



**HAL**  
open science

# Prise en charge préventive de la douleur induite par les actes diagnostiques et thérapeutiques : étude observationnelle des pratiques dans les services d'urgences des Pyrénées Atlantiques et des Landes

Marie-Laure Goynaud

## ► To cite this version:

Marie-Laure Goynaud. Prise en charge préventive de la douleur induite par les actes diagnostiques et thérapeutiques : étude observationnelle des pratiques dans les services d'urgences des Pyrénées Atlantiques et des Landes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01415046

**HAL Id: dumas-01415046**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415046>**

Submitted on 12 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2016

Thèse n°181

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR en MÉDECINE  
DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

**Par Marie-Laure GOYNAUD**

née le 04/09/1986 à Orthez

Le 23 Novembre 2016

**PRISE EN CHARGE PRÉVENTIVE DE LA DOULEUR INDUITE  
PAR LES ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES :  
ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DES PRATIQUES DANS LES  
SERVICES D'URGENCES DES PYRÉNÉES ATLANTIQUES ET DES LANDES**

**Directeur de thèse :**

Dr Philippe HUTHER

**Membres du jury :**

- Mr le Professeur François SZTARK (Président du jury et Rapporteur de thèse)
- Mr le Professeur Bruno BROCHET (Membre du jury)
- Mme le Docteur Myriam CADENNE (Membre du jury)
- Mr le Professeur Matthieu BIAIS (Membre du jury)
- Mr le Docteur Philippe HUTHER (Directeur de thèse)

# REMERCIEMENTS

**Au Président du jury,**

**Mr le Professeur François SZTARK**

Professeur des Universités – Professeur Hospitalier  
Chef de pôle Anesthésie-Réanimation – Pellegrin, CHU Bordeaux

Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse et me faites l'honneur de présider mon jury. Veuillez accepter ma sincère gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour le temps que vous y avez consacré.

**À mon directeur de thèse,**

**Mr le Docteur Philippe HUTHER**

Praticien Hospitalier  
Services des Urgences-SMUR – Centre Hospitalier d'Orthez

Je te remercie pour ton accompagnement dans la réalisation de ce travail. Merci pour la disponibilité dont tu as fait preuve, tes remarques pertinentes, et tes encouragements.

**Aux membres du jury,**

**Mr le Professeur Bruno BROCHET**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Chef de service de Neurologie – Pellegrin, CHU Bordeaux

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

**Mme le Docteur Myriam CADENNE**

Praticien Hospitalier  
Responsable médical de l'Unité Soutien Douleur – CETD, CHU Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'être présente parmi les membres de mon jury. Je vous remercie sincèrement pour la disponibilité et la gentillesse dont vous avez fait preuve.

**Mr le Professeur Matthieu BIAIS**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Responsable de l'Unité Neuro-Anesthésie-Réanimation – Pellegrin, CHU Bordeaux

Vous me faites l'honneur de venir juger ma thèse. Recevez ma reconnaissance pour votre disponibilité.

**À tous ceux qui ont participé de prêt ou de loin à la réalisation de cette thèse,  
À mes amis et ma famille qui m'ont soutenue et encouragée,**

**À Maryse R,** pour m'avoir éclairée sur les statistiques. Merci pour votre travail et votre disponibilité.

**À Cécilia,** 10 ans que l'on a gravé nos meilleurs souvenirs ! Merci d'avoir partagé avec moi cette année d'évasion, puis les années cote à cote sur les bancs de la fac, ou en soirée sous-colle. Merci de ta présence ici qui témoigne de ta gentillesse et ta fidélité.

**À Irène,** Tu sais comme moi que le hasard n'existe pas, je suis reconnaissante que nos chemins se soient croisés il y a bien longtemps. Tu es quelqu'un sur qui je peux compter. Merci pour ta bonne humeur, ton amitié et ta générosité.

**À mes amis des groupes de jeunes de Bordeaux,** Merci pour tous les WE passés avec vous, véritables pauses dans mes études afin de trouver la joie et le repos, avec vous et en Lui.

**À ma sœur Véronique,** Merci pour le temps que tu as consacré à mon travail de thèse, la lire et la relire avec quelques carrés de chocolat pour mieux la digérer ! Merci pour tes remarques constructives. Et au-delà de ça, merci grande sœur pour ta patience, ta douceur et ta présence.

**À ma belle sœur Keiry,** Merci pour ta participation linguistique. L'empressement avec lequel tu as accepté témoigne de ta générosité, ta gentillesse et ton amour. Sincèrement, un grand merci !

**À mon grand frère Joël,** Merci simplement pour qui tu es. Merci pour ta gentillesse, ton amour et ta bonne humeur qui accompagnent tous les bons moments passés en ta présence.

**À mes parents,** Un grand merci à toi maman, qui a su m'encourager, me soutenir, et me supporter, durant toutes ces années d'études parfois difficiles, et ce toujours dans l'amour et la patience dont tu fais preuve. Merci pour ta présence et ta disponibilité encore aujourd'hui, à mes cotés et à ceux de tes petits enfants.

**À mes enfants, Isaac et Yaël,** vous êtes ma joie de vivre ! Restez simples et vrais, suivant la voie de celui qui Est.

**À toi Cédric, ma moitié,** Merci de m'aimer pour qui je suis, c'est un privilège pour moi de marcher à tes cotés. Merci pour ta présence, tes encouragements, ton écoute et tes conseils malgré mes moments de doutes et de renoncements. Si j'en suis là aujourd'hui c'est aussi grâce à toi. Je t'aime.

**À Dieu mon Père,** qui m'a donné la Vie, MERCI.

*« O profondeur de la richesse, de la sagesse et de la science de Dieu !  
Car qui a connu la pensée du Seigneur, ou qui a été son conseiller ?  
C'est de lui, par lui et pour lui que sont toutes choses. A lui la gloire dans tous les siècles ! »  
Epître de Paul aux Romains, la Bible.*

# TABLE DES MATIÈRES

|                   |   |
|-------------------|---|
| ABRÉVIATIONS..... | 7 |
|-------------------|---|

|                   |   |
|-------------------|---|
| INTRODUCTION..... | 8 |
|-------------------|---|

## Partie 1 : CONTEXTE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1) LA DOULEUR.....</b>  | <b>9</b>  |
| 1.1- Définition.....   | 9         |
| 1.1.1- Définitions générales.....  | 9         |
| 1.1.2- Ses composantes.....  | 9         |
| 1.1.3- Sa durée.....   | 10        |
| 1.1.4- Son évaluation.....   | 11        |
| 1.2- Physiopathologie.....   | 12        |
| 1.2.1- Bases anatomiques de la douleur.....                                | 12        |
| 1.2.2- Les neuromédiateurs.....  | 12        |
| 1.2.3- Mécanismes de contrôle de la douleur.....                           | 13        |
| 1.2.4- Mécanismes neurophysiopathologiques de la douleur.....              | 14        |
| 1.3- La douleur induite par les soins.....                                 | 15        |
| <b>2) LA DOULEUR AUX URGENCES.....</b>                                     | <b>18</b> |
| 2.1- Particularités de la douleur aux urgences.....                        | 18        |
| 2.2- Les gestes diagnostiques et thérapeutiques douloureux.....            | 20        |
| <b>3) UNE APPROCHE PRÉVENTIVE DE LA DOULEUR INDUITE.....</b>               | <b>22</b> |
| 3.1- Cadre médico-légal.....   | 22        |
| 3.2- Les attitudes et gestes préventifs.....                               | 24        |
| 3.2.1- Attitude et gestes préventifs valables pour tous les soignants..... | 24        |
| 3.2.2- Affirmation du rôle infirmier dans la prévention.....               | 25        |
| 3.3- Moyens non médicamenteux.....   | 26        |
| 3.4- Moyens médicamenteux.....   | 27        |
| 3.5- Difficultés de prise en charge préventive.....                        | 30        |

## Partie 2 : ETUDE ET RESULTATS

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>1) MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b> | <b>32</b> |
| 1.1- Description de l'enquête.....  | 32        |

|   |           |
|---|-----------|
| 1.2- Questionnaire.....   | 32        |
| 1.3- Recueil des données.....   | 33        |
| 1.3.1- Choix des gestes.....  | 33        |
| 1.3.2- Choix des patients.....  | 33        |
| 1.3.3- Choix d'un référent.....   | 33        |
| 1.4- Traitement des données.....  | 34        |
| <b>2) RÉSULTATS ET ANALYSE.....</b>   | <b>35</b> |
| 2.1- Description de la population.....  | 36        |
| 2.1.1- Description univariée.....   | 36        |
| 2.1.2- Analyses bivariées.....  | 37        |
| 2.2- Les attitudes préventives.....   | 39        |
| 2.2.1- Le patient est-il informé sur la douleur provoquée par le geste ?..... | 39        |
| 2.2.2- La position du patient.....  | 42        |
| 2.2.3- La diversion par le soignant avant le geste.....                       | 42        |
| 2.2.4- Détourner le regard du site de plaie ou du point de ponction.....      | 45        |
| 2.2.5- Détourner l'attention du patient pendant le geste.....                 | 46        |
| 2.2.6- Score d'attitude préventive.....                                       | 48        |
| 2.3- L'antalgie préventive.....   | 51        |
| 2.3.1- Fréquence de l'antalgie préventive.....                                | 51        |
| 2.3.2- Quelle antalgie ?.....   | 52        |
| 2.3.3- Quand l'antalgie préventive est-elle proposée ?.....                   | 52        |
| 2.3.4- Antalgie, complément ou remplacement des attitudes préventives ?..     | 54        |
| 2.4- L'opinion du patient.....  | 55        |
| 2.4.1- Douleur ressentie.....   | 55        |
| 2.4.2- Souhait d'un traitement antalgique préventif pour le prochain geste... | 58        |
| 2.5- Généralités des pratiques des centres.....                               | 60        |
| 2.5.1- Nombre de personnes formées à la prévention douleur.....               | 60        |
| 2.5.2- Prévention de la douleur induite déclarée par le centre.....           | 60        |

### **Partie 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1) LIMITES DE L'ÉTUDE.....</b>             | <b>63</b> |
| 1.1- Nombre limité d'actes évalués.....       | 63        |
| 1.2- Faible participation des soignants.....  | 63        |
| 1.3- Questionnaires : données manquantes..... | 63        |
| 1.4- Fiabilité des questionnaires.....        | 64        |
| <b>2) APPORTS DE L'ÉTUDE.....</b>             | <b>64</b> |
| 2.1- Description de la population.....        | 65        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.2- Les attitudes préventives.....                             | 65        |
| 2.2.1- Information du caractère douloureux du geste.....        | 65        |
| 2.2.2- Diversion avant le geste.....                            | 65        |
| 2.2.3- Autres moyens de prévention non médicamenteuse.....      | 66        |
| 2.3- L'antalgie médicamenteuse préventive.....                  | 66        |
| 2.4- Attitude préventive dans sa globalité.....                 | 67        |
| 2.5- Opinion du patient.....                                    | 68        |
| 2.5.1- Ressenti douloureux.....                                 | 68        |
| 2.5.2- Sutures et attelles postérieures.....                    | 69        |
| 2.5.3- Plaies et ponctions veineuses.....                       | 69        |
| 2.5.4- Désir d'antalgie au prochain geste.....                  | 69        |
| <b>3) PERSPECTIVES.....</b>                                     | <b>70</b> |
| 3.1- Discuter l'indication du geste.....                        | 70        |
| 3.2- Considérer chaque cas de manière individuelle.....         | 71        |
| 3.3- Evaluer, tracer, ré-évaluer.....                           | 71        |
| 3.4- Formations, réflexions soignants/patients, protocoles..... | 72        |
| 3.5- En pratique de Médecine Générale.....                      | 73        |
| <b>CONCLUSION.....</b>  | <b>75</b> |
| <b>RÉFÉRENCES.....</b>  | <b>77</b> |
| <b>ANNEXES</b>  |           |
| 1) EXEMPLE DE PROTOCOLE.....                                    | 81        |
| 2) QUESTIONNAIRE.....   | 86        |
| <b>SERMENT MÉDICAL.....</b>                                     | <b>90</b> |

# ABRÉVIATIONS

**ADP** : Accès Dououreux Paroxystique

**AINS** : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**AVK** : Anti-Vitamine K

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**CETD** : Centre d'Étude et de Traitement de la douleur

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**DESS** : Douleur Enfant San Salvador

**ECPA** : Échelle Comportementale Personne Agée

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EVA** : Échelle Visuelle Analogique

**FPS** : Face Pain Scale

**HAD** : Hospitalisation À Domicile

**HBPM** : Héparine de Bas Poids Moléculaire

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

**INR** : International Normalized Ratio

**IV** : Intra-Veineux

**KT** : Cathéter

**MEOPA** : Mélange Équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

**NMDA** : Acide N-Méthyl-D-Aspartique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie

**SMUR** : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

**VIP** : Vasoactive Intestinal Peptide

# INTRODUCTION

Domaine de recherche très actif, la douleur fait aujourd'hui l'objet de nombreuses études, travaux indispensables pour comprendre plus précisément les mécanismes en jeu et permettre ainsi l'élaboration de nouveaux traitements, pour que la douleur ne soit plus vécue comme une fatalité.

De nombreux professionnels se regroupent en réseaux, en centres anti-douleur, ou en équipes spécialisées dans la recherche et la lutte contre la douleur, au sein des régions, des départements, des villes et leurs centres hospitaliers.

Au-delà de la douleur liée à la maladie ou au traumatisme du patient, motif de consultation fréquent, il existe la douleur induite par les soins, directement provoquée par le soignant lors d'un acte diagnostique ou thérapeutique.

Longtemps banalisée car considérée comme inhérente aux soins, parfois inéluctable et donc acceptable, elle devient peu à peu un centre d'intérêt dans les études. Sa lutte, axée sur sa prévention, intéresse principalement les services d'oncologie et de pédiatrie mais elle se développe et concerne l'ensemble des services de soins, hospitaliers ou ambulatoires.

Au travers de cette étude nous nous sommes interrogés sur la réalité et l'efficacité de cette lutte préventive dans les services d'Urgences des Pyrénées Atlantiques et des Landes. Le but de notre recherche sera de savoir quelle est, en pratique, la prise en charge préventive de la douleur induite par les actes diagnostiques et thérapeutiques dans ces centres:

Existe-t-elle ?

Sous quelle forme ? Existe-t-il des protocoles pré-établis dans les services ?

Est-elle efficace ?

# Partie 1 : CONTEXTE

## 1) LA DOULEUR

### 1.1- Définition

#### 1.1.1- Définitions générales

Selon l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (AISP) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* ». Elle est donc subjective et repose avant tout sur le ressenti du patient, ce qui rend difficile à quantifier et à qualifier. D'autant plus que la douleur n'est pas liée systématiquement à une lésion, une caractéristique qui rend son étude complexe.

Selon la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, on distingue la douleur physique de la douleur psychique :

- La douleur physique est une « souffrance plus ou moins vive, produite par une blessure, une brûlure, une lésion ou toute autre cause, qui manifeste une rupture du bien-être, de l'équilibre de la santé, la perte ou la diminution de l'intégrité physique ».
- La douleur psychique est une « souffrance de l'âme, produite par une déception, un deuil, un chagrin, une peine, qui compromet plus ou moins gravement la quiétude, le goût, le bonheur de vivre ». (1,2)

#### 1.1.2- Ses composantes

- *La composante sensori-discriminative*, qui correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception. Ils assurent la détection du stimulus, sa nature (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), sa durée, son évolution, son intensité, et l'analyse de ses caractères spatiaux.
- *La composante affective* qui exprime la connotation désagréable, pénible, rattachée à la perception douloureuse. La représentation mentale de la douleur chronique (les états mentaux aversifs provoqués par les émotions causées par la douleur) serait chargée d'une valeur négative capable de transformer les états neuronaux.
- *La composante cognitive* référant à l'ensemble de processus mentaux qui accompagnent et donnent du sens à une perception en adaptant les réactions comportementales comme

les processus d'attention, d'anticipation et de diversion, les interprétations et valeurs attribuées à la douleur, le langage et le savoir sur la douleur (sémantique) avec les phénomènes de mémoire d'expériences douloureuses antérieures personnelles (mémoire épisodique) décisifs sur le comportement à adopter.

Par exemple, en 1956 Beecher a démontré l'influence de la signification accordée à la maladie sur le niveau d'une douleur. En étudiant comparativement deux groupes de blessés, militaires et civils, qui présentaient des lésions identiques en apparence, il a observé que les militaires réclamaient moins d'analgésiques. En effet, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes : comparativement positives pour les militaires (vie sauve, fin des risques du combat, bonne considération du milieu social, etc.), elles sont négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale, etc.)

- *La composante comportementale* qui correspond à l'ensemble des manifestations observables : physiologiques (paramètres somato-végétatifs ex. : pâleur), verbales (plaintes, gémissements...), motrices (immobilité, agitation, attitudes antalgiques). (2,3)

### **1.1.3- Sa durée**

Quelque soit l'étiologie ou l'intensité de la douleur, elle est classiquement définie par sa durée, afin d'en déterminer les méthodes de prise en charge. On distingue alors la douleur aiguë de la douleur chronique.

- *La douleur aiguë*, dite « douleur symptôme », souvent unifactorielle, joue un rôle d'alarme et va permettre à l'organiste de réagir ou de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique. L'évolution se fait en général vers la résolution (ex : brûlure, plaie, choc, douleur post-opératoire...)

- *La douleur chronique*, dite « douleur-maladie » se prolonge au-delà de 3 à 6 mois. Elle est souvent multifactorielle (mécanismes complexes intriqués avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels), le mécanisme d'alarme n'est plus justifié et elle devient inutile, destructrice. Elle a des conséquences physiques, morales (anxiété, dépression), financières et sociales, évoluant en cercle vicieux (comportement renforcé). L'objectif thérapeutique est alors basé sur un mode réadaptatif, avec une approche multimodale (neurologue, psychologue, kinésithérapeute, anesthésiste, etc.)(1,2)

### 1.1.4- Son évaluation

Bien que la douleur soit subjective, puisqu'elle repose sur un ressenti personnel, il est indispensable de savoir l'évaluer afin de la prendre en charge. Pour cela il est important de déterminer ses caractéristiques : terrain, date de début, circonstances d'apparition (horaire notamment), localisation, irradiations, facteurs aggravants ou antalgiques, traitements entrepris et efficacité, type de douleur (nociceptive/neurogène), intensité, retentissement psychologique/social.

Ensuite, il existe des outils d'évaluation qui reposent sur des questionnaires d'échelles de douleur, pour mesurer l'intensité de la douleur et son impact.

Pour les patients communiquant et notamment les adultes on utilisera l'autoévaluation : L'outil de référence est alors l'Echelle Visuelle Analogique, qui est simple, rapide et reproductible.

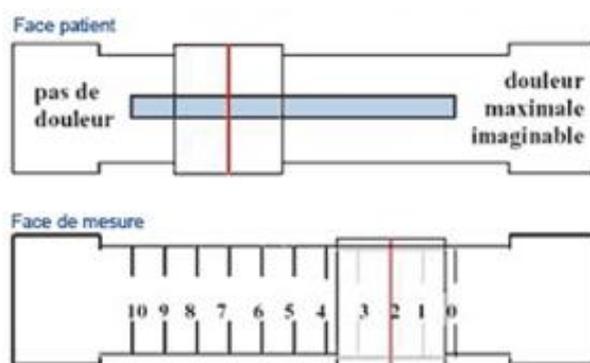


Figure 1 - Echelle Visuelle Analogique

Il existe aussi l'Echelle Numérique (le patient quantifie sa douleur entre 0, douleur nulle, et 10, plus forte douleur imaginable) ou l'Echelle Verbale simple (douleur absente, faible, modérée, intense = niveaux de 0 à 3).

Des questionnaires plus complexes sont aussi utilisés, notamment en centre anti-douleur (échelles multidimensionnelles) type QDSA (questionnaire douleur Saint-Antoine).

Quand l'autoévaluation est impossible (sujet âgé non communiquant, dément, troubles de la conscience, petit enfant, etc.) on utilise l'hétéroévaluation, qui reste moins fiable et repose sur la recherche de signes indirects de la douleur : mimique, sons émis, cris, pleurs, agitation, prostration, paramètres cardio-respiratoires... Plusieurs échelles sont possibles : Citons par exemple, pour les sujets âgés, Doloplus-2, ECPA; pour le patient polyhandicapé, DESS; pour les enfants, la FPS. (1,4)

## **1.2- Physiopathologie (4)**

### **1.2.1- Bases anatomiques de la douleur**

Il existe deux grandes voies de transmission des informations somesthésiques.

- *Le système Lemniscal (ou latéral) :*

Il correspond aux sensibilités épicrotiques et proprioceptives dont la transmission se fait depuis les récepteurs cutanés par des fibres sensibles de gros calibre myélinisées (A $\beta$ ) vers les racines postérieures puis les cordons postérieurs de la moelle. Premier relais dans les noyaux graciles et cunéiforme avant de décrosser au niveau du bulbe, second relais dans le noyau ventro-postéro-latéral du thalamus avant de se projeter dans le gyrus post-central.

- *Le système Extralemniscal (ou médian):*

Il correspond aux sensibilités nociceptives et thermiques (faisceau néo-spinothalamique) et au tact protopathique ou grossier (faisceau paléo-spinothalamique), dont la transmission est assurée par des fibres myélinisées de petit calibre (A $\delta$ ) et des fibres amyéliniques (C). Pour la sensibilité nociceptive, il n'existe pas de récepteurs mais deux types de terminaisons libres particulières jouant le rôle de nocirécepteurs : les mécano-nocirécepteurs activés par des stimuli mécaniques, se prolongeant par des fibres A $\delta$  (transmission rapide); les nocirécepteurs polymodaux activés par des stimuli thermiques, chimiques ou mécaniques, se prolongeant par des fibres C (transmission lente).

Ces deux types de fibres expliquent la sensation de double douleur : la première ressentie plutôt comme une piqûre, apparaissant rapidement et correspondant à l'activation des fibres A $\delta$  ; la seconde plus tardive, évocatrice d'une brûlure, correspondant à l'activation des fibres C.

Ces fibres de petits calibres font relais au niveau de la corne postérieure de la moelle, pour donner naissance aux faisceaux néo et paléo-spinothalamique qui décrossent immédiatement et remontent dans le cordon antéro-latéral de la moelle spinale.

Le faisceau néo-spinothalamique plutôt connecté aux fibres A $\delta$  rejoint le noyau ventro-postéro-latéral du thalamus avant d'atteindre le cortex somatosensoriel. Le faisceau paléo-spinothalamique plutôt connecté aux fibres C rejoint le thalamus médian avec un relais vers le cortex frontal et les structures limbiques.

### **1.2.2- Les neuromédiateurs**

La transmission de l'influx nociceptif se fait au moyen de transmetteurs chimiques, les neuromédiateurs.

*Au niveau périphérique*, les lésions tissulaires entraînent la libération de nombreuses substances qui vont activer ou sensibiliser les nocicepteurs : potassium, ions H<sup>+</sup>, bradykinine, histamine, sérotonine, prostaglandines, leucotriènes. Les nocicepteurs peuvent libérer des neuromédiateurs ainsi que la substance P qui a une action vasodilatatrice et favorise la sécrétion d'histamine, de sérotonine sensibilisant les nocicepteurs voisins. C'est l'inflammation neurogène qui est à l'origine de l'hyperalgésie primaire. La lésion tissulaire entraîne également la sécrétion de substances antalgiques comme des peptides opioïdes qui ont donc une action périphérique.

