorelaxation.

Palier	Molécules	Voie d'administration	Prise Méd.										
			15 min	30 min	45 min	1h	15 min	30 min	45 min	2h	15 min		
Palier 1	Paracétamol	per os	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		IV	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Palier 2	Néfopam	IV	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		per os	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Palier 3	Morphine	SC	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		per os	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ On peut faire le soir. Maximum d'efficacité.
 ■ On ne doit pas faire le soir.
 ■ On peut commencer à faire le soir. Début d'action mais elle n'est pas à son maximum.

D'après Agnès Langlade, Douleurs, 2007, volume 8, page 229-237

PRISE EN CHARGE

Gestes courants peu douloureux

- MEOPA
- AL topique ou par infiltration
- EMLA (1h avant le geste) ou lidocaïne (gel, pommage, spary, infiltration)
- ± Antalgiques *per os* en prévention (1 à 2 h avant le geste)

Gestes douloureux (type réduction-réaxation de membre)

- MEOPA
- AL topique ou par infiltration
- EMLA (1h avant le geste) ou lidocaïne (gel, pommage, spary, infiltration)
- et/ou ALR (cf fiche)
- + antalgiques de niveau 2 (paracétamol-codeine ou paracétamol-tramadol)
- ou titration morphinique (bolus de 2 à 3 mg itératifs selon l'EVA per-geste)
- et/ou kétamine : 0,5-1 mg/kg-1 titration IV
- et/ou midazolam titré : par bolus de 1mg

- Nécessité d'une sédation profonde : en dernier recours**
- Propofol (0,8-1,5 mg/kg-1 IV) titré
 - ou induction séquence rapide avec intubation-ventilation

Références bibliographiques :

- Conférence d'experts SFAR/SFMU 2010
- Tcherny-Lessenot et al. Management and relief of pain in an emergency department. From the adult patients' perspective. J Pain Symptom Manage 2003;25:539-46
- Singer et al. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. Ann Emerg Med 1999; 33: 652-658
- Boccard et al. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann Fr Med Urg 2011;1:312-9
- Paris et al. Nitrous oxide-oxygen mixture during care of bedsores and painful ulcers in the Elderly: a randomized, crossover, open-label Pilot study. J Pain Symptom Manage 2008;35:171-6
- Castera et al. Patient administered nitrous oxide-oxygen inhalation provides safe and effective analgesia for percutaneous liver biopsy: a randomized placebo controlled trial. Am J Gastroenterology 2001;96:1553-7
- Lang et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet 2000;355:1486-90
- Uri et al. Lidocaïne gel as an anesthetic protocol for nasogastric tube insertion in the ED. Am J Emerg Med 2011;29:386-90
- Green et al. Clinical practice guideline for emergency department ketamine dissociation sedation: 2011 update. Acad Emerg Med 2010;17:604-611
- Plaisance et al. Description de la douleur procédurale dans les services d'urgence en France : étude DOUCEUR. Congrès SFMU 2014 abstract n° 521