*Au niveau de la corne dorsale de la moelle*, les principaux neurotransmetteurs intervenant entre les afférences nociceptives et les neurones spinaux sont les acides aminés excitateurs (glutamate, aspartate) et des neuropeptides (substance P, VIP...). Ces neuromédiateurs sont responsables de la transmission de l'influx mais aussi de phénomènes de sensibilisation centrale expliquant l'hyperalgésie secondaire. Simultanément interviennent au niveau médullaire des phénomènes de modulation du message nociceptif par l'intermédiaire d'acides aminés inhibiteurs (acide gamma-aminobutyrique = GABA) ou des substances opioïdes endogènes.

Enfin, *au niveau supraspinal*, les mécanismes chimiques de la douleur sont plus complexes. Signalons simplement l'existence de nombreux récepteurs opioïdes.

### **1.2.3- Mécanismes de contrôle de la douleur**

Des mécanismes permettent le contrôle de la nociception au niveau de la corne postérieure de la moelle. Les fibres de gros calibre (A $\beta$ ) exercent une inhibition sur le faisceau spinothalamique par l'intermédiaire d'interneurones, fermant ainsi la « porte » à la transmission de la douleur. Cette théorie dite du *gate control* est utile pour la compréhension de l'effet antalgique de la neurostimulation transcutanée.

Il existe également un contrôle inhibiteur descendant, qui utilise principalement des faisceaux passant par des structures du tronc cérébral (substance grise péri-aqueducale, locus coeruleus, raphé magnus...), mais son origine est beaucoup plus diffuse, provenant de l'hypothalamus, des noyaux thalamiques ou du cortex (frontal et limbique). Ces voies, riches en récepteur noradrénergiques et morphiniques, se projettent dans la moelle avec un rôle inhibiteur sur les neurones convergents.

Enfin, le déclenchement d'une douleur en un point précis active également les faisceaux du contrôle inhibiteur descendant et permet de réduire l'activité de fond des neurones nociceptifs situés en dehors de la zone douloureuse. Ce mécanisme permet de concentrer

l'attention sur la nouvelle zone douloureuse. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un mécanisme de contrôle de la douleur, mais ce système peut être détourné pour inhiber une douleur sourde et diffuse grâce à une stimulation nociceptive précise et plus supportable.

#### **1.2.4- Mécanismes neurophysiologiques de la douleur**

On en distingue plusieurs :

- *Les douleurs par excès de nociception*, qui sont provoquées par la stimulation excessive des récepteurs nociceptifs périphériques lors d'une lésion tissulaire, d'une inflammation, d'une stimulation mécanique, thermique ou chimique. Le stimulus douloureux provoque une réaction inflammatoire, aboutissant à la formation locale de substances sensibilisatrices (sérotonine) et algogènes qui vont stimuler des nocicepteurs. On peut observer une particularité, la suractivation de la douleur par réflexe d'axone (inflammation neurogène) : la fibre qui véhicule l'information douloureuse vers le système nerveux central possède des collatérales qui libèrent, de façon antidromique (trajet en sens inverse, vers la périphérie), la substance P au niveau de multiples cibles (capillaires, mastocytes, etc.) qui libèrent à leur tour des substances excitatrices pour les fibres de la douleur (histamine, sérotonine, bradykinine etc.)

Par exemple, à la suite d'une piqûre fugace, la fibre fait monter un message douloureux mais aussi redescendre l'influx vers les ramifications distales, d'où le fait que la douleur irradie autour du point de ponction (sensation parfois de brûlure dans un second temps).

- *Les douleurs neuropathiques*, elles, sont toujours associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central. La topographie de la douleur sera systématisée selon la localisation de cette lésion. L'examen neurologique retrouvera fréquemment un déficit dans le territoire correspondant. Le patient décrit souvent des douleurs continues évocatrices de brûlures, de torsion, ainsi qu'une composante plus paroxystique en « décharge électrique ». Des paresthésies, des dysesthésies, une allodynie ou une hyperalgésie sont souvent présentes.

Enfin, *les douleurs mixtes* associent les deux composantes précédentes et sont fréquentes, une même lésion provoquant à la fois une lésion tissulaire responsable d'un excès de nociception et une lésion neurologique responsable de douleurs neuropathiques.

### **1.3- La douleur induite par les soins**

Du fait de nos actes techniques et de nos gestes de soins courants, nous sommes en tant que soignants responsables de véritables agressions physiques auprès des patients, source indéniable de douleur. De même, les petites agressions du corps que nous occasionnons et qui, prises de façon isolée ne constituent pas une douleur majeure, peuvent du fait de la répétition, provoquer des désagréments, source de douleur intolérable. Tous les acteurs de soins, médicaux ou paramédicaux (médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et infirmiers spécialisés, sages-femmes, aides-soignantes ; manipulateurs en radiologie, kinésithérapeutes, brancardiers, pharmaciens) sont concernés par cette douleur induite. Concernant la douleur générée par les soins, plusieurs termes existent et sont utilisés pour la définir. Certains auteurs parlent de « *douleur provoquée* », d'autres de « *douleur induite* » et d'autres encore de « *douleur iatrogène* ». Face à ce flou linguistique, il est important de définir chacune de ces expressions pour mieux comprendre ce dont nous allons parler :

- « **Douleur provoquée** » : se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin ou le soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.
- « **Douleur iatrogène** » : se dit d'une douleur causée par le médecin ou son traitement de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.
- « **Douleur induite** » : se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. (5,7)

La douleur induite est-elle une fatalité ? Est-elle évitable ? Tous les soignants ont vécu des séquences de soin où ils ont été témoins du mal-être, de la souffrance, de la crainte anticipée plus ou moins exprimée, de l'opposition du patient au soin en raison de la douleur liée à l'acte ou au souvenir qu'il en garde pour l'avoir déjà vécu lui-même ou l'un de ses proches.

Existe-t-il différents niveaux de douleur pour un même acte de soin ? L'influence de ce que nous estimons comme douloureux ou pas est ici omniprésente et peut notamment s'illustrer par la façon dont nous en parlons au sein du milieu socio-familial ou professionnel : « un petit mal vaut mieux qu'une absence de guérison » « il faut accepter de souffrir pour guérir » « c'est naturel d'avoir mal » « c'est un geste qui fait un petit peu mal, qui est un

petit peu inconfortable, mais c'est rapide » « c'est plus une gêne momentanée qu'une vraie douleur »... (8)

La douleur induite par les gestes soignants est dans la plupart des cas liée à un traumatisme, une inflammation tissulaire causée par la mise en place de sondes, la réalisation de ponctions, de pansements... Il s'agit d'une douleur aigue de type excès de nociception. Dans certains cas plus rares on peut avoir affaire à un mécanisme de type désafférentation (douleur neurogène), c'est le cas par exemple dans les lésions nerveuses chirurgicales, les polynévrites médicamenteuses ...

Principalement, les douleurs induites sont des douleurs souvent répétitives voire quotidiennes à pluriquotidiennes **induites par des soins physiques**, c'est-à-dire :

- *des soins d'entretien de la vie*, habituellement indolores mais qui peuvent devenir douloureux selon le degré d'autonomie de la personne. Exemple : manutention et mobilisation, hygiène corporelle et bucco-dentaire (avec toute la charge émotionnelle liée à l'intrusion dans l'intimité de l'autre), l'habillage et le déshabillage etc.

- *des soins techniques* qui deviennent douloureux car nécessitent une effraction cutanée, une intrusion dans un orifice naturel ou une installation particulière inconfortable. Exemple : ponctions veineuse, artérielle, capillaire, lombaire, d'ascite, de plèvre ou sternale ; injections intramusculaires, sous-cutanées ; pose de cathéters ; fibroscopies ; aspiration nasopharyngée ; pose et retrait de sondes gastrique, urinaire, rectale ; actes de radiologie radioguidés (brancardage, positionnement) ; soins de plaies, réfection de pansements ; contention, kinésithérapie, soins dentaires, petite chirurgie...

Ensuite il existe les **douleurs induites liées aux traitements**, qu'ils soient pharmacologiques, chirurgicaux ou de radiothérapie. Ces douleurs peuvent être des douleurs directement induites par le traitement ou être des douleurs liées aux effets secondaires de ce dernier. Exemple : douleur veineuse au passage d'un traitement administré par voie Intraveineuse, mucite chimio-induite, dermite post-radique, abcès post-chirurgical etc.)

Il existe peu de données de santé publique analysant les répercussions de la douleur induite par les soins mais en pratique nous savons qu'elle n'est pas anodine à court terme et qu'elle peut avoir des conséquences ultérieures.

Au quotidien, outre la résignation et l'acceptation, les réactions les plus fréquemment observées en matière de douleur induite sont l'appréhension, la crispation, la nervosité à l'idée du geste et lors de la réalisation du geste. Or le stress ainsi généré est responsable de

la libération d'adrénaline dans l'organisme, laquelle entraîne une vasoconstriction généralisée et amplifie le phénomène douloureux. De plus, d'autres phénomènes peuvent apparaître dans le cadre de la douleur aiguë induite, comme l'hyperactivisme sympathique ou parasympathique, l'hypo ou hyperventilation alvéolaire etc. Enfin, il y a un mécanisme de mémorisation des phénomènes douloureux aigus, d'autant plus importante que la douleur aura été prolongée, intense, et que la souffrance du malade aura été négligée, méconnue ou mise en doute, qui pourra aboutir à plus ou moins long terme à une douleur chronique, ou bien à des douleurs chaque fois plus intenses lorsqu'il s'agit de gestes douloureux répétés. (5)

Une étude sur les a priori de la douleur induite montre que pour les patients, certains critères influençant l'intensité de **la douleur provoquée est dépendante du soignant** (qui fait la piqûre, endroit où l'on fait la piqûre, ...) alors que pour le soignant les critères qui influencent l'intensité ressentie de la douleur par le patient est **liée au patient et son environnement** (répétition des piqûres, fatigue, état d'esprit du patient, ...) (6)

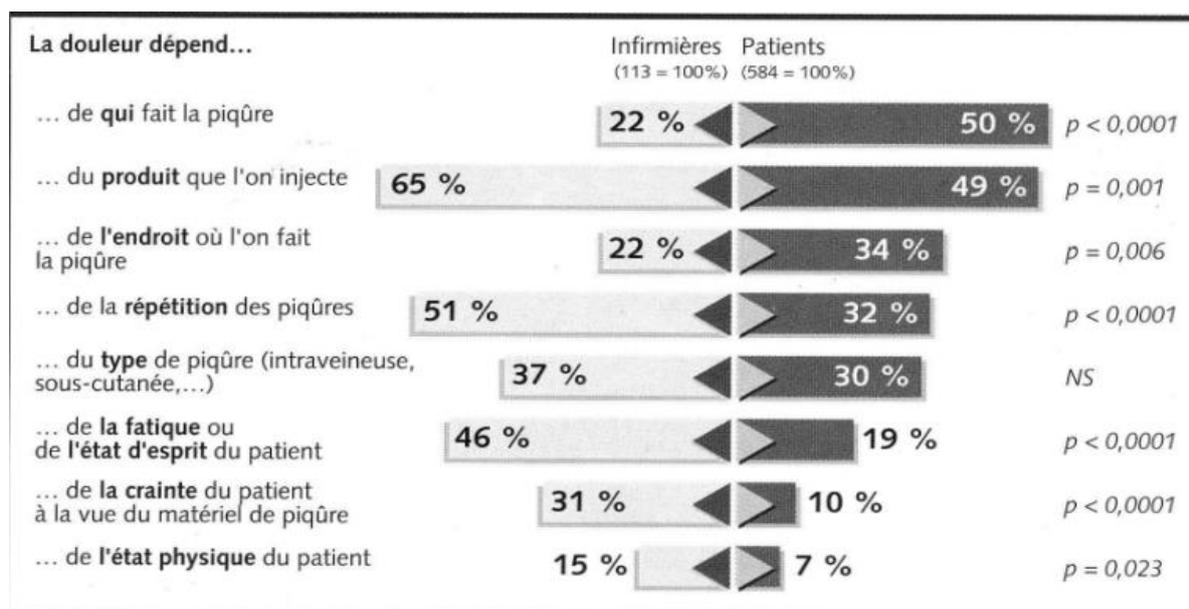


Figure 2 - Facteurs influant sur la douleur des gestes invasifs (Enquête ASTRA-SOFRES, 1998)

Dans cette même enquête, seul un patient sur trois déclare que subir des gestes invasifs est « extrêmement, très ou assez gênant ». Ceux qui sont sensibles à ces douleurs s'expriment ainsi : « La piqûre est une atteinte à l'intégrité de mon corps. La répétition de cette gêne nous contracte. Certes, la douleur passe vite mais la contraction est toujours là » ou « un peu, ça va. Beaucoup, c'est trop. Arrivé à un certain seuil de souffrance, il y en a assez. »

Ceux qui n'évoquent pas la douleur sont sensibles à ces douleurs mais la subliment ou la relativisent car finalement le plus important pour eux est la guérison. Cette catégorie de

patients adopte un comportement de résignation sur fond de culture stoïcienne ou judéo-chrétienne. Ils s'expliquent ainsi : « Chaque nouvelle piqûre est un pas vers la guérison et cette idée aide à relativiser la gêne ou la douleur. » ou « Ayant un cancer, je fais abstraction des gênes minimales que je subis. La vie a un prix, il faut le payer. »

Ces patients ne s'autorisent pas à mettre leurs maux en mots pour plusieurs raisons :

- peur de se plaindre et de ne pas être « un bon malade » ;
- peur de porter un jugement sur ceux qui le soignent par respect et reconnaissance pour leur rôle dans la prise en charge de leur maladie et de leur guérison ;
- peur d'être rejeté par les soignants s'ils osent dire que le geste pratiqué fait mal ;
- peur de détourner l'attention des soignants du traitement curatif de leur maladie ;
- peur que la douleur signifie une aggravation de la maladie ;
- peur du traitement de la douleur lui-même et d'une éventuelle accoutumance ;
- pourquoi se plaindre puisque les soignants n'offrent, semble-t-il, qu'une absence de solutions. (6)

## **2) LA DOULEUR AUX URGENCES**

### ***2.1- Particularités de la douleur aux urgences***

L'urgence est une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide. En moyenne 60 et 80% des patients se présentant aux urgences sont douloureux. L'étude PALIERS, débutée début 2010, a inclus tous les patients se présentant dans 11 services d'urgence pendant 48 heures consécutives, avec une évaluation de la douleur effectuée chez les patients douloureux.

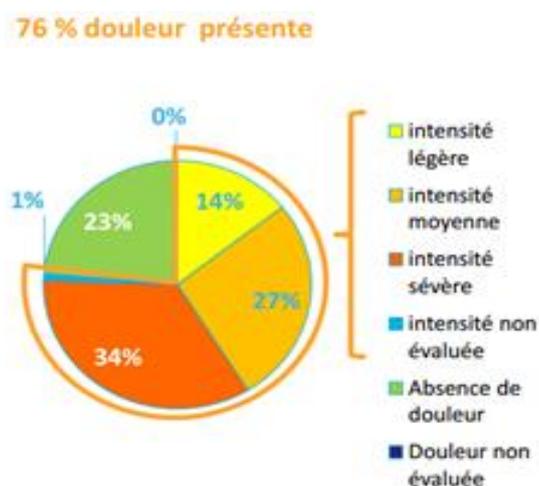


Figure 3 - Evaluation de la douleur chez les patients aux urgences (Etude PALIERS, 2010)

Sur 1 352 patients inclus, 76% présentaient une douleur à l'admission, dont près de la moitié (45%) une douleur sévère et 36% une douleur modérée. La douleur était le motif de consultation pour 64% des patients douloureux.

Un traitement antalgique n'a été administré qu'à 38% des patients douloureux à l'arrivée, le plus souvent de palier I. Ce traitement était administré en médiane une heure après l'arrivée des patients avec douleur modérée ou sévère, et 70 minutes après l'arrivée pour les patients avec douleur légère.

Un geste diagnostique/thérapeutique était réalisé chez 84% des patients.

Mais près de la moitié des patients ayant une douleur modérée à sévère à l'admission présentaient encore une telle douleur à la sortie. La douleur était en outre présente à la sortie des urgences chez 47% de la totalité des patients et 51% de ceux qui n'étaient pas hospitalisés. (9)

Généralement, la prise en charge de la douleur aux urgences repose sur des protocoles mis en place en accord avec tous les soignants. Le traitement antalgique doit être précoce, dosé selon l'échelle d'évaluation de l'intensité douloureuse et adaptés au malade (terrain, contexte, pathologie). Une antalgie inefficace doit bénéficier d'une réévaluation clinique et d'un complément d'analgésie. (10)

**Souvent moins protocolisée, s'ajoute la prise en charge, préventive et thérapeutique, de la douleur induite par les soins.** Ces douleurs ne sont pas forcément intenses ou sévères. Leur pénibilité peut venir de leur récurrence, ou de l'appréhension et la crispation du patient à l'idée du geste. Une absence de prise en compte entraîne des conséquences immédiates : refus de soin, altération du comportement, altération de la qualité du soin ou du traitement. (11)

Au-delà de la douleur, il est important d'identifier **les facteurs aggravant et apaisant** la douleur, afin de les prendre en considération pour caractériser la douleur et mettre en place une méthode antalgique efficace (repos/mouvement, chaud/froid, manger/jeûner, massage, pression, stress/tension, fatigue, position assise, debout...) (12)

La douleur dans le cadre d'une consultation aux urgences a quelques caractéristiques qui lui sont propres, liées à l'environnement et à la rencontre entre un soignant et un malade aux sensibilités et environnements bien distincts :

- Le patient qui consulte aux urgences se trouve dans une situation qui lui est difficilement supportable puisqu'il présente un mal ou une douleur l'entraînant à demander des soins prioritaires aux urgences. Il est donc dans une **situation de stress psychologique avec un problème de santé qui le préoccupe et dans un environnement qui ne lui est pas familier**. S'il s'agit d'une douleur elle est en général aigue, et intense, d'où la demande de consultation urgente. S'il n'est pas douloureux à l'admission, on peut cependant affirmer que toute douleur survenant dans ce contexte risque d'être ressentie de manière plus désagréable qu'une même douleur dans un autre environnement.

- Le soignant lui est dans son environnement quotidien. Les patients des urgences il en voit des dizaines par jour, et la douleur aux urgences il la connaît bien. Il sait l'évaluer dès l'arrivée, et adapter le soin selon les protocoles en vigueur. Cependant on peut se demander si le fait d'être familiarisé à ces situations ne l'influence pas sur sa perception de la douleur, le jugement de son intensité, et du patient lui-même. Si la prise en charge de la douleur ressentie par le patient est cadrée par des protocoles, celle de **la prévention de la douleur induite est plus souvent livrée aux opinions préconçues et à la perception du soignant**.

Concernant la sous estimation de la douleur des patients par les soignants, une étude en 2003 montre un score de douleur rapporté par les patients eux même s'élevant à  $7,7 \pm 2,2$  sur une échelle numérique de 0 à 10 tandis que l'évaluation faite par les infirmières devant les prendre en charge était de  $4,2 \pm 2,3$ . (11)

## ***2.2- Les gestes diagnostiques et thérapeutiques douloureux***

Identifier et lister au sein d'un service les soins techniques potentiellement douloureux constitue la première étape de la prévention de la douleur :

- Ponction veineuse ou artérielle
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée
- Prélèvements pulpaire (glycémie)
- Ponction biopsie médullaire
- Ponction d'ascite, de plèvre
- Ponction lombaire
- Fibroscopies
- Actes de radiologie
- Pansements
- Retrait d'adhésifs
- Mobilisations (toilettes, brancardages , ...)
- Aspiration naso-pharyngée
- Pose et retrait de sonde : gastrique, urinaire, ...
- Extraction de fécalome
- Actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire
- Petite chirurgie : suture, curetage.

Cette liste n'est pas exhaustive et dépend de l'activité de chaque service de soins.

En 1993, une étude réalisée dans un service de Réanimation a conclu que les soins mal supportés étaient pour 46% la gazométrie, pour 26% la sonde à oxygène et pour 25% les prises de sang.

En 2003 le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur a évalué la prise en charge de la douleur en France et a permis d'obtenir des résultats concernant les causes de la douleur, on note : La maladie pour 32%, les accidents pour 20%, les opérations pour 15%, la douleur des examens ou des soins pour 14%, les douleurs de la grossesse ou accouchement pour 4%.

En 2003 une autre étude dans un service de Réanimation différent, 70% des patients expriment une douleur dans un secteur de surveillance post interventionnelle, dont 38% sont une douleur induite par les gestes de soins, considérée par les patients comme plus intense que la douleur de la chirurgie. (5)

L'enquête multicentrique ASTRA-SOFRES déjà évoquée (6) retrouve aussi les résultats suivants :

|   | % Patients<br>considérant les gestes<br>comme « extrêmement,<br>très ou assez douloureux » | % Infirmières | <i>p</i> | % Médecins<br>pour qui les gestes<br>invasifs posent des<br>problèmes à cause de<br>la douleur du patient |
|---|--|---------------|----------|---|
| <b>Ponction - biopsie</b>                                     |  |               |          |   |
| - ponction lombaire   | 35   | 77            | 0,0003   | 43  |
| - ponction pleurale   | 30   | 72            | < 0,0001 | 24  |
| - ponction, biopsie<br>(cutanée, nodule)                      | 36   | 49            | 0,07     | 18  |
| - prélèvement<br>de moelle osseuse                            | 49   | 80            | 0,001    | 48  |
| - ponction, biopsie osseuse                                   | 51   | 74            | 0,039    | 59  |
| <b>Prélèvement veineux ou artériel</b>                        |  |               |          |   |
| - gaz du sang   | 37   | 76            | < 0,001  | 22  |
| - bilan sanguin   | 8  | 19            | 0,005    | 10  |
| <b>Injection pour examens<br/>radiologiques</b>               | 17   | 24            | NS       | 22  |
| <b>Traitement</b>   |  |               |          |   |
| - pose d'un cathéter<br>périphérique                          | 33   | 61            | < 0,0001 | 36  |
| - branchement de la perfusion<br>dans une chambre implantable | 10   | 24            | 0,001    | 7   |
| - pose d'une perfusion simple                                 | 23   | 26            | NS       | 12  |
| - injection intraveineuse                                     | 10   | 22            | 0,009    | 7   |
| - injection sous-cutanée                                      | 15   | 20            | NS       | 5   |

Tableau 1 - La douleur liée à la nature des gestes invasifs  
(Enquête ASTRA-SOFRES, 1998)

Les gestes les plus douloureux sont les ponctions ou biopsies. Viennent juste après les gazométries, la pose d'un cathéter ou d'une perfusion, les injections pour examens radiologique, puis les injections sous cutanée ou intraveineuse et les bilans sanguins.

Par ailleurs, deux fois plus de soignants que de patients considèrent ces gestes comme très ou extrêmement douloureux. (6)

En 2008, 671 patients sur l'ensemble des patients hospitalisés dans deux hôpitaux français ont remplis un questionnaire sur la douleur liée aux soins : 55% ont rapportés des évènements douloureux, (environ 1,8 évènement par patient). 52% de ces évènements douloureux sont associés à des soins exécutés par le personnel non médical. 38% sont en lien avec un soin impliquant une ponction vasculaire et 24% pendant la mobilisation des patients. 57% de ces évènements douloureux sont considérés d'intensité sévère à très sévère. (13)

En 2011 l'étude REGARDS sur les actes douloureux chez la personne de plus de 65 ans a été réalisée. Les facteurs douloureux retrouvés sont les soins de plaies, la pose de sonde, les aspirations et les soins de mobilisation. (14)

Enfin, pour cibler particulièrement les services d'urgences, en 2011 l'étude PALIERS porte sur près de 1352 patients admis aux urgences : 85% ont fait l'objet d'au moins un geste à visée diagnostique/thérapeutique. Les gestes les plus fréquents étaient les prélèvements sanguins veineux (59%), les radiographies (51 %), les mises en place de perfusion (49 %), les électrocardiogrammes (28 %) et les immobilisations/plâtres/attelles (10 %). Ces gestes étaient pratiqués essentiellement par des infirmières (75 % des patients qui ont fait l'objet d'un geste) et des radiologues/manipulateurs radiologie (50 % des patients). Au total, 17 % des patients ayant bénéficié d'au moins un geste ont déclaré une douleur à cette occasion. Les gestes considérés par les patients comme les plus douloureux étaient la réduction de fracture et l'anesthésie locale. (9)

### **3) UNE APPROCHE PRÉVENTIVE DE LA DOULEUR INDUITE**

#### ***3.1- Cadre médico-légal***

Depuis quelques années, le droit du patient à parler de sa douleur pour qu'elle soit évaluée, prise en compte et traitée, a engendré la mise en place de textes règlementant sa prise en charge.

**Code de la Santé Publique, Article L 1110-5** : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

**Code de la déontologie médicale, décret du 6 Septembre 1995 modifié le 21 mai 1997** : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique ».

**Code de la Santé Publique, Article R4311-2, 5°** : « Les soins infirmiers ont pour objet de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (...) »

**Article R4311-8** : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (...) »

**Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005** (15) se décrit comme

« Un travail dans la continuité, et trois nouvelles priorités : Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses...) Et :

- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie
- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
- Reconnaître et traiter la migraine »

**La circulaire DHOS/E 2002-266** a défini la douleur provoquée par les soins comme un axe prioritaire de travail pour les équipes soignantes. Il rappelle l'importance de développer des protocoles permettant une prise en charge de la douleur aigüe dont l'intérêt est de pouvoir répondre rapidement à un besoin en l'occurrence prévenir la douleur.

**Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010** (16) est venu renforcer ce travail et repose sur quatre axes :

- L'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie)
- La formation renforcée des professionnels de santé
- Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques
- La structuration de la filière de soins

## **3.2- Les attitudes et gestes préventifs**

L'analyse des pratiques, des gestes de soins amenés à être pratiqués, et des réactions des patients permettent de trouver des solutions pour diminuer, voire supprimer la douleur induite et augmenter le confort et la sécurité du patient.

Car si la douleur est directement liée au geste, certains facteurs influencent également le vécu douloureux du patient : la douleur de la piqûre dépend de celui qui fait la piqûre, du type de produit injecté, du type de piqûre, de l'endroit où le geste est réalisé, de sa répétition. La douleur dépendra ensuite de la fatigue du patient, de la vue du matériel, de son état physique... Il semble également que l'expression de la douleur liée aux gestes soit influencée par l'ancienneté de la maladie (plainte plus importante lorsque la durée de la pathologie est supérieure à 1 an) et l'âge du patient (expression de la douleur plus fréquente chez les jeunes patients et diminue avec l'âge).

Enfin, l'expression de la douleur des soins est également soumise aux éléments suivants : la visée du traitement (curative ou symptomatique), la culture du patient, son état psychologique et ses croyances dans les thérapeutiques proposées, sa compréhension du geste, la durée du geste, l'environnement dans lequel se déroule le soin et la maîtrise technique du geste par le soignant. (8)

La prévention de la douleur induite doit tenir compte de l'ensemble de ces éléments, ses composantes sont donc à la fois matérielles, psychologiques et médicamenteuses.

### **3.2.1- Attitudes et gestes préventifs valables pour tous soignants :**

- *Accueil et disponibilité* : l'accueil personnalisé du patient et la disponibilité du personnel sont des facteurs qui influencent de façon positive la composante émotionnelle de la douleur.

- *Adaptation de l'environnement* : L'aménagement, la décoration, et l'ergonomie des lieux participent largement à l'amélioration du bien être du patient et la diminution de la douleur induite.

- *Information au patient* : Une information bien faite facilite la démarche thérapeutique et participe à traiter la composante psychologique de la douleur. Elle diminue le stress, rassure, favorise le climat de confiance.

- *Un langage approprié* : Les mots choisis et la façon de les prononcer ont un rôle important dans la relation créée avec le patient. Ils peuvent être un éveil ou un apaisement, un élan ou un retrait.

- *Une présence calme et une diminution des stimuli extérieurs* (bruits, lumière..) qui peuvent se transformer rapidement en nuisance.
- *Un respect* de l'intimité, de la pudeur, du rythme de sommeil
- *Une installation confortable* sans contention absolue.
- *Une compétence technique* : Développer et parfaire ses compétences techniques est une étape fondamentale dans la lutte contre la douleur induite. Les malades sont très sensibles à la personne qui réalise le geste. Celui-ci doit être sûr et rapide, le matériel adapté au soin et au type de patient et le soignant ne doit pas hésiter à passer la main à un collègue après deux tentatives.
- *Mise en commun des informations* : La communication entre tous les acteurs de soins est primordiale pour une bonne coordination des bons moments du soin et améliorer la prise en charge de la douleur induite. Exemple : un aide-soignant qui commence la toilette d'un patient sans en informer l'infirmière empêche la mise en œuvre d'une prévention antalgique à la mobilisation lors du soin.

### **3.2.2- Affirmation du rôle infirmier dans la prévention :**

- *Organisation et planification des gestes et soins* : Décider de prévenir la douleur oblige à s'interroger sur les soins, chaque geste doit être étudié, remis en cause dans son utilité, son opportunité et sa systématisation. L'organisation et le regroupement des soins sont capitaux et permettent par exemple de réaliser plusieurs gestes avec une même prévention.
- *Évaluer la douleur* : l'évaluation de la douleur doit être systématique et réalisée aux différents moments du soin, permettant au patient d'en parler alors qu'il ne l'aurait probablement pas fait spontanément. Cette évaluation permet d'adapter l'antalgie au moment du geste et d'améliorer la prévention de la douleur pour les gestes prochains.
- *Utilisation des protocoles d'analgésie* : Cette utilisation correspond à des situations cliniques reconnues et permet d'anticiper la douleur des soins et gestes. Ils permettent de limiter l'appréhension du geste douloureux avec un médicament ou avec un comportement, un langage ou une information adaptés à la situation. A défaut de protocoles, l'infirmier devra solliciter la prescription d'antalgiques ou d'anxiolytiques et mettre en œuvre cette prescription en tenant compte des délais d'action des antalgiques afin d'obtenir une pleine efficacité pendant les soins.

(Exemple de protocole utilisé en pédiatrie : Annexe 1)

### **3.3- Moyens non médicamenteux**

- *Application de froid* : vasoconstriction, diminution des gonflements, saignements ou phénomènes inflammatoires responsables de la douleur ; ralentissement de la transmission des messages de douleur au cerveau, effet anesthésique local. (17)
- *Application de chaud* : augmentation de la circulation locale, de la température cutanée, de la détente musculaire, qui entraîne diminution de la douleur.
- *Massages* : effet de bien-être, contact sécurisant et équilibrant ; effet analgésique par stimulation des fibres myélinisées ( $A\alpha\beta$ ) de la sensibilité tactile et épicritique qui agissent en renforçant les mécanismes inhibiteurs au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière des influx nociceptifs véhiculés par les fibres de petit calibre peu myélinisées ou amyéliniques ( $A\delta$  et C) ; effet thermique myorelaxant.
- *La neurostimulation transcutanée* : utilisation d'un générateur électrique qui permet le passage de petites impulsions électriques à travers la peau par le biais d'électrodes. Ces impulsions stimulent les fibres nerveuses  $A\alpha\beta$  ce qui renforce les contrôles inhibiteurs au niveau de la corne dorsale de la moelle. Ces stimulations aboutissent à une libération d'opiacés endogènes.
- *La respiration contrôlée* : Obtenir une respiration profonde rythmée à l'aide d'exercices respiratoires peut apporter une aide considérable en matière de douleur par le biais de la détente musculaire et de la meilleure oxygénation des cellules.
- *La diversion* : On permet au patient de se concentrer délibérément sur des activités absorbantes attirant ses pensées sur un autre point d'intérêt que la douleur de sorte que la douleur disparaît ou s'atténue. Exemple : se concentrer sur quelque chose d'agréable (ouvrir la fenêtre pour écouter les sons), compter ou examiner précisément des objets, des images ; chanter une chanson, réciter un poème...
- *Détourner le regard du soin* : Permet de détourner l'attention du patient, qui adhèrera davantage aux méthodes de diversion. Ne pas regarder le soignant lors de sa préparation et de la réalisation du geste permet de diminuer l'appréhension et l'anticipation de la douleur.
- *L'imagerie* : s'associe de façon étroite aux techniques de relaxation et à la thérapie par distraction. Elle utilise l'imagination pour développer des images sensorielles qui diminuent l'intensité de la douleur.
- *Le conseil* : parler de sa douleur, partager son expérience, discuter de ses craintes pour le futur et chercher des réponses peuvent être curatifs par eux-mêmes. Le vieil adage «un problème que l'on partage est un problème que l'on s'épargne» reste vrai dans le

traitement de la douleur. Le professionnel de santé se doit d'écouter et offrir assistance, encouragement, et à terme soulagement de cette douleur.

- *Le renforcement* : Cette technique est applicable surtout chez l'enfant. Il s'agit de donner une information dédramatisée à l'enfant sur un soin douloureux pour renforcer son comportement positif. (Ex : soin sur une poupée ou une peluche, faire répéter le soin à l'enfant sous forme de jeu, attribuer une récompense comme diplôme de bravoure...)

- *La relaxation* : Une douleur aiguë déclenche un mode d'excitation généralisé du corps se traduisant par une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle, des spasmes musculaires et un mode de respiration perturbé. Le but de la relaxation est d'obtenir à peu près l'effet inverse en amenant une diminution de l'activité du système nerveux sympathique, du rythme respiratoire, du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la tension musculaire, tout en augmentant le flux sanguin dans les muscles et la résistance électrique de la peau. La relaxation ne calme pas en elle-même la douleur mais permet d'en réduire l'aspect désagréable.

- *L'hypnose* : C'est un état de vigilance modifié et un processus thérapeutique. L'hypnose avec suggestion d'analgésie est particulièrement efficace pour réduire l'intensité de la douleur. Les suggestions du thérapeute pendant que le patient est en état de vigilance modifiée permettent des modifications neurophysiologiques (modification du seuil de sensibilité à la douleur), émotionnelles (réduction de l'anxiété liée à la douleur), cognitives (modification de l'attention portée à la douleur).

Une étude a démontré les bénéfices de l'hypnose associée au patch Emla dans les ponctions veineuses en comparaison avec l'Emla seul. (18)

- *L'arthérapie, la musicothérapie* : L'art représente un stimulus sensoriel multidimensionnel qui peut agir sur la douleur en altérant la conduction des fibres afférentes, par détournement de l'attention, de la stimulation et de la production d'endorphines et de l'état de relaxation qu'il induit.

### **3.4- Moyens médicamenteux**

- *Le mélange équimolaire O<sub>2</sub>/N<sub>2</sub> = MEOPA* : il s'agit d'un bon moyen de lutter contre la douleur induite. Il a une action anxiolytique, euphorisante et analgésiante. De plus il a un effet sédatif, une élimination rapide (l'effet survient en 3 minutes et est réversible en moins de 5 minutes) et une faible toxicité. Les nausées et vomissements sont de rares effets indésirables, sans incidence clinique et réversibles en quelques minutes. Il reste contre

indiqué exceptionnellement dans les cas de traumatisme crânien non évalué, de pneumothorax, accident de plongée, distension abdominale, traumatisme de la face.

- *Les anesthésiques locaux :*

La Xylocaine 5% nébuliseur : anesthésie locale des muqueuses bucco pharyngées ou des voies aériennes supérieures. Hors AMM, elle est utilisée par certains avant la déterision d'une plaie. Délai d'action de 3 à 10 minutes.

La Xylocaine visqueuse 2%, indications ORL également

La Xylocaine 2% gel uretral pour les explorations en urologie ou pose de sonde, délai d'action 5 à 10 minutes.

La Xylocaine injectable (0,5 et 1%), utilisée en sous-cutanée, délai d'action rapide de 1 à 3 minutes.

La crème Emla, existant aussi en patch, utilisée pour toute ponction (veineuse, artérielle, lombaire), composée de lidocaine et prilocaine, agit par diffusion à travers la peau saine jusqu'à une profondeur de 5mm en 1h30. L'anesthésie dure 1 à 2heures.

Une étude comparative portant sur 110 patients présentant une plaie à suturer a permis de conclure qu'il n'y avait pas de différence significative entre l'utilisation de la xylocaine injectable ou d'un patch d'anesthésiant local sur l'évaluation par le patient de la douleur induite par le soin. (19)

- *Les antalgiques de palier 1, 2 ou 3 par voie générale :*

Pour des douleurs attendues modérées à sévères, la morphine du palier 3 a une place de choix. Le mode d'administration idéal dans le contexte de la douleur induite est la voie intraveineuse qui permet l'administration d'une dose de charge et une adaptation si nécessaire par titration.

Pour des douleurs attendues plus faibles, les antalgiques de palier 1 ou 2 peuvent être utilisés tels que le nefopam, le tramadol, le paracetamol, les AINS. Aucune étude n'a pu fournir de preuve d'effet préventif du paracétamol ou des AINS en matière de douleur induite.

La kétamine est à forte dose un agent anesthésique. Elle est utilisée à dose infra-anesthésiques dans le cadre de l'analgésie multimodale pour la prise en charge de la douleur. C'est un inhibiteur du glutamate non compétitif au niveau des récepteurs NMDA et permet d'obtenir plusieurs effets : effet antalgique immédiat ; prévention de l'hyperalgésie induite par l'administration de morphine ou morphinomimétiques, une épargne morphinique ; une diminution des risques de mémorisation par sensibilisation centrale.

- *La sédation consciente* : elle correspond à un état qui permet de tolérer les gestes désagréables tout en maintenant intacte la fonction cardiorespiratoire et un contact verbal facile avec réponse adaptée aux ordres simples. Elle peut être réalisée grâce à l'utilisation d'une benzodiazépine ou d'un anxiolytique. Elle peut être aussi associée à une antalgie préventive auquel cas on parle de sédation/analgésie. Celle-ci peut être mise en place dans le cadre de gestes pour lesquels l'anxiété et la peur sont présentes et la douleur attendue. Les produits les plus utilisés sont le midazolam, benzodiazépine aux propriétés sédatives, myorelaxante, anticonvulsivante, amnésiante, et l'Hydroxyzine, anxiolytique à visée sédative.

(5, 20, 21)

**Tableau 2 - Exemple prévention douleur induite par les soins  
Livret Douleur 2011 (25)**

| Avant le geste   | Pendant le geste   | Après le geste  |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que ce Geste Potentiellement Douloureux (GPD) est bien indispensable.</li> <li>• Pour tout GPD, proposer une prévention des douleurs</li> </ul> | Si la prévention des douleurs est insuffisante, donner un antalgique de secours pendant le geste, voire suspendre ou différer le geste | Evaluer l'intensité douloureuse globale par une échelle (EN, EVA ou EVS) et la consigner dans le dossier du patient |
| Informier le patient : objectif du geste, déroulement, procédures antalgiques  |  | Reconsidérer éventuellement la stratégie antalgique à proposer au patient pour le geste suivant                     |
| S'assurer que les mesures préventives ont été correctement effectuées (ex : Actiskénan® données 40 mn avant)   |  | En cas d'échecs itératifs de la procédure antalgique, faire appel à un expert                                       |

Les facteurs de risque de douleurs induites par les GPD sont :

- l'anxiété
- un GPD effectué sur une zone douloureuse spontanément et de façon chronique
- une pathologie récente ayant nécessité un grand nombre de gestes invasifs sur une courte période

| GESTES ENVISAGÉS                              | TRAITEMENTS PROPOSÉS   |
|---|--|
| Prélèvement / pose Voie veineuse périphérique | Douleurs variables selon les patients. Avant d'envisager une ponction veineuse, demander au patient s'il juge ce geste comme douloureux ; si oui : EMLA® au moins 1 heure avant  |
| Ponction artérielle                           | - Infiltration SC de xylocaïne® 1 % non adrénalinée au niveau du point de ponction (1 ml)<br>- ou EMLA® 90 à 120 mn avant  |
| Pose d'une voie veineuse centrale             | EMLA® 90 à 120 mn avant<br>MEOPA en fonction du patient et de sa pathologie<br>Infiltration SC au point de ponction : xylocaïne® 1% non adrénalinée<br>Repérage échographique pour diminuer la difficulté du geste   |
| Ponction lombaire                             | EMLA® 90 à 120 mn avant<br>MEOPA ou Xylo 1% non adrénaliné avant le ligament jaune<br>Prévention des céphalées post-ponction : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiguille de calibre fin (25 ou 26 G) ; type pointe-crayon</li> <li>• Mandrin remis en place avant retrait de l'aiguille.</li> <li>• Efficacité non démontrée du décubitus dorsal strict post PL</li> </ul> |
| Sonde naso-gastrique                          | un des GPD les plus inconfortables : voir page 35  |
| Sonde vésicale                                | Patient de sexe masculin :<br>Gel xylocaïne spécifique : 5 ml en intra-urétral par le méat 5 minutes avant le sondage  |
| Mobilisation d'un traumatisé de membre        | MEOPA lors de chaque mobilisation<br>Morphine IV administrée de façon anticipée (voir tableau p. 36)<br>ALR  |
| Réfection de pansement Soins d'escarres       | MEOPA<br>Morphine IV ou per os administrée de façon anticipée (voir tableau p. 36)   |
| Plaie : exploration / suture                  | MEOPA, ALR si accessible, voire anesthésie générale  |
| Soins d'ulcère de jambe                       | Voir tableau ci-contre   |

Tableau 3 - Exemple d'options thérapeutiques avec leurs voies d'administration et leurs pharmacologies  
Rev. Med. Suisse (22)

| Avant de prescrire un antalgique   |  | Le bon antalgique au bon moment       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--|--|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Faire un bilan étiologique; 2. Evaluer le traitement en cours (efficacité, interactions, etc.); 3. Evaluer l'intensité de la douleur attendue et les comorbidités; 4. Privilégier les prescriptions en cours. |  |                                       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Molécules  | Spécialités  | Voies d'administration                | 15 min | 30 min | 45 min | 1 h 00 | 1 h 15 | 1 h 30 | 1 h 45 | 2 h 00 | 2 h 15 | 2 h 30 | 2 h 45 | 3 h 00 |
| Paracétamol  | Dafalgan cp effervescent à 0,5 et 1 g  | PO                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Perfalgan amp 1 g  | IV                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
| Anti-inflammatoires  | Brufen cp 400-600 mg   | PO                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Toradol amp 30 mg  | IV                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
| Topiques   | Xylocaïne gel 2%: 10 ml=200 mg (max. 800 mg/24 h); sur plaie ouverte/ fermée, à éviter en cas de nécrose sèche, en 1 <sup>re</sup> intention, avant le spray   | Topique (mettre un Opsite)            | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Xylocaïne spray 10%: chaque pression de la soupape libère 10 mg (max. 200-600 mg); à privilégier en cas de nécrose sèche   | Topique (mettre une compresse humide) | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | EMLA crème 5%: 1 g soit 3,5 cm de ruban d'un tube de 30 g sur 10 cm <sup>2</sup> sur plaie ouverte (max. 1,5-2 g/10 cm <sup>2</sup> , jusqu'à 10 g); sur plaie ouverte/fermée et sur le pourtour d'une nécrose sèche; la crème sous Opsite peut être laissée jusqu'à 5 h au max. | Topique (mettre un Opsite)            | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | EMLA patch 1 g: max. 20 patchs à la fois sur peau saine; le patch peut être laissé 5 h au max.   | Topique                               | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
| Tramadol   | Tramal cp à 50 mg, gouttes (20 gouttes=50 mg)  | PO                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Tramal amp 100 mg (perfusion courte ou IV lente)   | IV                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
| Opiacés de choix   | Temgesic cp sublingual sécable à 0,2 et 0,4 mg (si insuffisance rénale, pas d'autres opiacés)  | Sublingual                            | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Temgesic amp 0,3 mg (si insuffisance rénale, pas d'autres opiacés)   | IV, IM                                | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Morphine sirop à 0,1%, 1% et 2% ou Sevredol cp sécable à 10 et 20 mg   | PO                                    | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |
|  | Morphine amp 10 mg   | SC, IV                                | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      | ■      |

Revu et adapté à partir du document «le bon usage des médicaments», Hôpital Tenon, Paris.  
cp: comprimé; amp: ampoule; h: heure; max.: maximum.  
■ Ne pas faire le soin; ■ On peut commencer; ■ Faire les soins (efficacité maximale).

### 3.5- Difficultés de prise en charge préventive

La prévention de la douleur générée par les soins est aujourd'hui un droit du patient que les personnels soignants ont l'obligation d'assurer. Néanmoins, ces personnels sont parfois confrontés aux limites d'efficacité de cette prise en charge. Ces limites ont des causes variables, mais plus fréquemment on peut évoquer :

- *La subjectivité de la douleur* : ce qui a été efficace pour un patient ne le sera pas forcément pour les autres, ou même pour lui-même s'il venait à recevoir de nouveau le soin mais dans un contexte différent. Il est donc nécessaire de constamment évaluer l'efficacité des moyens mis en œuvre et réajuster les actions si nécessaires.

- *L'extrême urgence* : certaines situations nous obligent parfois à réaliser des gestes invasifs alors que la couverture antalgique n'est pas totalement efficace. Ces situations demeurent toutefois exceptionnelles.
- *Les difficultés de compréhension du patient* : en raison de son âge, de son état de conscience, de ses facultés de compréhension, de ses capacités cognitives, il sera parfois difficile d'identifier et d'évaluer la douleur d'un patient et l'efficacité des moyens mis en œuvre. Cependant des grilles d'évaluation adaptées ou des membres de l'entourage proche peuvent servir d'intermédiaire.
- *Les phobies du soin* : la peur irraisonnable peut conduire certaines personnes à des attitudes d'opposition ou d'agressivité réactionnelles. (8)

## Partie 2 : ÉTUDE ET RÉSULTATS

### 1) MATÉRIEL ET MÉTHODE

#### 1.1- *Description de l'enquête*

Il s'agit d'une enquête descriptive multicentrique, observant l'état actuel des pratiques concernant la prise en charge préventive des douleurs provoquées par les soins dans les services d'Urgences des Pyrénées Atlantiques et des Landes.

Elle a été réalisée en 2015 et concernait les 12 services d'Urgences existant sur ces départements, publics et privés :

##### *Pyrénées Atlantiques (64)*

- Hôpital de Bayonne
- Clinique Saint Etienne de Bayonne
- Clinique Aguilera de Biarritz
- Hôpital d'Oloron
- Hôpital d'Orthez
- Hôpital de Pau
- Clinique Marzet de Pau
- Polyclinique de Saint Jean de Luz
- Hôpital de Saint Palais

##### *Landes (40) :*

- Polyclinique Les Chênes d'Aire sur Adour
- Hôpital de Dax
- Hôpital de Mont de Marsan

#### 1.2- *Questionnaire (Annexe 2)*

Il est composé de 2 parties.

La première partie est *une enquête de pratiques*, elle permet de recueillir des données générales concernant les pratiques de chaque service d'Urgences, notamment : l'existence ou non de protocole sur la prise en charge préventive et thérapeutique des douleurs induites par les soins ; le nombre de personnel soignant ayant des formations spécifiques sur la douleur ; les moyens thérapeutiques en terme d'antalgie présents dans le service ; la place donnée, en théorie, à la prévention de la douleur induite par les gestes.

La deuxième partie est *l'étude observationnelle*. Les gestes douloureux nécessaires à la prise en charge du patient vont être observés, et seront recueillis différents éléments, notamment : les caractéristiques du patient et du soignant ; l'installation du patient et

l'information donnée ; les moyens utilisés pour prévenir la douleur avant et pendant le geste ; la prescription ou pas d'antalgique; le ressenti du patient.

Avant l'étude, le questionnaire a été soumis à des avis pluridisciplinaires (médecin, infirmier, statisticien, et patients potentiels), et testé au sein du service d'Urgences d'Orthez.

## **1.3- Recueil des données**

### **1.3.1- Choix des gestes**

Afin d'observer et étudier la prévention antalgique réalisée lors d'un geste diagnostique ou thérapeutique douloureux, nous avons décidé de sélectionner 3 gestes parmi les plus fréquemment réalisés dans les services d'Urgences et considérés comme douloureux, grâce aux données de cotation CCAM : Les ponctions veineuses (pose de cathéter périphérique, prise de sang, etc.), les soins de plaies (sutures, nettoyage/pansement, etc.), et les immobilisations (plâtres/résines, attelles plâtrées postérieures, etc.)

### **1.3.2- Choix des patients**

La prévention de la douleur induite par les soins interpelle les soignants depuis plusieurs années, et ce notamment dans les services de pédiatrie et en post-opératoire. Plusieurs études ont été réalisées et des protocoles sont déjà en place dans de nombreux centres. Nous avons donc décidé d'observer les patients de 16 à 85 ans, se présentant dans les services d'urgences pour quelque motif que ce soit, ayant besoin dans leur prise en charge d'une ponction veineuse, d'un soin de plaie ou d'une immobilisation. Ont été exclus les patients endormis ou ne pouvant communiquer.

### **1.3.3- Choix d'un référent**

La première partie du questionnaire était remplie par le chef du service en question. Pour la deuxième partie, un référent observationnel a été désigné dans chaque service, la plupart du temps un interne. Il devait présenter l'étude et le questionnaire à l'équipe soignante et se charger du remplissage des questionnaires, seul ou avec l'aide d'autres soignants.

Le recueil des données a débuté en Juillet 2015. La durée de l'enquête n'était pas prédéterminée. Il s'agissait d'observer, pour chaque centre, 15 ponctions veineuses, 15 soins de plaies et 15 immobilisations, soit 45 patients par centre. Le nombre 15 n'a pas été choisi selon une méthode statistique, puisqu'il n'y a pas de taille d'échantillon spécifiquement

calculable au dessus de laquelle les résultats seraient interprétables. (Bien qu'une différence peu importante observée entre deux groupes sera significative sur un gros échantillon, mais pourra être expliquée par le hasard sur un petit).

### **1.4- Traitement des données**

Les données ont été saisies à partir des questionnaires rendus par les soignants, au moyen d'un masque informatique réalisé avec le logiciel Excel.

Pour faciliter le traitement des données, certaines réponses ouvertes ont été regroupées sous un terme commun :

- Nombre de personnel soignant formé à la prise en charge préventive de la douleur: La réponse demandée était le rapport *nombre de personnel formé/nombre de personnel total*, or certaines réponses reçues étaient le nombre de personnel formé uniquement, seule cette donnée a donc été exploitée.

- La réalisation du geste, « Par qui ? » : Les items « *IDE* » et « *étudiant IDE* » ont été regroupés sous un seul item, « *IDE* ».

- La préparation du patient au geste, « Autre position » : Les réponses « *Assis* », et « *Semi Assis* », ont été regroupées sous le terme « *Assis* ».

- La diversion du soignant, avant et pendant le geste :

Les réponses « *Discussion* », « *Dialogue* », « *Conversation* », ont été regroupées sous le terme « *Parler* ».

Les réponses « *Poser des questions* », « *Faire parler le patient* », « *Interroger le patient* », ont été regroupées sous le terme « *Questionner* ».

- Les antalgiques : Les réponses « *Kalinox* », « *Entonox* », « *Protoxide d'Azote* », « *MEOPA* », ont été regroupées sous le terme « *MEOPA* ».

Le logiciel SAS a été utilisé pour l'analyse statistique.

Le test du Chi<sup>2</sup> (site BiostaTGV) a été utilisé pour les croisements de variables qualitatives, le test de Student pour les coefficients de régression linéaire, et le test de Wald pour la procédure Backward dans les régressions logistiques.

Le seuil de significativité est de 0,05, ne seront alors retenus que les résultats avec p-value < 0,05. Des arbres de décision ont été utilisés pour mettre en évidence les seuils les plus

discriminants avant de former des classes pour les variables quantitatives, lorsque cela s'est avéré nécessaire.

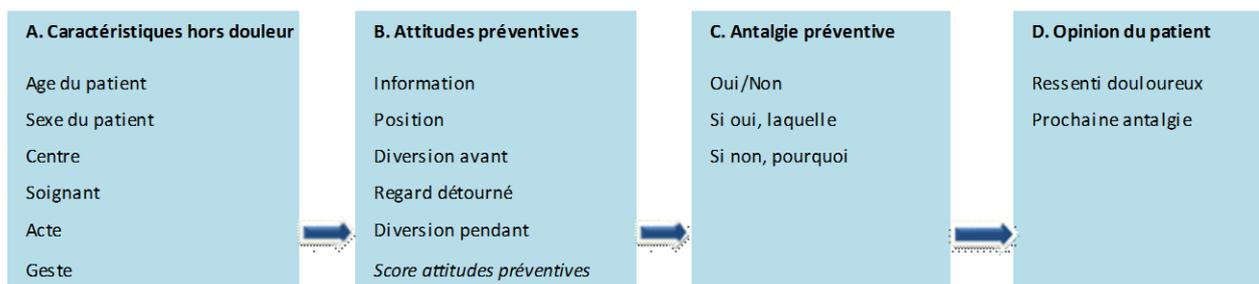
## 2) RÉSULTATS ET ANALYSE

L'enquête observationnelle s'est déroulée de juillet à novembre 2015. Sur les 12 centres, 2 ont refusé de participer à l'étude (Polyclinique Saint Etienne de Bayonne et Clinique Aguilera de Biarritz) et 1 acceptait qu'une observation soit faite mais sans faire participer son personnel soignant, il a donc été exclu de l'enquête (Clinique Marzet de Pau). Enfin, dans 3 centres (Mont de Marsan, Pau, et Dax), j'ai fait office de référent observationnel pour la majorité des gestes car au mois d'octobre trop peu de questionnaires étaient remplis.

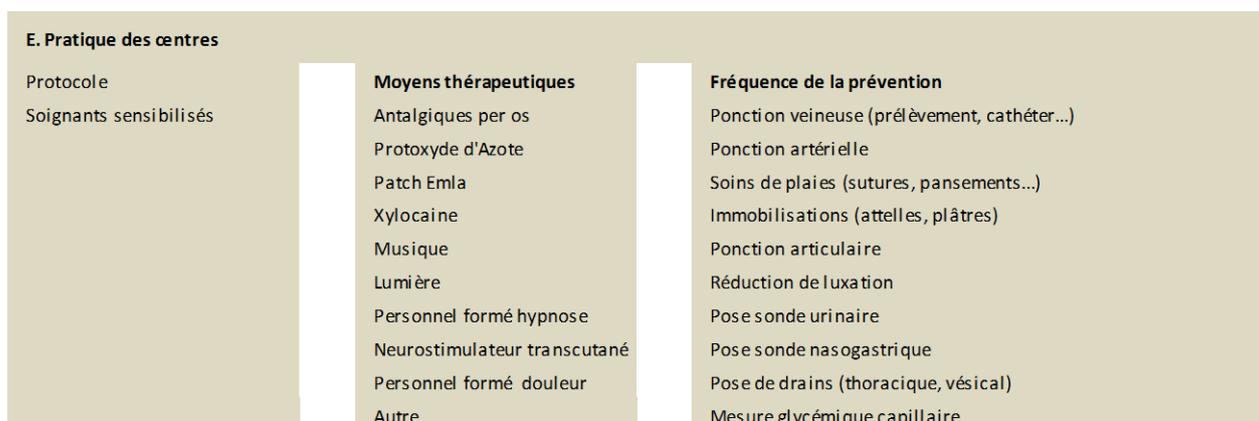
Au total, 9 centres ont participés avec 45 questionnaires par centre, soit 405 gestes douloureux observés.

Les différentes variables observées ont été regroupées en bloc, qui seront étudiés l'un après l'autre puis mis en relation entre eux.

Liste des variables de l'enquête observationnelle auprès des patients (*en italique : variables calculées*)



Liste des variables de l'enquête de pratiques auprès des centres

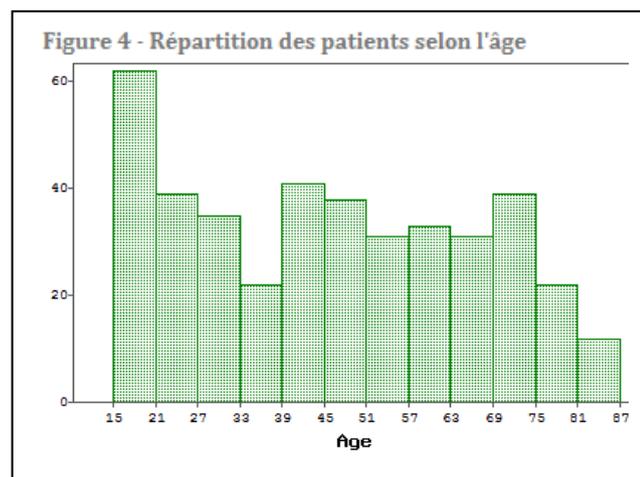


## 2.1- Description de la population

### 2.1.1- Description univariée

Tableau 4 - Caractéristiques des patients, soignants, gestes effectués

| Age              |            |               |
|------------------|------------|---------------|
| Moyenne =        | 45,636     |               |
| Médiane =        | 45,00      |               |
| Min =            | 16         | Max = 85      |
|                  | Nb         | %             |
| De 10 à 19       | 58         | 14,3%         |
| De 20 à 29       | 65         | 16,0%         |
| De 30 à 39       | 37         | 9,1%          |
| De 40 à 49       | 74         | 18,3%         |
| 50 et plus       | 171        | 42,2%         |
| <b>Total</b>     | <b>405</b> | <b>100,0%</b> |
| Sexe             |            |               |
|                  | Nb         | %             |
| F                | 192        | 47,4%         |
| M                | 213        | 52,6%         |
| <b>Total</b>     | <b>405</b> | <b>100,0%</b> |
| Geste            |            |               |
|                  | Nb         | %             |
| Agrafes          | 3          | 0,7%          |
| Att post         | 48         | 11,9%         |
| Autre            | 46         | 11,4%         |
| KT               | 108        | 26,7%         |
| Nettoyage plaie  | 55         | 13,6%         |
| Pds              | 27         | 6,7%          |
| Plâtre/Résine    | 43         | 10,6%         |
| Suture           | 75         | 18,5%         |
| <b>Total</b>     | <b>405</b> | <b>100,0%</b> |
| Si autre         |            |               |
|                  | Nb         | %             |
| Att cheville     | 5          | 10,9%         |
| Att doigt        | 5          | 10,9%         |
| Att genou        | 8          | 17,4%         |
| Att poignet      | 4          | 8,7%          |
| Att épaule       | 11         | 23,9%         |
| Collier cervical | 3          | 6,5%          |
| Syndactylie      | 6          | 13,0%         |
| Traction fémur   | 2          | 4,3%          |
| Autres           | 2          | 4,3%          |
| <b>Total</b>     | <b>46</b>  | <b>100,0%</b> |
| Soignant         |            |               |
|                  | Nb         | %             |
| IDE              | 209        | 51,6%         |
| Interne          | 84         | 20,7%         |
| Orthésiste       | 4          | 1,0%          |
| Urgentiste       | 108        | 26,7%         |
| <b>Total</b>     | <b>405</b> | <b>100,0%</b> |



## 2.1.2- Analyses bivariées

Nous avons étudié s'il existait des relations significatives entre les variables observées.

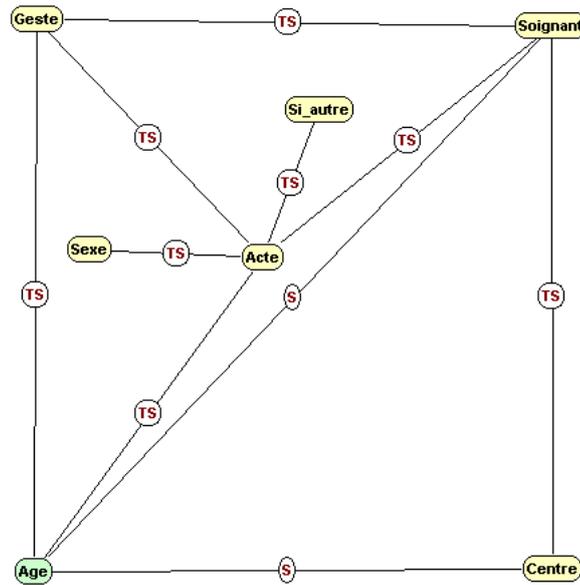


Figure 5 - Relations significatives (S) ou très significatives (TS) entre les différentes variables

Etude des relations significatives :

- On observe une différence majeure entre les centres, *ce n'est pas le même type de soignants* : Les internes font plus de la moitié des actes à Bayonne et Mont-de-Marsan. Le rôle des urgentistes est très différent selon les centres (Ex : réalisent moins de gestes à Bayonne).

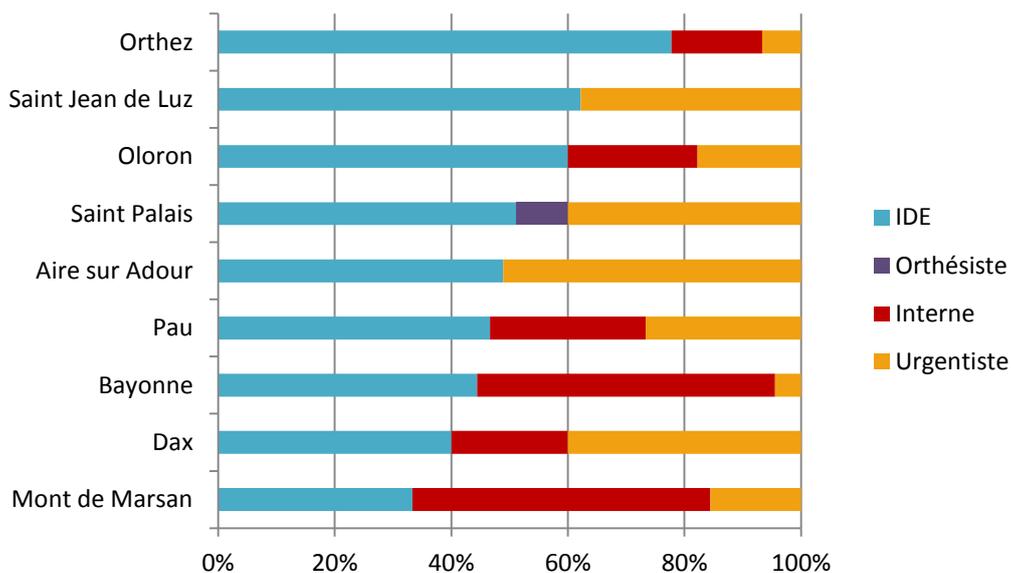


Figure 6 - Fréquence d'intervention des différents soignants dans chaque centre

La différence de soignants entre les centres ne se fait pas sur les ponctions veineuses, qui sont assurées partout en quasi-totalité par les IDE (97%), mais sur les autres actes : On note par exemple que **les immobilisations** sont assurées en quasi-totalité par des IDE à Orthez, par des urgentistes à Aire et Dax, et par des internes à Bayonne.

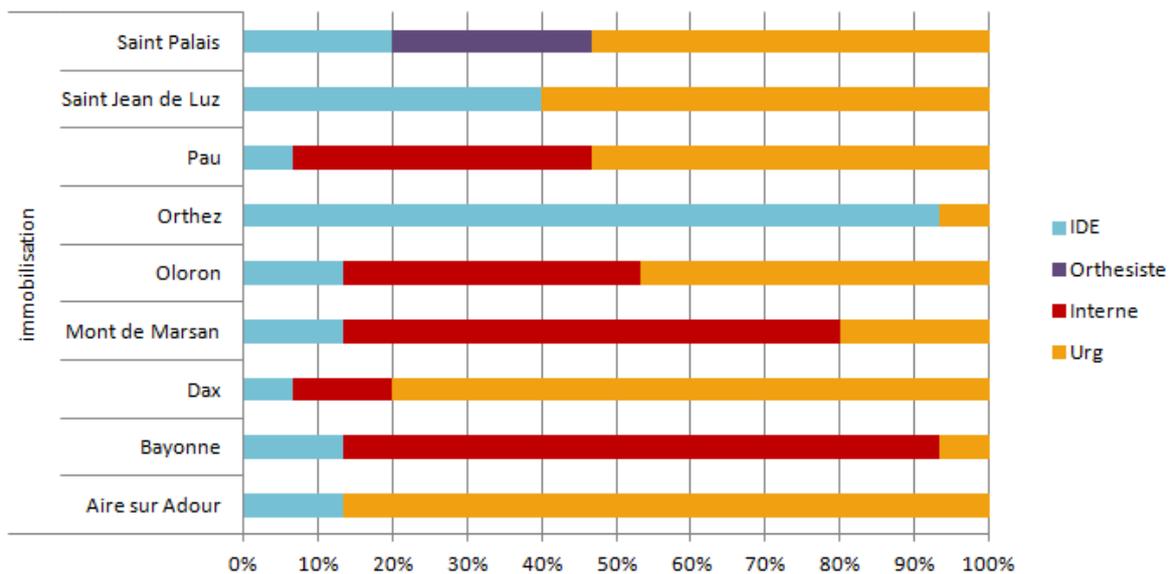


Figure 7 - Soignants intervenant dans la réalisation des immobilisations

De même le type de soignants prenant en charge **les plaies** varie beaucoup d'un centre à l'autre.

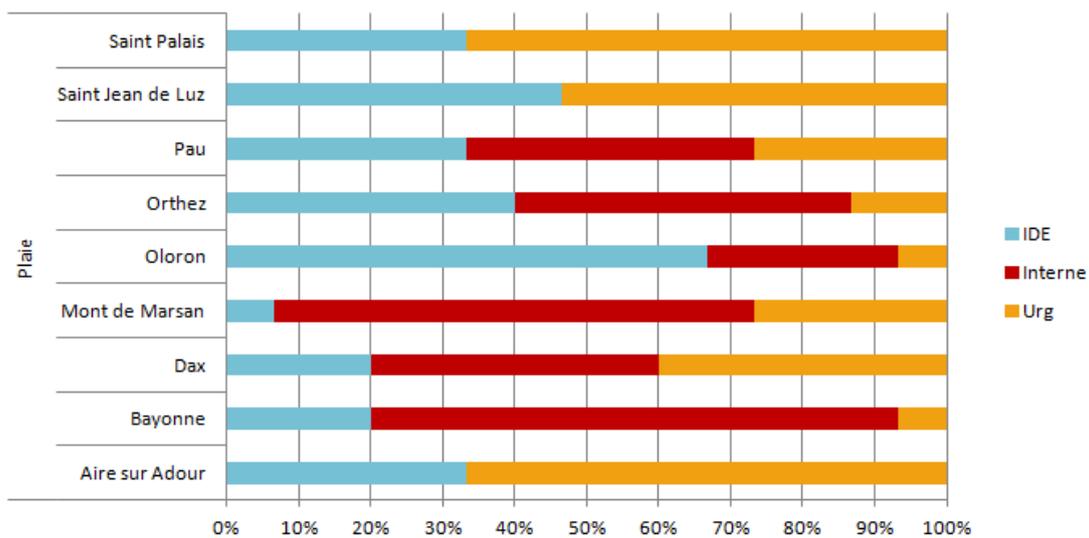


Figure 8 - Soignants intervenant dans le soin des plaies

- L'âge moyen des patients varie de 39 ans à Aire à 53 ans à Dax. Cette ville a un profil de patients biaisé par la présence des curistes : 25 % des patients ont plus de 73 ans.

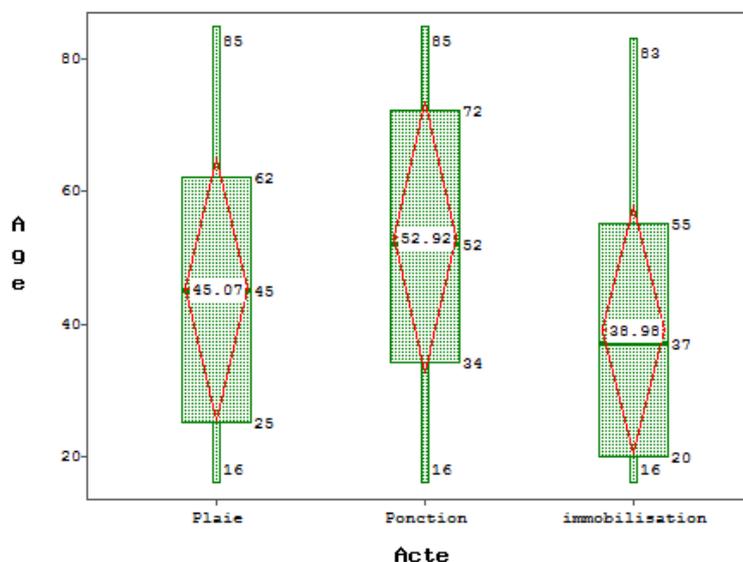


Figure 9 - Répartition des patients pour chaque geste

On consulte pour des plaies à tout âge, les patients sont en moyenne plus jeunes pour les immobilisations, plus âgés en ce qui concerne les ponctions.

## 2.2- Les attitudes préventives

### 2.2.1- Le patient est-il informé sur la douleur provoquée par le geste ?

La première attitude préventive observée a été de savoir si le soignant informait le patient sur le geste à venir et son caractère douloureux.

Tableau 5 - Information des patients sur la douleur

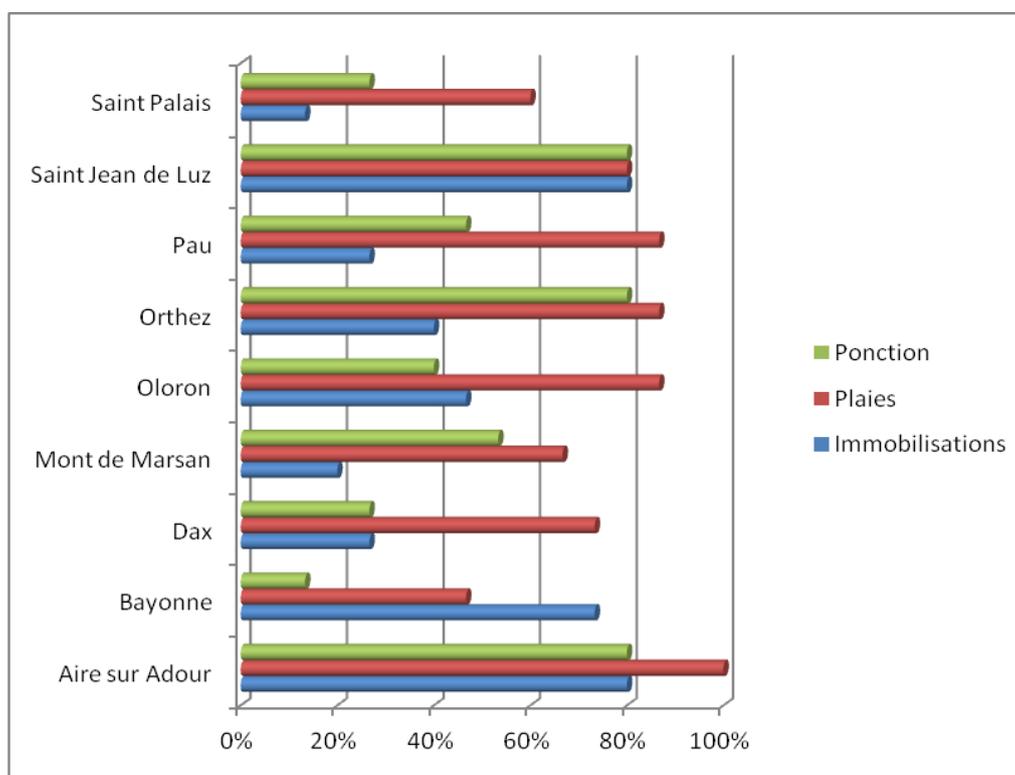
| Le patient est-il informé sur la douleur provoquée par le geste ? |            |               |
|---|------------|---------------|
|   | Nb         | %             |
| Non   | 174        | 43,0%         |
| Oui   | 231        | 57,0%         |
| <b>Total</b>  | <b>405</b> | <b>100,0%</b> |

Il n'y a pas d'information préalable dans 43% des cas.

Le critère le plus discriminant dans le fait d'informer ou pas le patient sur la douleur est le type d'acte :

**Tableau 6 - Pourcentage des patients informés par centre et par type d'acte**

| % de patients informés par centre et acte |                 |            |            |                    |
|---|-----------------|------------|------------|--------------------|
|   | Immobilisations | Plaies     | Ponction   | Ensemble des actes |
| Aire sur Adour                            | 80%             | 100%       | 80%        | 87%                |
| Bayonne                                   | 73%             | 47%        | 13%        | 44%                |
| Dax                                       | 27%             | 73%        | 27%        | 42%                |
| Mont de Marsan                            | 20%             | 67%        | 53%        | 47%                |
| Oloron                                    | 47%             | 87%        | 40%        | 58%                |
| Orthez                                    | 40%             | 87%        | 80%        | 69%                |
| Pau                                       | 27%             | 87%        | 47%        | 53%                |
| Saint Jean de Luz                         | 80%             | 80%        | 80%        | 80%                |
| Saint Palais                              | 13%             | 60%        | 27%        | 33%                |
| <b>Total général</b>                      | <b>45%</b>      | <b>76%</b> | <b>50%</b> | <b>57%</b>         |



**Figure 10 - Pourcentage des patients informés par centre et par type d'acte**

L'information sur la douleur induite par le geste à venir est quasi-systématique pour les soins de plaie, notamment pour les sutures, beaucoup plus souvent négligée pour les immobilisations et les ponctions. Certains centres semblent avoir adopté une procédure d'information pour l'ensemble des actes (St Jean de Luz, Aire sur Adour).

- **Pour les soins de plaies** : l'information diffère selon le soin réalisé sur la plaie. Elle est moins systématique lorsqu'il s'agit simplement d'un nettoyage de plaie :

**Tableau 7- Information douleur pour les soins de plaie**

|                        | <b>nb</b>  | <b>% informé</b> |                |
|------------------------|------------|------------------|----------------|
| Nettoyage plaie        | 55         | 64%              | <i>p= 0,01</i> |
| Suture                 | 75         | 84%              |                |
| Agrafes et autres      | 5          | 100%             |                |
| <b>Ensemble plaies</b> | <b>135</b> | <b>76%</b>       |                |

Et pour le nettoyage des plaies, donc où l'information est le moins systématique par rapport aux autres soins de plaies, la pratique dépend du centre, avec deux groupes aux comportements très différents :

D'une part : AIRE SUR ADOUR, OLORON, PAU, SAINT JEAN DE LUZ, ORTHEZ, avec 83% d'information.

D'autre part : MONT DE MARSAN, SAINT PALAIS, DAX, BAYONNE, avec 23% d'information seulement.

Le nettoyage de plaies est pratiqué dans la grande majorité des cas par des IDE (82%).

L'information est plus systématique lorsque le geste est fait par les urgentistes, et absente chez les internes.

**Tableau 8 - Information sur la douleur provoquée par le nettoyage de plaie selon les soignants**

|            | <b>nb</b> | <b>% informé</b> |                 |
|------------|-----------|------------------|-----------------|
| IDE        | 45        | 67%              | <i>p = 0,02</i> |
| Urgentiste | 6         | 83%              |                 |
| Interne    | 4         | 0%               |                 |

- **Pour les autres actes (ponction, immobilisation)**, il n'y a pas de geste induisant spécifiquement une information préalable. La différence se fait sur le centre : Aire, St Jean de Luz et Orthez informent le patient dans 73% des cas, contre seulement 34% pour les autres centres. La différence entre les soignants n'est pas significative. S'agit-il plutôt d'une politique de centre ?

### 2.2.2- La position du patient

Elle dépend en premier lieu du geste, avec cependant des différences de pratique remarquables selon les centres pour le groupe *Agrafes, Nettoyage plaie, Attelle postérieure, Plâtre/Résine* : contrairement aux autres centres, Oloron et Orthez gardent dans ce cas majoritairement le patient assis.

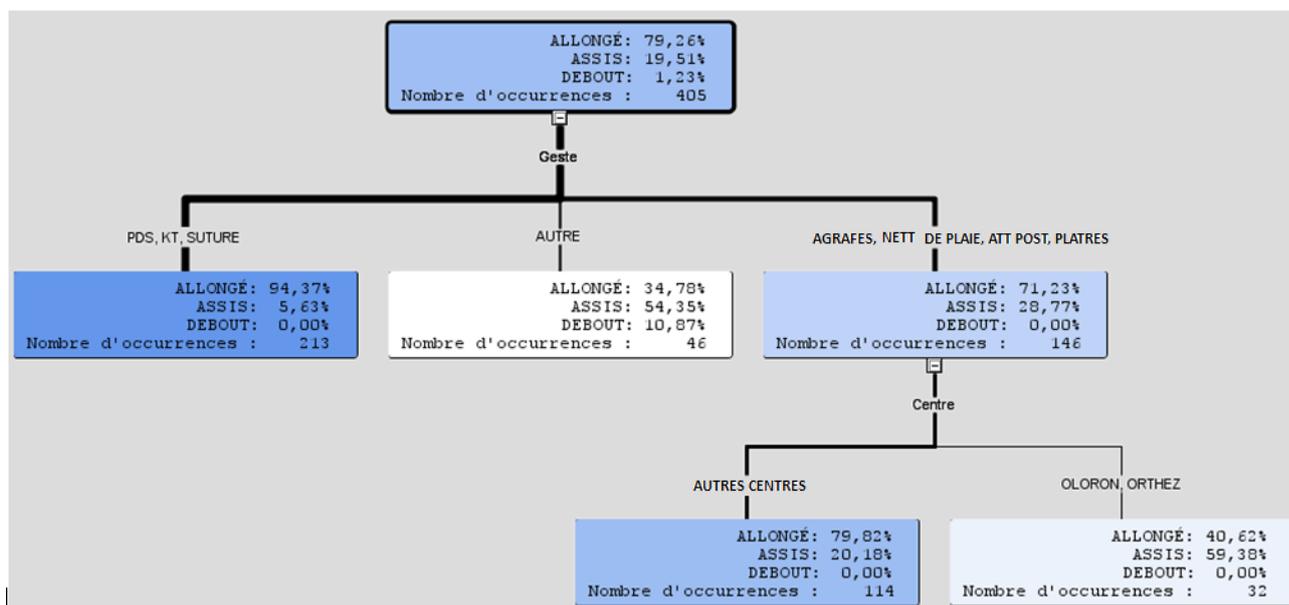


Figure 11 - Arbre décisionnel des facteurs déterminant la position du patient

### 2.2.3- La diversion par le soignant avant le geste

Pratiquée dans 37% des cas, elle est surtout basée sur la parole, l'échange avec le patient.

Tableau 9 - Méthodes de diversion observées avant la réalisation du geste

|                |     |
|----------------|-----|
| Parler         | 120 |
| Expliquer      | 14  |
| Hypnose        | 8   |
| Plaisanter     | 3   |
| Chanter        | 2   |
| Questionner    | 2   |
| Masser         | 1   |
| Musicothérapie | 1   |

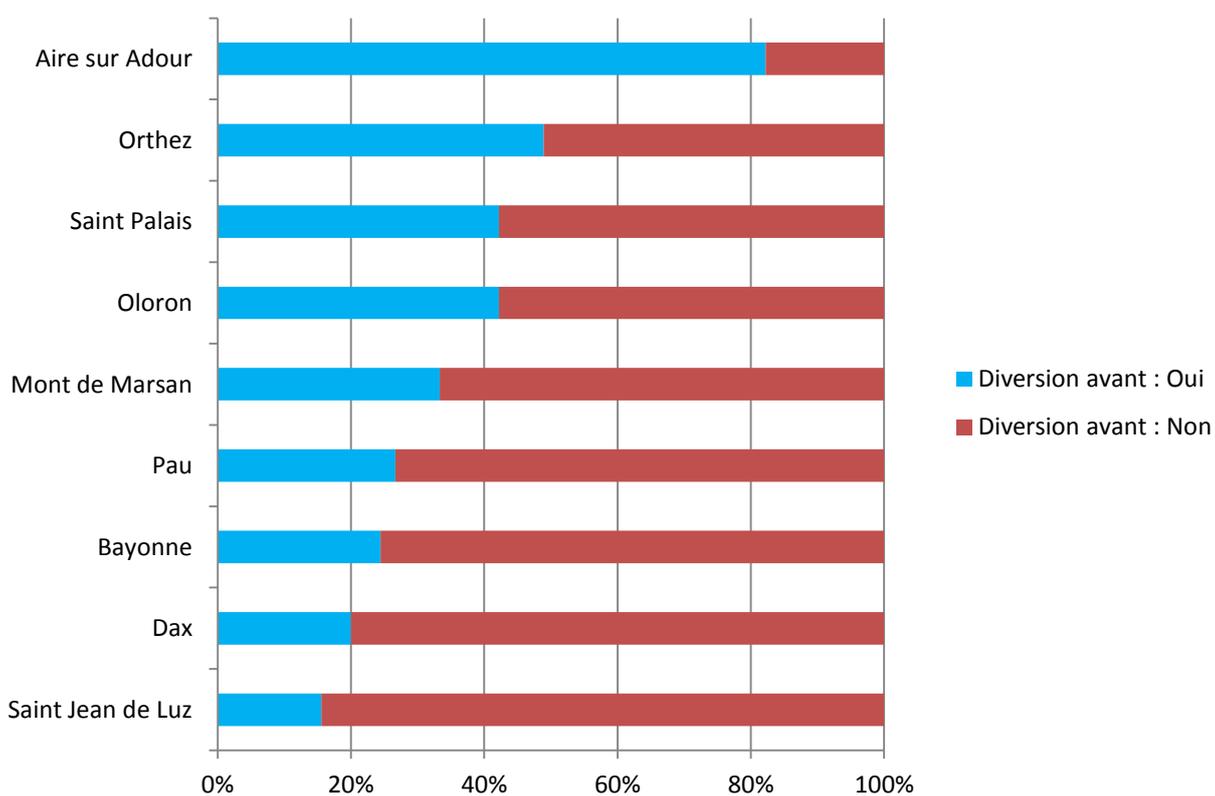
L'hypnose est proposée dans les 8 cas suivants :

**Tableau 10 - Huit cas d'utilisation d'hypnose en prévention de la douleur avant la réalisation du geste**

| Centre  | Geste           | Soignant   |
|---------|-----------------|------------|
| Bayonne | Suture          | Interne    |
| Bayonne | Suture          | Interne    |
| Dax     | Nettoyage plaie | Urgentiste |
| Oloron  | KT              | IDE        |
| Oloron  | Plâtre/Résine   | Urgentiste |
| Orthez  | Att doigt       | IDE        |
| Orthez  | Att post        | Urgentiste |
| Pau     | KT              | IDE        |

Qu'est-ce qui détermine la pratique d'une diversion avant le geste ?

C'est encore le centre qui différencie au 1<sup>er</sup> rang les pratiques. Aire sur Adour fait figure d'exception avec une pratique de diversion très active.



**Figure 12 - Diversion du patient avant la réalisation du geste douloureux selon les centres**

Dans les centres où la diversion est une pratique fréquente mais pas systématique (Mont de Marsan, Oloron, Saint Palais, Orthez), on voit qu'elle est adoptée plus fréquemment lorsque le patient est une femme (51% contre 33% pour les hommes –  $p = 0,019$ ). Cette prise en charge particulière des femmes est d'ailleurs surtout le fait des urgentistes (dans 87% des cas, ils font diversion), à l'opposé des internes (27%).

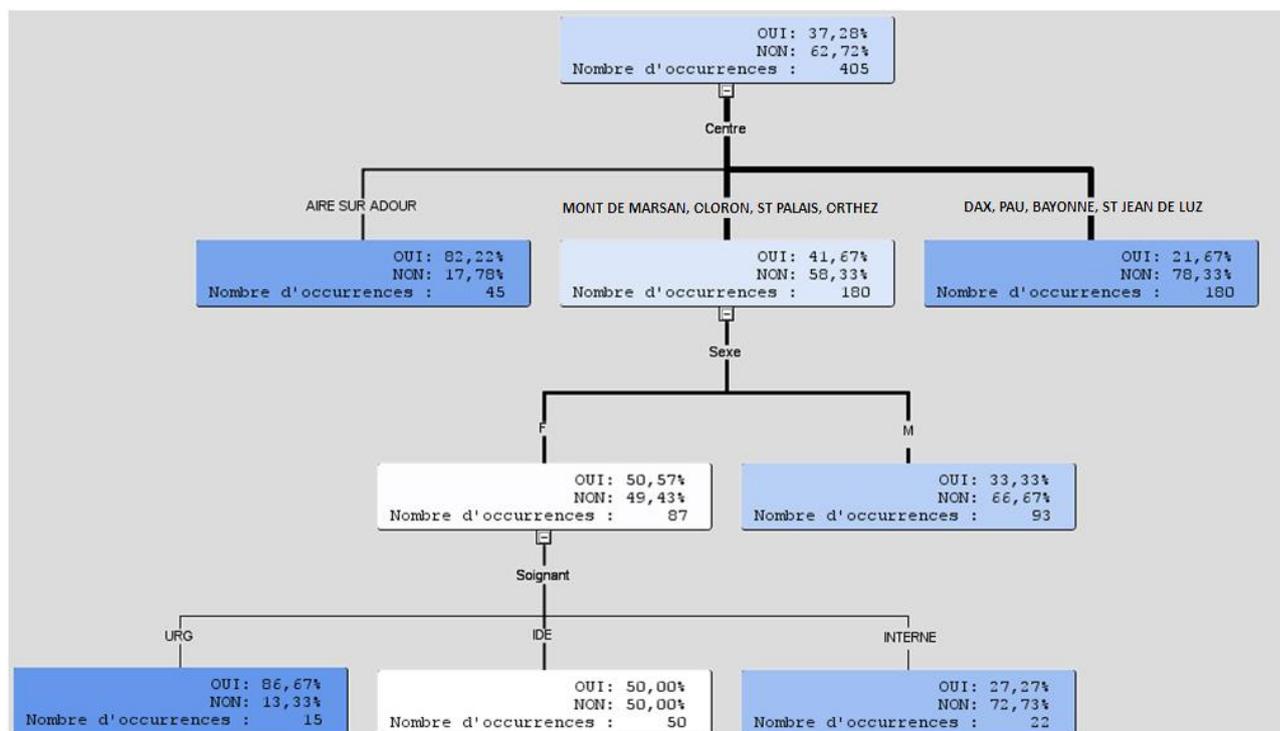


Figure 13 - Arbre décisionnel des facteurs déterminant la diversion du patient avant le geste

La régression logistique montre qu'une fois le centre contrôlé, il reste un effet du type d'acte : la diversion est plus souvent utilisée avant un traitement de plaie que pour une immobilisation (Odds-ratio : 2.26,  $p = 0.035$ )

Tableau 11 - Facteurs prédisposant à la diversion avant le geste

| Pratique de la diversion du patient avant le geste |                                   | P       | OR    |
|--|-----------------------------------|---------|-------|
| Acte   | Plaie vs immobilisation           | 0,0353  | 2,263 |
| Centre   | Aire sur Adour vs Saint Palais    | <0.0001 | 6,662 |
| Centre   | Bayonne vs Saint Palais           | 0,0776  | 0,434 |
| Centre   | Dax vs Saint Palais               | 0,0162  | 0,334 |
| Centre   | Orthez vs Saint Palais            | 0,0689  | 1,319 |
| Centre   | Saint Jean de Luz vs Saint Palais | 0,0026  | 0,245 |

### Est-ce que information et diversion sont couplées ?

Oui en effet, les deux pratiques sont fréquemment associées ( $p < 0.0001$ ).

La diversion est bien plus souvent tentée chez ceux qui informent (46% vs 26% chez ceux qui n'informent pas).

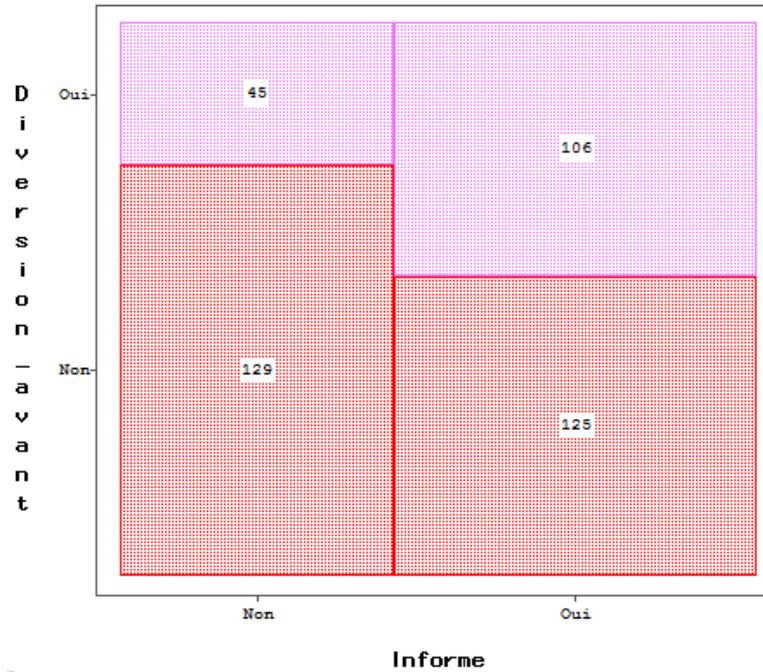


Figure 14 - Relation information et diversion

### 2.2.4- Détourner le regard du site de plaie ou du point de ponction

Cette proposition est faite dans 51% cas où information et diversion sont déjà proposées, contre 14% seulement dans le cas où il n'y a eu ni information, ni tentative de diversion préalables.



Figure 15 - Relation entre méthodes préventives non médicamenteuses

Comme les attitudes précédentes, la proposition de détourner le regard lors de ponctions ou de soins de plaie dépend en premier lieu du centre.

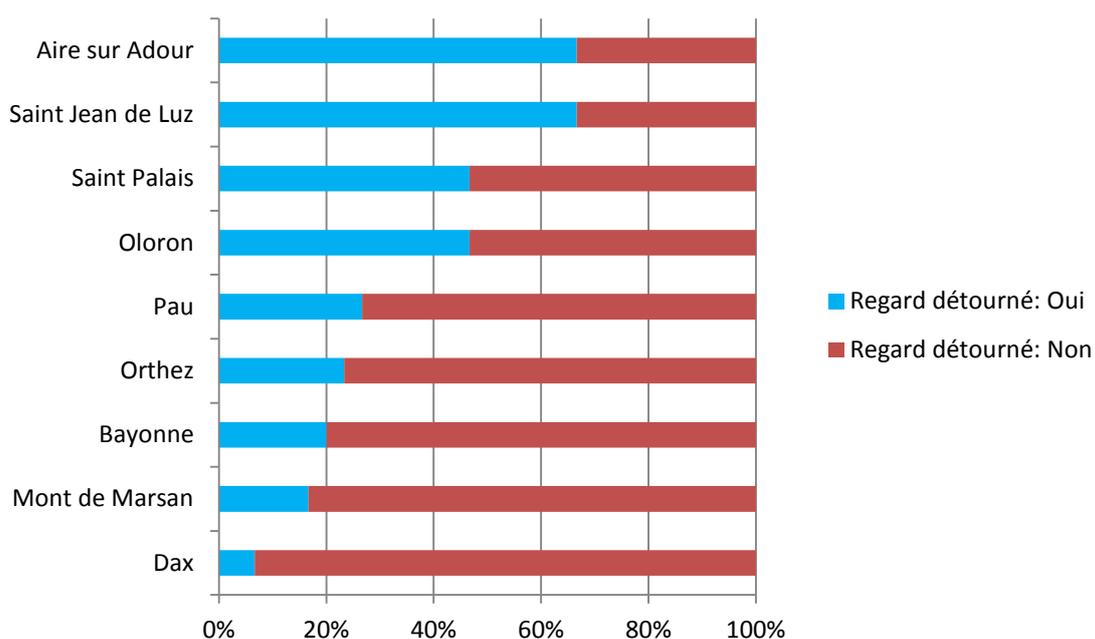


Figure 16 - Proposition de détourner le regard pendant le geste selon les centres

### 2.2.5- Détourner l'attention du patient pendant le geste

Dans 46,4% des cas observés, l'attention du patient a été détournée pendant la réalisation du geste. Les méthodes de diversion sont largement identiques à celles décrites avant le geste :

Tableau 11 - Méthodes de diversion observées pendant la réalisation du geste

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Parler                 | 136        |
| Questionner            | 17         |
| Souffler               | 14         |
| Hypnose                | 8          |
| Plaisanter             | 6          |
| Expliquer              | 4          |
| Chanter                | 1          |
| Masser                 | 1          |
| Musique                | 1          |
| <b>Total diversion</b> | <b>188</b> |

Les deux pratiques apparaissent très liées ( $p < 0.0001$ ) comme le montrent les zones en surbrillance Oui/Oui et Non/Non) :

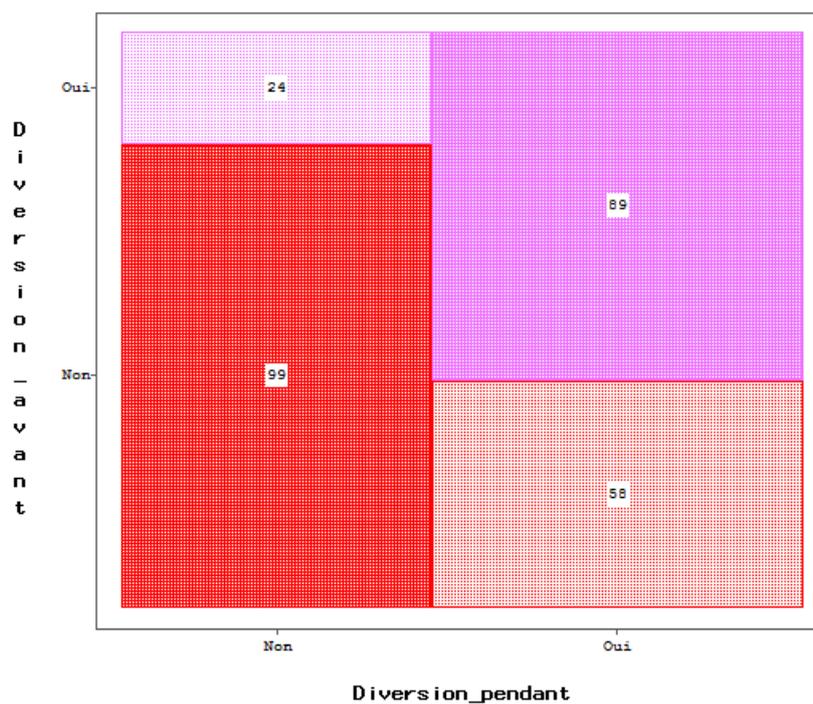


Figure 17 - Comparaison des méthodes préventives : diversion avant le geste vs diversion pendant le geste

La pratique d’une diversion pendant le geste dépend en priorité du type de geste. Elle est moins répandue en ce qui concerne les attelles postérieures et autres gestes.

Tableau 12 - Fréquence de la diversion pendant l’acte selon le geste

| Geste               | Fréquence de la diversion pendant le geste |
|---------------------|--|
| Nettoyage plaie     | 62%  |
| Pds                 | 56%  |
| KT                  | 54%  |
| Suture              | 52%  |
| Plâtre/Résine       | 47%  |
| Agrafes             | 33%  |
| Attelle postérieure | 29%  |
| Autres              | 15%  |

Pour les gestes où le soignant diverte le patient pendant le soin, c'est là encore selon le centre que les pratiquent différent.

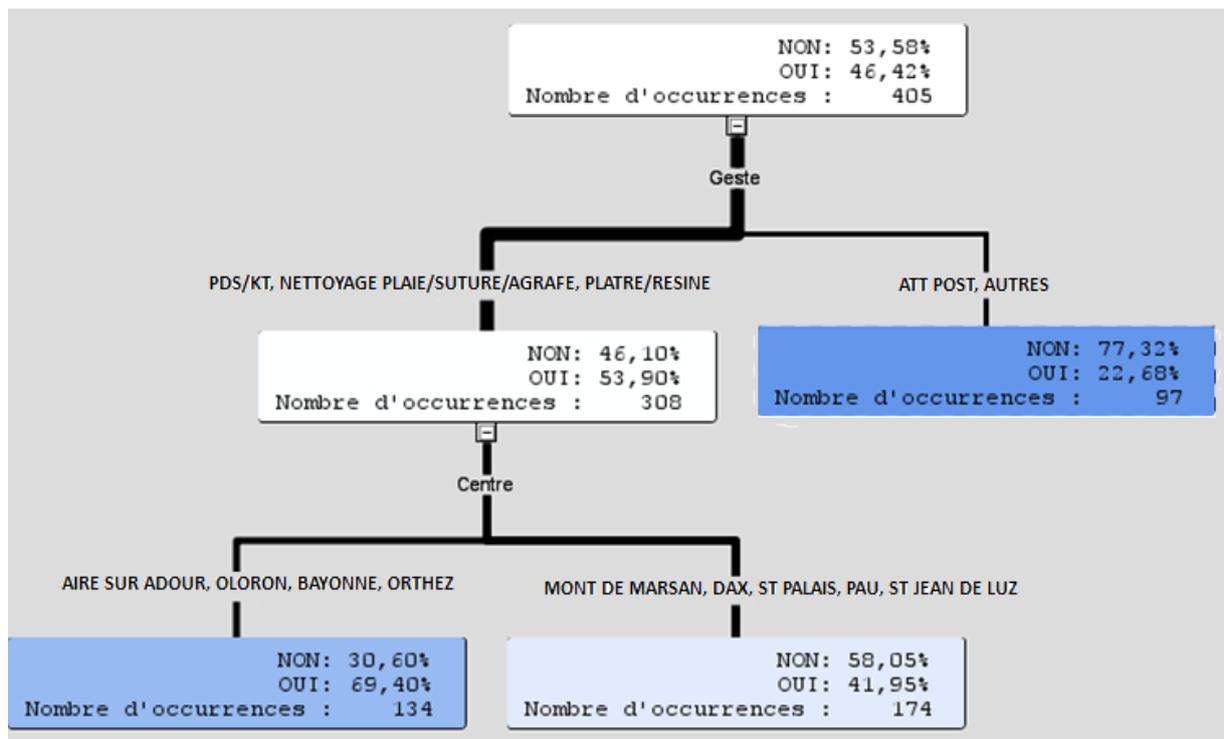


Figure 18 - Arbre décisionnel des facteurs déterminant la diversion pendant le geste

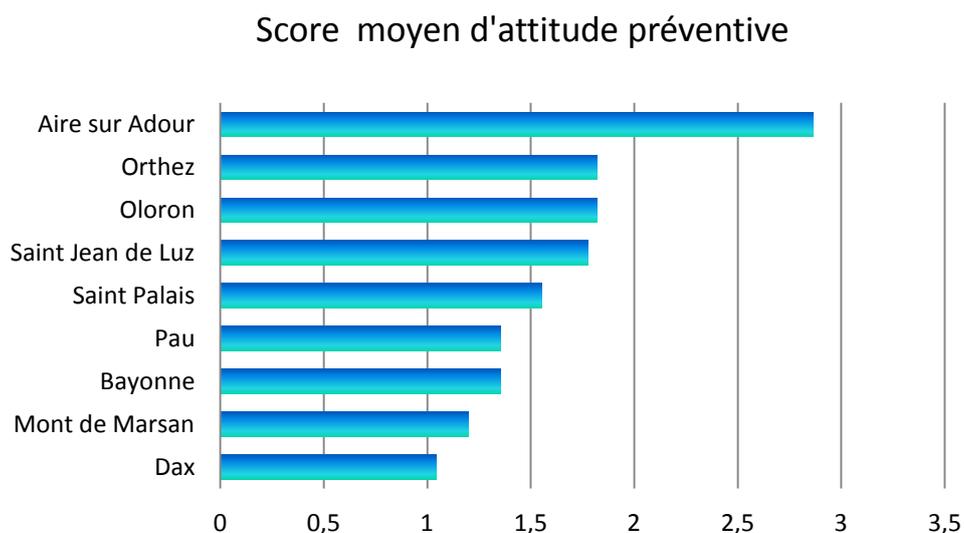
### 2.2.6- Score d'attitude préventive

En cumulant les 4 attitudes précédentes – information, diversion avant (le soin), regard détourné, diversion pendant (le soin) – on peut définir pour chaque cas un score d'attitude préventive variant de 0 lorsqu'aucune des 4 pratiques n'a été proposée, à 4 lorsqu'elles ont toutes été mises en place. Le score est nécessaire plus bas pour les actes de la catégorie Immobilisation où la proposition de détourner le regard n'a pas été évaluée.

Tableau 13 - Score d'attitude préventive

|                   | Score moyen |
|-------------------|-------------|
| Plaie             | 2,1         |
| Ponction          | 1,7         |
| immobilisation    | 1,0         |
| <b>Tous actes</b> | <b>1,6</b>  |

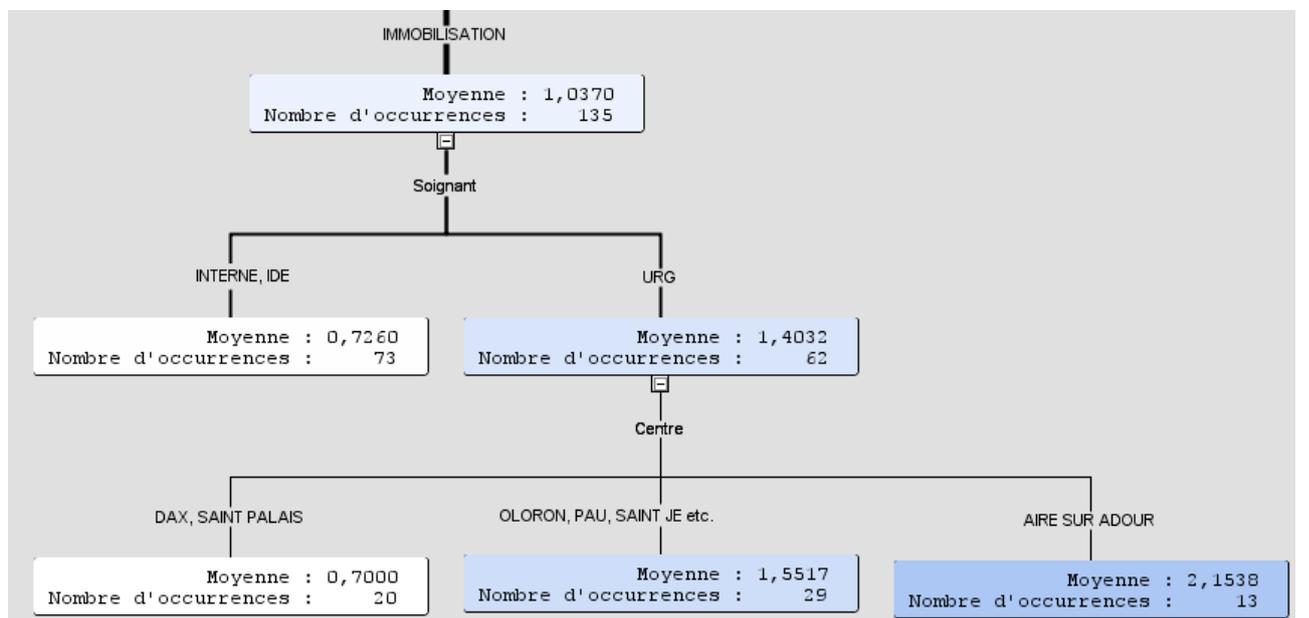
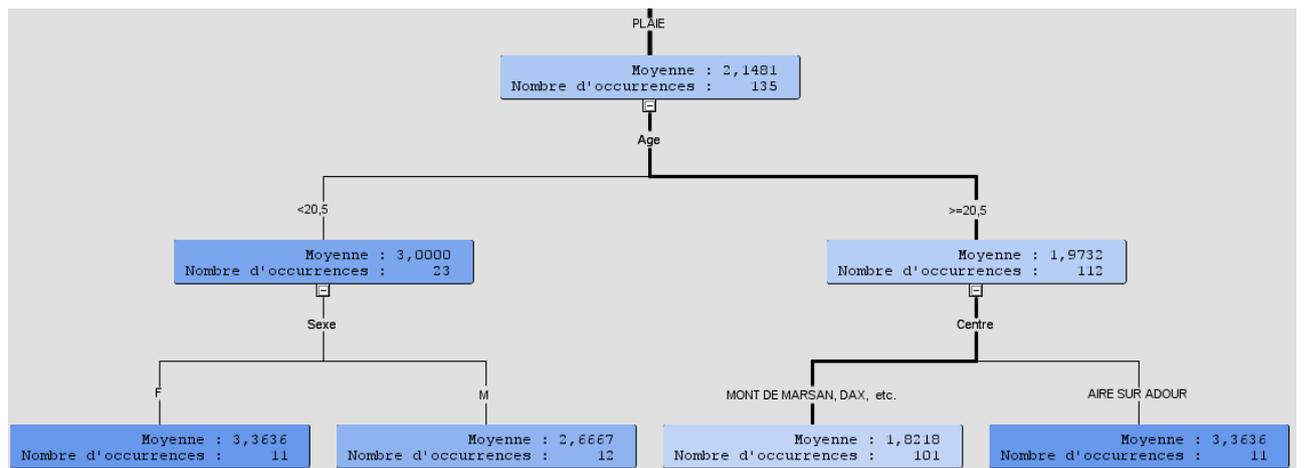
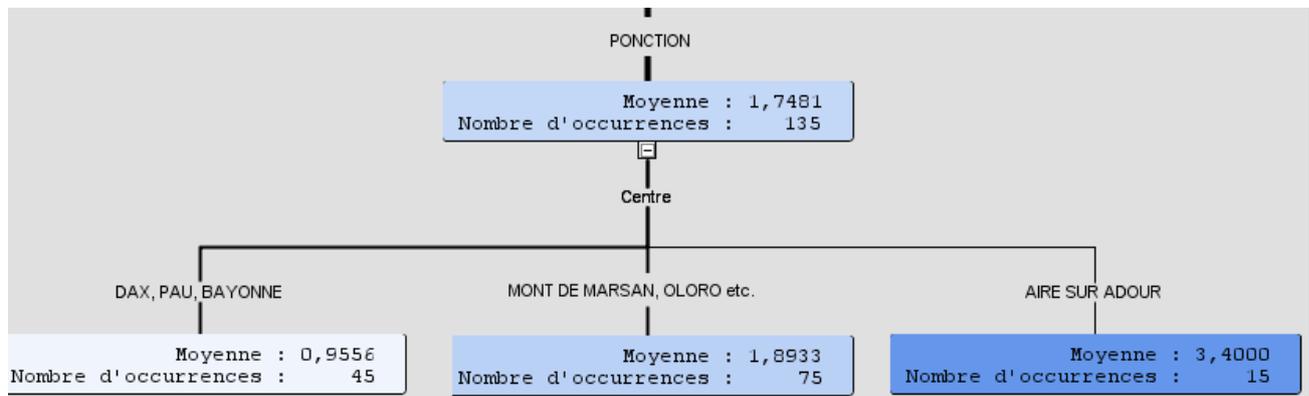
Le centre est également un déterminant fort du score et la spécificité d'Aire sur Adour se confirme au niveau du score moyen.



**Figure 19 - Score moyen d'attitude préventive par centre**

L'arbre de décision permet de comprendre les différences d'attitudes pour chacun des types d'acte. Pour une meilleure lisibilité il est scindé en 3 branches pour chaque geste :

- Pour les Ponctions veineuses le critère le plus discriminant reste le centre, avec les Urgences d'Aire sur Adour qui se démarquent avec un score d'attitude préventif de 3,4. (Fig.20)
- Pour les soins de plaie, les soignants semblent avoir une attitude plus compassionnelle avec les jeunes filles. (Fig.20)
- Pour les immobilisations, qui sont les actes suscitant le moins de pratiques préventives, il apparaît que l'attitude diffère selon le soignant. Les urgentistes ont des pratiques plus fréquentes, alors que les internes semblent les moins sensibilisés à cette prévention. (Fig.20) Ceci n'est pas dû au type de geste pratiqué par les uns ou les autres. Même en contrôlant le geste, il y a une différence significative de score moyen des internes par rapport aux urgentistes : -0.69 points ( $p = 0.0007$ ). La différence n'est pas significative en revanche pour les IDE (Tableau 14).



**Figure 20 - Arbres décisionnels des facteurs déterminant le score d'attitude préventive pour les ponctions veineuses, les soins de plaie, et les immobilisations**

Tableau 14 - Régression linéaire pour les immobilisations : score d'attitude préventive/autres variables

| Score d'attitude préventive pour les immobilisations<br>par ordre d'entrée dans la régression linéaire |                            |          |          |
|--|----------------------------|----------|----------|
|  |                            | <i>d</i> | <i>p</i> |
| Soignant   | IDE vs Urgentistes         | -0,3122  | 0,1693   |
|  | Interne vs Urgentistes     | -0,6901  | 0,0007   |
| Geste  | Att post vs Plâtres/Résine | -0,2029  | 0,3201   |
|  | Autres vs Plâtres/Résine   | -0,6126  | 0,0081   |

Nous avons voulu approfondir l'étude du lien éventuel entre l'attitude du soignant et l'âge, et avons défini pour cela 3 classes d'âge : <= 21 ans (juniors), de 22 à 70 ans (adultes), et plus de 70 ans (seniors). Une différence significative de score apparaît pour deux types d'actes :

- Le soin des plaies : 0.95 points de score en plus en moyenne chez les juniors par rapport aux autres classes d'âge (p = 0.011)
- Les ponctions : 0.64 points de score en moins en moyenne chez les seniors par rapport aux autres classes d'âge (p = 0.012)

## 2.3- L'antalgie préventive

### 2.3.1- Fréquence de l'antalgie préventive

Une antalgie préventive est proposée dans 153 cas (38%).

Dans les 252 cas où elle n'est pas pratiquée, les raisons invoquées sont :

- Geste non douloureux et soin pratiqué dans l'urgence : 40 (16%)
- Geste non douloureux, pas d'urgence signalée : 125 (50%)
- Soin pratiqué dans l'urgence, et geste potentiellement douloureux<sup>1</sup> : 65 (26%)
- Aucune de ces deux explications : 22 (9%). Dans 14 cas, le soignant dit ne pas avoir pensé à proposer l'antalgie.

<sup>1</sup> Le soignant ne l'a pas désigné comme non douloureux

### 2.3.2- Quelle antalgie?

**Tableau 15 - Antalgiques administrés en prévention de la douleur induite par les actes**

|               | n  | %   |
|---------------|----|-----|
| Anesth locale | 70 | 46% |
| Hypnose       | 1  | 1%  |
| MEOPA         | 34 | 22% |
| Palier1IV     | 6  | 4%  |
| Palier1PO     | 41 | 27% |
| Palier2IV     | 1  | 1%  |
| Palier2PO     | 17 | 11% |
| Palier3IV     | 11 | 7%  |
| Palier3PO     | 1  | 1%  |

Le total est supérieur à 100% car dans 29 cas deux antalgiques sont prescrits. Les associations les plus fréquentes sont les suivantes :

**Tableau 16 - Associations des antalgiques prescrits**

|               |           | n  |
|---------------|-----------|----|
| Palier1PO     | Palier2PO | 7  |
| Anesth locale | Palier1PO | 5  |
| Meopa         | Palier3IV | 5  |
| Anesth locale | Meopa     | 3  |
| Meopa         | Palier1PO | 3  |
| Meopa         | Palier2PO | 2  |
| Palier1IV     | Palier3IV | 2  |
| Anesth locale | Palier1IV | 1  |
| Palier1IV     | Palier2IV | 1  |
|               |           | 29 |

### 2.3.3- Quand l'antalgie préventive est-elle proposée ?

La prescription d'une antalgie préventive dépend de deux facteurs liés entre eux : le geste et le soignant.

Elle est quasi-automatique pour les sutures, et fréquente pour les attelles postérieures (58%) et les plâtres (51%).

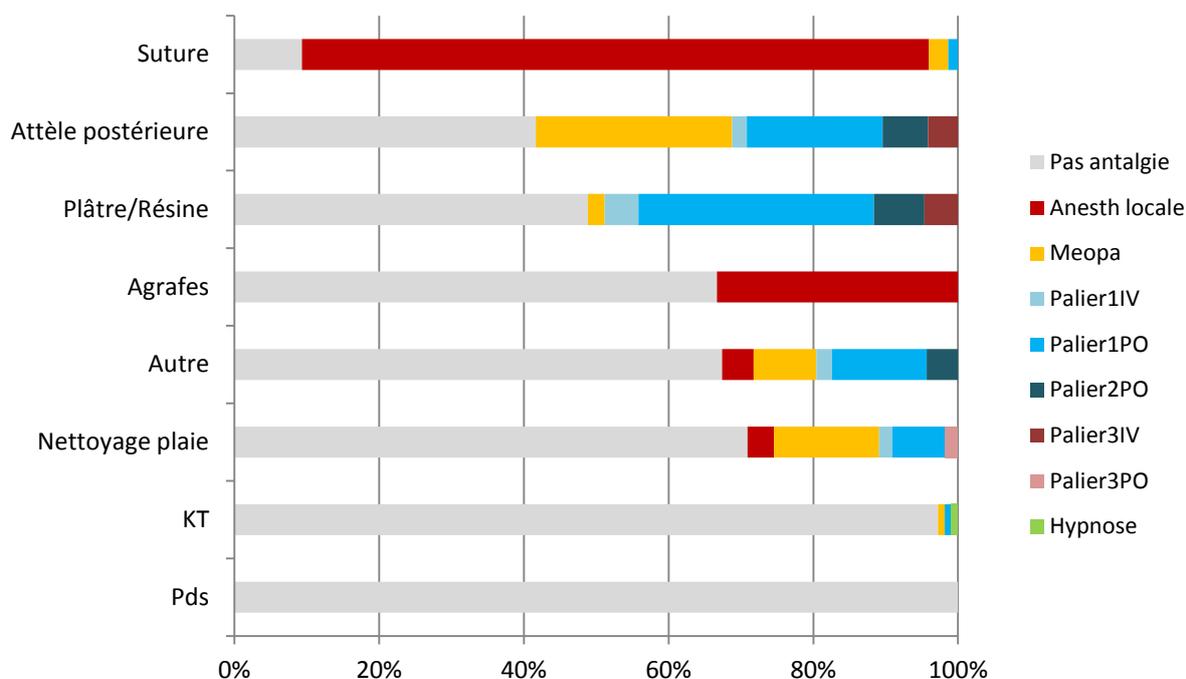


Figure 21 - Antalgie médicamenteuse pour chaque geste (seul l'antalgique cité comme n°1 est pris en compte en cas d'association)

Pour un même geste, les urgentistes semblent davantage enclins à prescrire une antalgie préventive.

Tableau 17 - Taux d'antalgie préventive par geste et par soignant

|                 | Interne | IDE | Urgentiste | Orthésiste | Ensemble |
|-----------------|---------|-----|------------|------------|----------|
| Suture          | 92%     |     | 89%        |            | 91%      |
| Att post        | 70%     | 20% | 67%        | 100%       | 58%      |
| Platre/Résine   | 53%     | 0%  | 54%        | 33%        | 51%      |
| Agrafes         | 0%      |     | 50%        |            | 33%      |
| Autre           | 27%     | 23% | 54%        |            | 33%      |
| Nettoyage plaie | 0%      | 27% | 67%        |            | 29%      |
| KT              | 0%      | 3%  |            |            | 3%       |
| Pds             | 0%      | 0%  |            |            | 0%       |

Les données ne sont pas assez nombreuses pour faire apparaître des différences significatives entre les soignants. Pour les mêmes raisons, on ne peut pas conclure à une différence de comportement selon l'âge ou le sexe du patient pour un même geste.

### 2.3.4- L'antalgie vient-elle en complément ou en remplacement des attitudes préventives ?

Au niveau global, tous gestes confondus, il semble que les attitudes et l'antalgie préventives soient utilisées en complément plutôt qu'en remplacement les unes des autres.

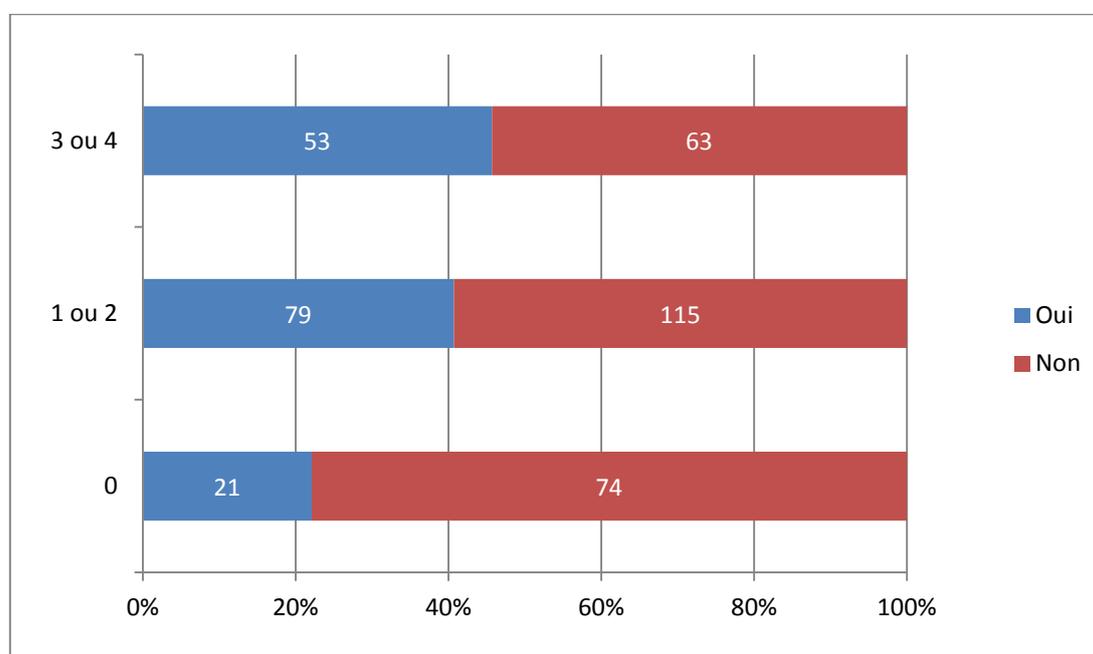


Figure 22 - Score d'attitude préventive / Taux d'antalgie médicamenteuse

Examinons la prise en charge de la douleur pour les 3 gestes considérés comme les plus douloureux d'après le taux de pratique d'une antalgie préventive : suture, attelle postérieure, plâtre/résine.

Le tableau suivant donne, pour chaque geste, le score d'attitude préventive selon qu'une antalgie est ou non proposée.

Tableau 18 - Score d'attitude préventive selon les gestes et la prescription ou non d'antalgie médicamenteuse

|               | Non | Oui |
|---------------|-----|-----|
| Att post      | 1,2 | 1,1 |
| Plâtre/Résine | 1,1 | 1,4 |
| Suture        | 2,3 | 2,2 |

Pour un geste donné, la prévention non médicamenteuse n'est pas significativement différente selon qu'il lui soit associé ou pas une antalgie médicamenteuse.

## 2.4- L'opinion du patient

### 2.4.1- Douleur ressentie

|   |   |                                     |  |
|---|---|-------------------------------------|--|
| <b>Une fois le geste effectué, qu'en pense le patient ?</b> |   |                                     |  |
| - Il a trouvé le geste                                      | peu douloureux <input type="checkbox"/> | douloureux <input type="checkbox"/> | très douloureux <input type="checkbox"/> |

Aucun patient ne déclare avoir trouvé le geste « très douloureux », mais 74 sur 405 l'ont trouvé « douloureux » (18%). Parmi ceux-ci :

- 44 avaient pourtant bénéficié d'une antalgie préventive,
- Le score d'attitude préventive est en moyenne de 1,50 (contre 1,68 pour ceux ont trouvé le geste non douloureux).

**Tableau 19 - Patients ayant déclaré le geste douloureux**

| Ressenti douloureux |          |                |
|---------------------|----------|----------------|
| Geste               | Antalgie | Pas d'antalgie |
| Att post            | 19       | 1              |
| Suture              | 12       | 1              |
| Autre               | 6        | 4              |
| Platre/Résine       | 6        |                |
| Nettoyage plaie     | 1        | 8              |
| Agrafes             |          | 1              |
| KT                  |          | 13             |
| Pds                 |          | 2              |
| Total général       | 44       | 30             |

Ces ressentis douloureux portent principalement sur :

- 2 gestes où l'antalgie n'est pas pratiquée : nettoyage de plaie et ponction veineuse,
- Les 2 gestes où l'antalgie est la plus utilisée : sutures et attelles postérieures.

Pour le nettoyage de plaie sans antalgie, le score d'attitude préventive est le même, que les patients aient trouvé le geste douloureux ou non (1,8).

Pour la ponction veineuse, un score de 1,2 est associé aux ressentis douloureux contre 1,8 pour les non douloureux ( $p = 0.09$ ).

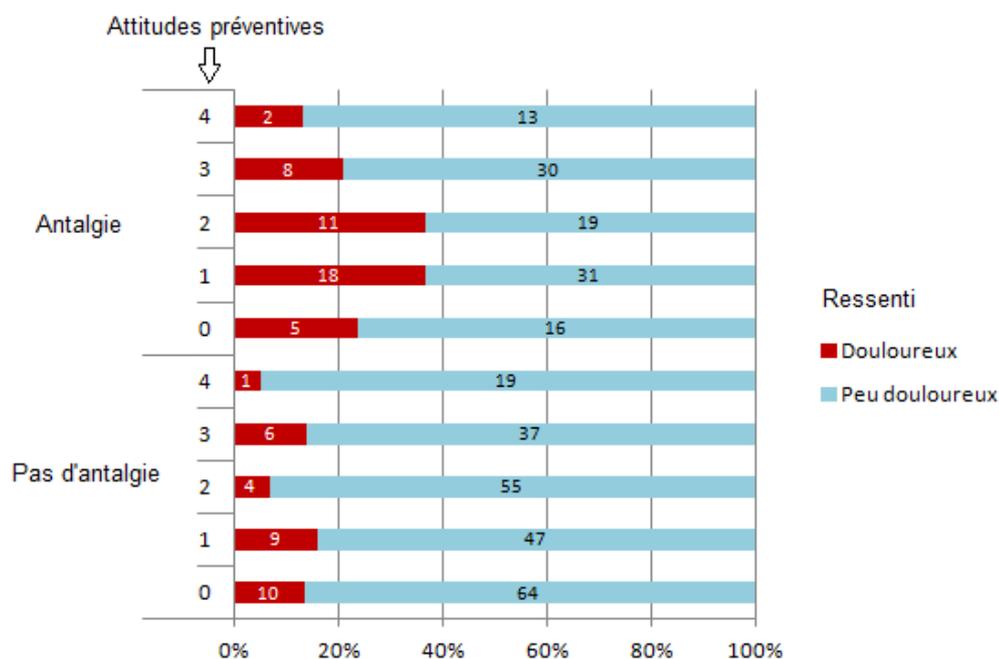


Figure 23 - Ressenți des patients selon le score d'attitude préventive et la prescription d'antalgique

#### Le lien entre antalgie et douleur est contraire à celui attendu :

Pour les gestes considérés a priori comme les plus douloureux si l'on se base sur la fréquence de l'utilisation d'antalgiques – suture, attelle postérieure, plâtre/résine –, on attendrait un ressenti moins douloureux en cas d'antalgie. C'est l'inverse qui se produit pour les attelles postérieures et les plâtres/résines. Pour les sutures, où l'anesthésie locale est presque systématique, il n'y a pas de différence significative.

Tableau 19 - Pourcentage de ressenti douloureux selon le geste et l'administration d'antalgique

|               | Pas d'antalgique | Antalgique |
|---------------|------------------|------------|
| Att post      | 5%               | 68%        |
| Plâtre/Résine | 0%               | 27%        |
| Suture        | 14%              | 18%        |

Ce phénomène est également observé pour les « autres gestes », qui sont à 70% des attelles.

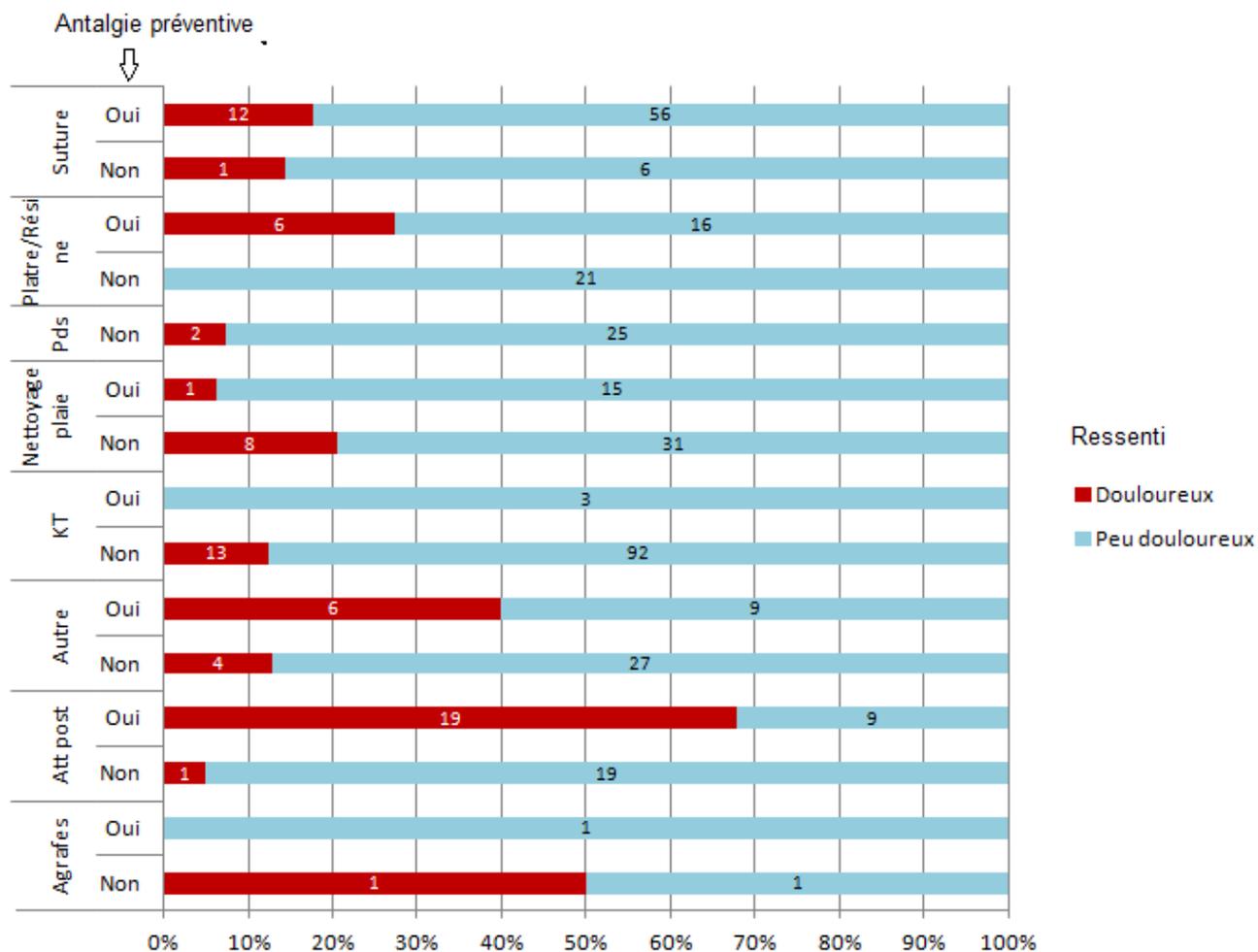


Figure 24 - Liens entre geste, antalgie médicamenteuse, et ressenti douleur

### Quels sont les éléments déterminant le ressenti, douloureux ou non ?

Nous avons modélisé le ressenti Douloureux / Peu douloureux par une régression logistique en contrôlant certaines variables :

Les 4 premières variables sont éliminées une à une comme n'ayant pas d'effet significatif au seuil de 5% (par ordre d'élimination dans une régression backward) :

Tableau 20 - Modélisation: influence des variables sur le ressenti douloureux

|   | Effet Supprimé      | P-value |
|---|---------------------|---------|
| 1 | Attitude préventive | 0,7046  |
| 2 | Age                 | 0,216   |
| 3 | Sexe                | 0,1544  |
| 4 | Soignant            | 0,0823  |
| 5 | Antalgique          | 0,006   |
| 6 | Centre              | 0,0036  |
| 7 | Geste               | 0,0039  |

Les attitudes préventives n'ont donc pas d'effet notable dans l'ensemble.

Le soignant n'apparaît pas comme critère discriminant lorsqu'on contrôle les autres facteurs (alors qu'il semblait le critère le plus discriminant sans contrôle).

L'âge et le sexe du patient n'ont pas non plus d'effet significatif toutes choses égales par ailleurs.

Les trois dernières variables – antalgique, centre et geste – ont en revanche un effet très significatif :

**Tableau 21 - Facteurs expliquant le ressenti du patient**

| Cas où le patient déclare le geste peu douloureux |                           | P-value | Rapport de cote |
|---|---------------------------|---------|-----------------|
| Antalgique  | Non vs Oui                | 0,006   | 2,918           |
| Centre  | Dax vs St Palais          | 0,0002  | 0,126           |
| Centre  | Mt de Marsan vs St Palais | 0,0251  | 0,202           |
| Centre  | Orthez vs St Palais       | 0,0341  | 1,888           |
| Geste   | Attelle post vs Suture    | 0,0017  | 0,144           |

On retrouve le phénomène paradoxal décrit plus haut : Le geste est plus souvent considéré comme indolore par le patient quand il n'y a pas d'antalgie.

L'attelle postérieure apparaît comme le geste le plus souvent douloureux toutes choses égales par ailleurs. Les p-values des autres gestes sont trop élevées pour tirer des conclusions.

On voit également apparaître que, à même geste et même prescription ou non d'antalgique, la situation est évaluée différemment selon les centres : Dax et Mont de Marsan ont des odds-ratio significativement plus bas, donc plus de ressenti douloureux en contrôlant le geste et l'antalgie. Orthez au contraire se distingue par une moindre impression de douleur. Rappelons que les 2 premières villes avaient les scores d'attitude préventive les plus bas, alors qu'Orthez est en tête après Aire sur Adour.

On obtient la même conclusion en groupant les gestes en trois actes : immobilisations, plaies, ponctions.

#### **2.4.2- Souhait d'un traitement antalgique préventif pour le prochain geste**

Le patient souhaite-t-il une antalgie préventive lors du prochain geste ? Les déterminants de cette variable sont analysés par une régression logistique sur l'ensemble des informations connues.

Deux variables ont un effet très significatif :

- La prescription ou non d'antalgique préventif
- Le ressenti douloureux

Deux variables ont un effet moyennement significatif :

- Le sexe ( $p = 0,044$ )
- L'âge ( $p = 0,0655$ ) :

Le désir d'antalgie est plus important chez les femmes, toutes choses égales par ailleurs (OR = 1,83), et il diminue avec l'âge (OR = 0,986).

**Tableau 22 - Facteurs expliquant le désir d'antalgie pour le prochain geste**

| Désir d'antalgie pour le prochain geste |                              | P-value | Rapport de cote |
|---|------------------------------|---------|-----------------|
| Age                                     |                              | 0,0655  | 0,986           |
| Antalgique                              | Non vs Oui                   | <0,0001 | 0,073           |
| Ressenti douleur                        | Douloureux vs peu douloureux | <0,0001 | 36,268          |
| Sexe                                    | F vs M                       | 0,0436  | 1,829           |

Les autres variables n'ont pas d'effet significatif.

L'effet des deux premières variables est confirmé par le tableau suivant, qui ne tient pas compte de l'âge et du sexe :

**Tableau 23 - Pourcentage de patients souhaitant une antalgie au prochain geste**

|                | Antalgie<br>cette fois | Pas d'antalgie<br>cette fois |
|----------------|------------------------|------------------------------|
| Douloureux     | 95%                    | 73%                          |
| Peu douloureux | 49%                    | 6%                           |

## 2.5- Généralités sur les pratiques des centres

(Analyse de la partie 1 du questionnaire)

### 2.5.1- Nombre de personnes formées à la prévention de la douleur

On ne voit pas apparaître de lien entre ce nombre et le score d'attitude préventive : Bayonne a formé beaucoup de soignants, mais son score reste parmi les plus faibles. Situation inverse pour Aire sur Adour.

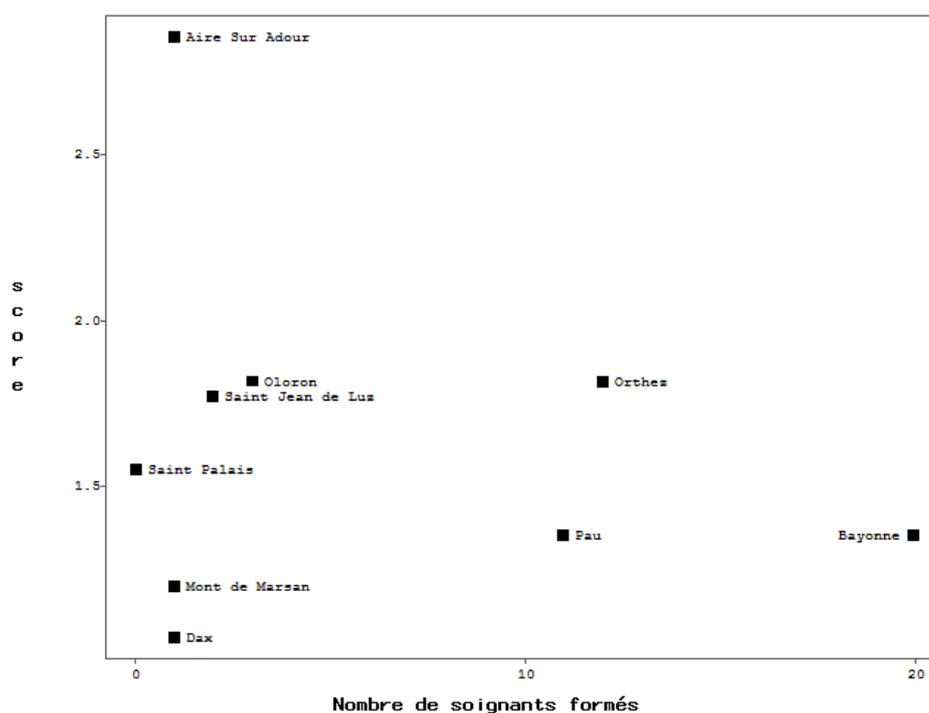


Figure 25 - Score d'attitude préventive et nombre de soignants formés à la douleur, par centre

### 2.5.2- Prévention de la douleur induite déclarée par le centre

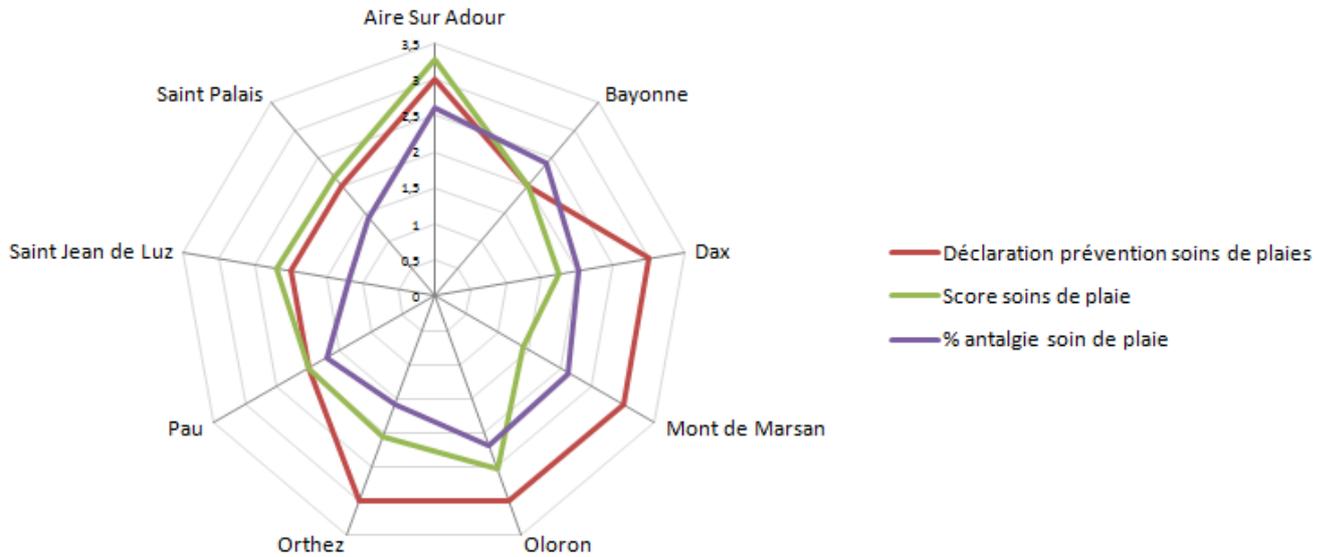
Nous avons codé de 0 à 3 la place donnée à la prévention déclarée par le centre, de 0 (aucune) à 3 (systématique)

| ➤ Dans votre pratique, quelle place donnez-vous à la prévention de la douleur dans les gestes diagnostiques et thérapeutiques douloureux ? |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Type de Prévention   | Systématique               | Fréquente                  | Rare                       | Aucune                     |
| Ponction veineuse (prélèvement, cathéter...)   | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

Nous avons également codé de 0 à 3 le pourcentage d'antalgie préventive, de 0 (0%) à 3 (100%).

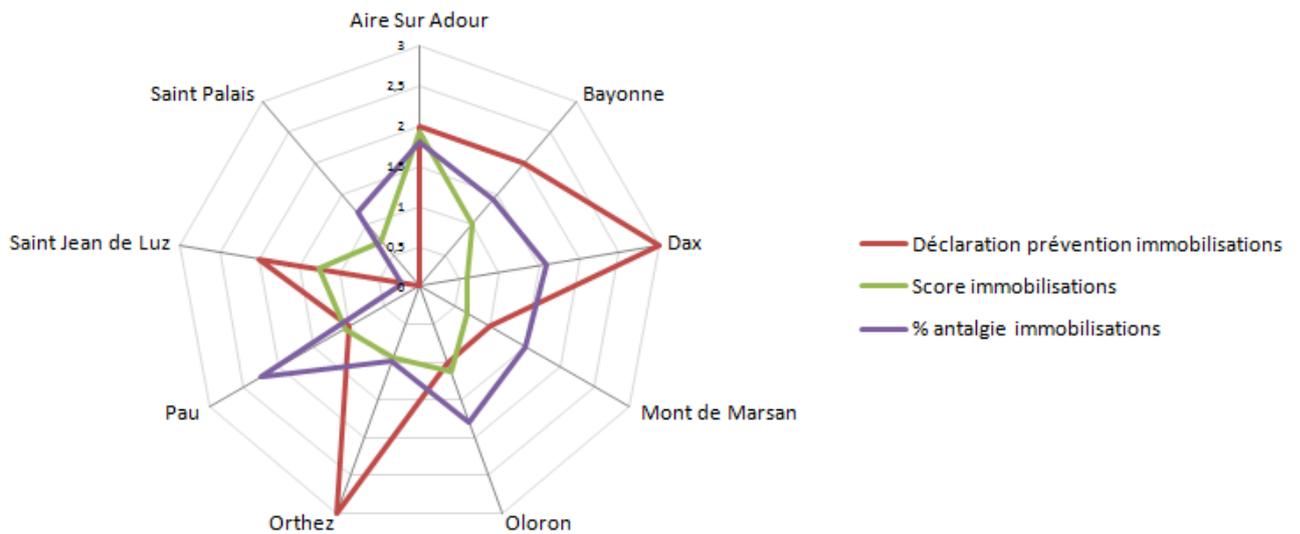
**- Soins de plaie**

On constate pour certains centres un décalage entre les déclarations du centre et la pratique : Dax et Orthez par exemple déclarent que les pratiques de prévention sont systématiques, alors que le score d'attitudes préventives, et le % d'antalgie préventive sont relativement moyens.



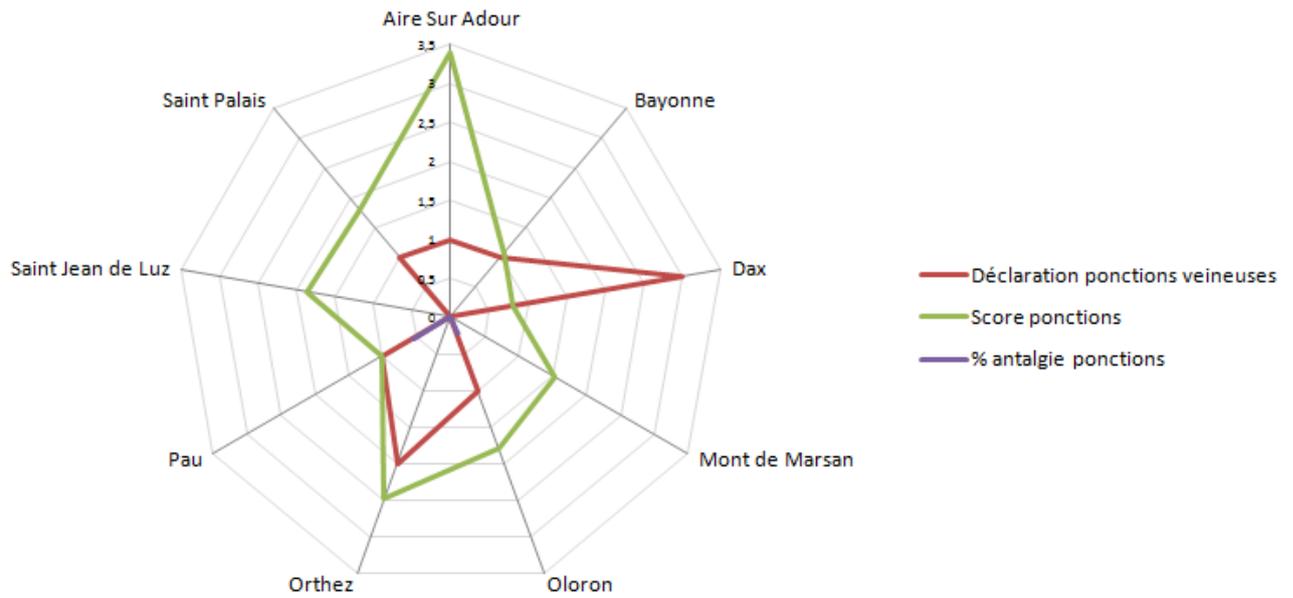
**Figure 26 - Soins de plaie : Réalité des pratiques préventives**

**- Immobilisations**



**Figure 27 - Immobilisations : Réalité des pratiques préventives**

- Ponctions veineuses



**Figure 28 - Ponctions veineuses : Réalité des pratiques préventives**

On observe quelques forts décalages entre les déclarations du centre et la pratique : Dax déclare que la pratique de prévention est systématique, alors c'est loin d'être le cas. C'est l'inverse pour Aire sur Adour.

## Partie 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

La douleur induite par les soins médicaux, diagnostiques et thérapeutiques, est un fait que l'on n'a plus besoin de définir. Les données scientifiques actuelles ont permis de le décrire et de donner les clés nécessaires à sa prise en charge, notamment préventive.

L'étude observationnelle réalisée permet d'avoir un regard actuel sur la réalité des pratiques dans 9 services d'Urgences des Pyrénées Atlantiques et des Landes.

### 1) LIMITES DE L'ÉTUDE

#### **1.1- Nombre limité d'actes évalués**

Il aurait été intéressant d'observer davantage de gestes, car certains résultats sont peu significatifs ou ininterprétables, du fait du faible nombre de cas.

Les gestes observés étant relativement fréquents, l'étude aurait pu porter sur « toutes ponctions veineuses, immobilisations et tous soins de plaies réalisés sur un temps donné ». Cependant, le risque aurait été un faible taux de participation des soignants.

#### **1.2- Faible participation des soignants**

Nous avons fixé le nombre de 15 questionnaires par geste. Lors de la présentation de l'étude dans les services, les réactions ont été partout les mêmes : « cela va aller vite, en 10-15 jours nous aurons pu observer largement 15 gestes de chaque ». Cependant 2 mois après, malgré des rappels réguliers, presque aucun questionnaire n'était rempli dans la plupart des centres. Dans un centre il m'a également été dit que ce n'était plus possible de faire participer les soignants du service car l'équipe (notamment les internes) avait changé et n'était plus disponible. J'ai donc pris le rôle de l'observateur dans 3 centres afin de finaliser l'étude.

#### **1.3- Questionnaires : données manquantes**

- *Réponses manquantes :*

Certaines données n'ont pu être exploitées (âge et sexe des soignants)

- *Questions manquantes :*

Il aurait été intéressant d'intégrer le *motif d'admission* dans le questionnaire. Sachant que plus de 60% des patients se présentant dans les services d'urgences sont douloureux, cela peut influencer le ressenti et l'intensité de la douleur induite lors des soins. (9)

Concernant l'antalgique administré en prévention de la douleur induite, il n'est pas précisé si le patient avait pris un *antalgique avant de venir*, ni si l'antalgique prescrit lui a été donné uniquement en prévention d'une douleur à venir, ou également pour traiter une douleur déjà présente liée à la pathologie sous jacente.

*L'évaluation de l'anxiété* du patient face au geste est manquante. La prise en charge préventive ne peut donc en tenir compte, pourtant elle influe sur la douleur. (8)

### **1.4- Fiabilité des questionnaires**

- *Problèmes de compréhension*

Par exemple, à l'item « *Il souhaiterait un traitement antalgique préventif pour son prochain soin de plaie* » : 51% des patients qui ont bénéficié d'une suture sous anesthésie locale (et n'ont pas eu mal) ont répondu non. Ils ont probablement compris « *souhaiterez vous une autre antalgie la prochaine fois ?* », et n'ont pas intégré l'anesthésie locale dans leur réponse.

- *Manque d'objectivité*

Parfois, l'observateur et le soignant sont une seule et même personne. La question sur la douleur ressentie est donc posée directement par le soignant au patient. On peut supposer que la réponse soit influencée par la peur de critiquer, ou le désir de faire plaisir au soignant.

## **2) APPORTS DE L'ÉTUDE**

Ce travail était une première dans notre région et a permis d'effectuer un état des lieux en termes de prévention de la douleur induite aux Urgences.

Les études déjà réalisées et mesures mises en place portant majoritairement sur la population pédiatrique, le choix de cibler la population adulte a permis d'éviter un important biais de sélection.

La validité des résultats repose sur le fait qu'il s'agit d'une enquête observationnelle, et non déclarative. L'étude des résultats de la première partie du questionnaire nous montre l'écart qu'il y a entre les déclarations du service sur leurs pratiques et la réalité sur le terrain. (Figures 26, 27 et 28)

## **2.1- Description de la population**

Il y a donc de nombreuses corrélations entre le type de patient (sexe, âge, geste réalisé), le centre, et le type de soignant. Malgré leurs liens et divergences, l'analyse des données recueillies a révélé des données intéressantes analysée ci-dessous.

## **2.2- Les attitudes préventives**

### **2.2.1- Information sur le caractère douloureux du geste**

L'information est plus fréquente pour les soins de plaies (76%), que pour les ponctions veineuses (50%) et les immobilisations (45%) : Il s'agirait du geste considéré comme plus douloureux pour la plupart des soignants. Remarquons que dans plusieurs études préalables, ce sont les ponctions et perfusions qui sont décrites comme douloureuses par les patients.

Les principales différences sont imputables aux centres, avec des centres qui informent beaucoup plus systématiquement que d'autres.

Cependant pour le nettoyage des plaies, on note que l'information est plus souvent donnée par les urgentistes que par les IDE ( $p=0,02$ ). Cette différence d'attitude traduit sûrement une divergence dans la perception du caractère douloureux du geste : les IDE considèrent le nettoyage de plaie moins douloureux que les urgentistes.

### **2.2.2- Diversion avant le geste**

Elle est utilisée par les soignants dans seulement 37% des cas, et majoritairement par le dialogue avec le patient. L'hypnose est utilisée dans moins de 2% des cas.

Là encore, les divergences d'attitudes sont surtout déterminées selon les centres.

Dans ceux où la diversion est fréquente, elle est davantage utilisée pour les femmes. Elles sont donc considérées comme plus susceptibles à la douleur.

La diversion est davantage pratiquée par les urgentistes, et moins par les internes. Cette différence peut s'expliquer par un manque de formation et de sensibilisation à la douleur induite pour ces derniers.

### **2.2.3- Autres moyens de prévention non médicamenteux**

Détourner le regard au moment du geste et détourner l'attention du patient pendant le geste sont d'autres méthodes utilisées. Ce sont ceux qui informent sur la douleur et qui font diversion avant le geste qui les utilisent.

Au total, ces préventions non médicamenteuses ont été regroupées en créant un score d'attitude préventive par cas observé. On observe des différences majeures de prise en charge de la douleur induite selon les centres.

Cette variable contrôlée, on peut observer que le score est le plus bas pour les immobilisations et + important pour les soins de plaies.

Dans ces cas, encore une fois la prévention est plus présente chez les femmes, mais aussi chez les jeunes (<21ans).

Cependant, pour les ponctions veineuses, le score est plus bas chez les séniors (>70ans)

Cela confirme aussi ce que l'on a déjà observé, les soins de plaies sont considérés comme douloureux par les soignants.

### **2.3- L'antalgie médicamenteuse préventive**

Elle est réalisée dans 38% des cas.

On remarque que la voie intraveineuse (IV) est régulièrement utilisée en première intention. Or, selon les règles de prescriptions de l'OMS, la voie IV reste une alternative lorsque la voie per os n'est pas possible.

En ce qui concerne le palier 1 par exemple, dans 4% des cas il est administré par voie veineuse, or nous savons que leur AMM a un cadre précis. Par exemple, le Perfalgan doit être utilisé dans « *Le traitement de courte durée des douleurs d'intensité modérée, en particulier en période post-opératoire et dans le traitement de courte durée de la fièvre, lorsque la voie intraveineuse est cliniquement justifiée par l'urgence de traiter la douleur ou l'hyperthermie et/ou lorsque d'autres voies d'administration ne sont pas possibles.* » (28)

Tout palier confondu, la voie IV est utilisée dans 9,6% des immobilisations. Or plusieurs enquêtes démontrent que la voie IV est bien souvent utilisée alors que l'on aurait pu s'en passer (29). A noter que la douleur induite par l'administration intraveineuse de l'antalgique vient donc s'ajouter à celle du geste à venir.

La prévention médicamenteuse est quasi automatique pour les sutures (91%), et fréquente pour les grosses immobilisations (58% des attelles plâtrées postérieures et 51% des plâtres ou résines). Elle est nulle pour les ponctions veineuses.

Toutes données égales par ailleurs, elle est plus fréquemment utilisée par le médecin urgentiste. Ceci s'explique par le fait qu'il est plus sensibilisé à la douleur induite par les gestes qu'il pratique lui-même, et va donc plus facilement prescrire un antalgique à ce moment là.

Il n'y a pas de différence notée selon l'âge et le sexe des patients (données trop peu nombreuses).

Les préventions non médicamenteuses et médicamenteuses sont liées :

Dans les cas où il n'y a pas eu de prévention non médicamenteuse, il n'y a pas d'antalgiques non plus. On peut expliquer cette corrélation de 2 façons :

- Le geste n'est pas considéré comme douloureux par le soignant donc il n'y a pas de prévention.
- Le geste est pratiqué dans l'urgence donc le soignant ne prend pas le temps.

Cette dernière hypothèse est utilisée par les soignants puisque 26% d'entre eux ont dénoncé le caractère urgent du geste pour justifier l'absence de traitement antalgique.

Notons cependant qu'en réalité, cette situation reste exceptionnelle. Pour une bonne prise en charge de la douleur induite, il est nécessaire de différencier ce qui est de l'ordre de l'urgence vitale de la nécessité de faire rapidement un soin.

## ***2.4- Attitude préventive dans sa globalité***

L'absence d'attitude préventive non médicamenteuse entraîne l'absence d'administration d'antalgiques. Ceci s'explique dans les cas où le soignant ne considère pas le geste douloureux.

Cependant, lorsque des attitudes préventives sont mises en place, médicamenteuse et/ou non médicamenteuse, il n'y a pas de liens entre elles, qui signeraient une véritable politique de prévention de la douleur induite :

- Si la prévention non médicamenteuse était utilisée à la place d'un antalgique classique, on verrait un score d'attitude préventive plus fort lorsqu'il n'y a pas d'antalgique prescrit. Ce n'est pas le cas : pour un même geste, il n'y a pas de différence significative dans les scores d'attitudes préventives.

- Si les soignants sensibilisés à la prise en charge de la douleur avaient tendance à « tout faire » pour éviter la douleur (attitudes préventives + antalgie), on trouverait des scores d'attitudes préventives plus élevés dans les cas où l'antalgie est prescrite. Ce n'est pas le cas non plus.

Il semble donc que prévenir la douleur par des antalgiques ou par une attitude spécifique soient deux choses indépendantes. On peut proposer l'explication suivante: l'utilisation des antalgiques est ancrée depuis longtemps dans les pratiques, alors que la sensibilisation aux attitudes préventives est plus récente. Ceux qui y sont formés ne cherchent ni à renoncer aux antalgiques, ni à en prescrire davantage sous prétexte d'éviter la douleur à tout prix. Quand ils adoptent une attitude plus attentive, ils conservent leur habitude d'antalgie.

## **2.5- Opinion du patient**

### **2.5.1- Ressenti douloureux**

74 patients (18%) ont trouvé le geste douloureux dont 44 avaient pourtant eu une antalgie médicamenteuse préventive. Elle a donc été insuffisante et inefficace.

L'attitude préventive, l'âge et le sexe du patient, et le soignant réalisant le geste, sont des variables qui n'ont pas d'incidence sur la douleur ressentie (tableau 20).

Les 3 éléments jouant un rôle sur le ressenti douloureux du patient sont :

- **Les centres** : Les centres où le score d'attitude préventive est + élevé aura un ressenti douloureux moindre, toute variable égale par ailleurs.

- **La prescription d'antalgie** : paradoxalement, les patients déclarant qu'ils n'ont pas eu de mal sont ceux qui n'ont pas eu d'antalgie. L'administration d'antalgiques en prévention de la douleur induite a donc été administrée pour les bons gestes, les plus douloureux, mais ne sont pas efficaces.

- **Le geste** : Les patients ont eu mal pour les *sutures et attelles postérieures*, malgré l'antalgie reçue. Mais également pour le *nettoyage de plaie et les ponctions veineuses*, gestes réalisés sans antalgie préventive.

Nous allons développer ces deux données :

### **2.5.2- Sutures et attelles postérieures**

Le lien entre antalgie et douleur n'est pas celui attendu : pour un geste donné, il n'y a pas moins de douleur quand l'antalgie préventive est donnée.

Il y a deux explications possibles à ce phénomène :

- On peut penser que le soignant adapte sa prescription d'antalgiques à la façon dont le patient supporte la douleur. Le patient a-t-il bien compris la question : *le geste est-il douloureux ?* Il évalue *a posteriori* dans la question qui lui est posée une douleur ressentie peut-être avant l'administration d'antalgiques, et peut-être même avant le geste : il déclare que le geste a été douloureux, alors qu'il est arrivé en ayant mal.

- Il se peut aussi que l'antalgique soit administré davantage lorsque le soignant prévoit un geste particulièrement douloureux. L'antalgie ne suffit alors pas à éliminer totalement la douleur.

### **2.5.3- Plaies et ponctions veineuses**

Ce sont des gestes considérés comme non douloureux par la majorité des patients, ce qui justifie de ne pas donner d'antalgie préventive de manière systématique.

Notamment pour les plaies, le score d'attitude préventive est le même chez les patients qui n'ont pas trouvé le geste douloureux que ceux qui ont eu mal. La douleur semble donc imputable à la sensibilité du patient, ou bien à l'importance de la plaie, élément qui n'a pas été précisé dans cette étude.

Cependant pour les ponctions veineuses, les patients douloureux ont eu moins de prévention non médicamenteuse (score 1,2) que les non douloureux (score 1,8). La différence est peu significative ( $p=0,09$ ) ce qui n'est pas étonnant du fait du faible nombre de patient avec un ressenti douloureux ( $n=13$ ).

### **2.5.4- Désir d'antalgique au prochain geste**

Le désir d'antalgie au prochain geste est logiquement corrélé à la douleur ressentie : Ce sont ceux qui ont eu mal qui souhaitent une antalgie, et davantage les femmes et les + jeunes

(tableau 22). Il semble donc justifié de considérer cette population comme plus sensible et d'avoir adapté la prise en charge préventive.

### **3) PERSPECTIVES**

La prise en charge préventive de la douleur induite par les actes diagnostiques et thérapeutiques est bien moindre dans les pratiques que dans les propos déclaratifs obtenus par les centres en début d'étude. Il semble donc nécessaire d'analyser et projeter de nouvelles mesures à mettre en place afin de l'améliorer.

#### ***3.1- Discuter l'indication du geste***

Dans certains cas, peu fréquents, les patients déclarent avoir eu mal ou très mal lors d'un geste en général considéré comme peu douloureux, il ne faut pas pour autant le négliger.

C'est le cas des ponctions veineuses où la douleur, quand elle est décrite, est directement liée au manque d'attitude préventive. Etant donné que peu de patients décrivent une douleur lors de ce geste, la mise en place d'une prévention n'est pas systématique, voire absente, de la part des soignants.

Cela pourrait aussi rejoindre les déclarations des patients de l'étude ASRA-SOFRES (1998) qui affirmaient que la douleur dépendait aussi du soignant qui fait la pique.

Par ailleurs, avant de prévenir la douleur induite par un geste, il est nécessaire de se poser la question du choix et de la pertinence de celui-ci. Comme notifié plus haut, il a été étudié que l'indication de la ponction veineuse n'est pas toujours justifiée, il est donc possible et nécessaire d'éviter les actes intra veineux inutile.

En ce qui concerne l'administration d'antalgiques de palier 1, si on considère, en volume et en coût, la prescription de Perfalgan dans les hôpitaux, on peut aisément se poser la question de sa supériorité par rapport à l'utilisation de la voie per os ou sublinguale. Or des études ont montré qu'il n'existait pas de différence significative entre le paracétamol IV ou PO (30, 31).

Dans les autres paliers également, il serait intéressant d'étudier et de développer l'usage d'autres voies pour l'administration d'antalgiques. Les voies transmuqueuses sont intéressantes notamment dans les cas d'urgence mais aussi les soins à domicile dans la pratique de médecine générale (32, 33). L'usage du Fentanyl par exemple se développe mais son AMM reste limitée dans les cas d'accès douloureux paroxystiques (ADP) en oncologie (34).

### **3.2- Considérer chaque cas de manière individuelle**

D'après notre étude, la mise en place d'une attitude préventive cible majoritairement les bons gestes, ceux déclarés comme douloureux par les patients, mais est alors parfois insuffisante, « sous-dosée ».

Par exemple, la douleur liée au nettoyage de plaie, qui n'est pas imputable au soignant où à sa prise en charge préventive. Il faut alors analyser si elle se différencie par la sévérité de la plaie, mais aussi et surtout par l'appréhension individuelle de chaque patient.

Que ce soient les « a priori » du patient ou ceux du soignant, on note l'importance de la conception qu'a chacun du geste et de son caractère douloureux, et l'influence induite sur l'attitude préventive et le ressenti de la douleur. Une des clés à ne pas négliger dans la prévention de la douleur serait donc, pour le soignant, de faire abstraction de ses idées pré-conçues (qu'elles soient liées à son expérience personnelle ou à celles vécues avec d'autres patients) pour évaluer, comme un cas individuel et unique, chaque patient en face de qui il se retrouve, et tenir compte de son appréhension et de sa sensibilité au geste.

Cela corrobore encore les résultats de l'enquête multicentrique ASRA SOFRES qui notait que pour les gestes où il existe une différence significative entre la conception du caractère douloureux des IDE et des patients, les médecins considèrent que la prise en charge de la douleur induite est plus difficile.

### **3.3- Évaluer, tracer, ré-évaluer**

La prise en charge de la douleur fait partie des critères majeurs d'évaluation des pratiques lors des certifications des hôpitaux. Elle est organisée sous trois axes : *Prévoir* (protocoles

analgésiques), *Mettre en œuvre* (formations/actions, traçabilité etc..) et *Evaluer et Améliorer*.

On remarque que la notion spécifique de douleur induite est présente dans ce cadre de certification, puisqu'il est question notamment de « protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins » (35).

Cependant si on insiste sur les notions d'évaluation et de traitement de la douleur du patient, celle de prévention de la douleur induite semble plus discrète : il serait intéressant de se centrer davantage sur cet axe.

Afin de mieux maîtriser la prise en charge des douleurs induites par les soins il est donc nécessaire de poursuivre l'observation et l'analyse des pratiques afin d'en comprendre les déterminants majeurs. La prévenir, l'évaluer, la tracer, et réadapter sa pratique dans un but d'amélioration de prise en charge sont des données fondamentales. L'interrogation du patient avant, pendant et après le geste sur ses impressions et son ressenti font partie intégrante de cette évaluation.

### ***3.4- Formations, réflexions soignants/patients, protocoles***

On sait évaluer une douleur, la difficulté ici est de déterminer tous les critères à considérer pour évaluer, par anticipation, une douleur à venir. Critères inhérents au geste mais aussi au patient, au soignant, et au contexte clinique et environnemental du patient.

Ceci permettrait d'établir une prise en charge type de prévention de la douleur induite. Car cette étude a révélé de nombreuses divergences selon les centres, mais aussi selon les soignants. On peut aisément supposer que la mise en place de protocoles permettrait de les réduire.

Dans notre étude, le seul centre ayant mis en place un protocole ne se distingue pas des autres dans sa prise en charge et dans son efficacité sur la douleur provoquée.

De même que les centres où le nombre de soignants formés à la douleur est plus important ne se démarquent pas par une attitude préventive particulière.

Cela démontre que la mise en place de protocole ne doit pas se faire seule, mais il est nécessaire de l'associer à des formations régulières de tous les acteurs de soins (urgentistes, IDE mais aussi les internes), ainsi que des évaluations régulières des pratiques intégrant l'avis et le ressenti du patient à la réflexion. Cela permettra de mettre en évidence certains

problèmes, d'y sensibiliser les soignants et d'apporter des solutions, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

### ***3.5- En pratique de médecine générale***

Les données de l'étude sont intéressantes puisque les prescriptions de ponctions veineuses et de soins de plaies sont pratiques fréquentes (nous sommes moins directement concernés par les immobilisations).

Si certains patients, même peu nombreux dans l'étude, trouvent **la ponction veineuse** douloureuse, il est important de le prendre en considération et de l'intégrer dans notre prise en charge.

Beaucoup de patients ont des prises de sang régulières (tous les 3 mois pour les diabétiques, tous les mois pour les INR sous AVK, et plus régulièrement en cas d'adaptation ou de surveillance régulière d'un paramètre particulier). On peut élargir la douleur induite par les prises de sang à celle induite par les injections d'HBPM, des vaccins, des glycémies capillaires répétées etc.

La répétition de ces gestes ou tout simplement son appréhension de la part du patient peut entraîner une mauvaise observance. On se retrouve alors face à un patient qui retarde sa prise de sang, ou a « oublié de la faire ». Il est important de garder en mémoire cette notion de douleur induite afin de pouvoir interroger le patient sur l'idée qu'il se fait du geste, et discuter avec lui de mesures à mettre en place pour le rassurer et prévenir toute douleur induite. En ce qui concerne les ponctions, le patch Emla est proposé dans la majorité des cas lorsqu'il s'agit d'un enfant. Il ne paraîtrait pas absurde de le proposer à un patient adulte dans un but d'améliorer sa prise en charge, notamment comme on l'a vu chez les patients jeunes, de sexe féminin, les patients anxieux, ou les patients aux voies d'abord difficiles, ou ceux dont le geste est fréquemment répété.

On retrouve en médecine ambulatoire là aussi l'intérêt de remettre en question l'indication de ces gestes invasifs.

Dans certains actes thérapeutiques, comme l'administration de traitements, on va préférer si possible l'usage des voies d'administration orales ou transmuqueuses (notamment en EHPAD ou à domicile dans les HAD).

Pour certains actes diagnostics la recherche évolue également avec par exemple l'arrivée récente du lecteur glycémique sans piqûre (36).

En ce qui concerne **les soins de plaies** à domicile, notamment nettoyage de plaies, pansements, soins d'escarre etc., les médecins généralistes en sont aussi prescripteurs, et il ne tient qu'à eux d'être attentifs à ces douleurs induites, de les évaluer, de les prévenir, de les traiter. On retrouve là l'utilité de développer les voies d'administration autres qu'intraveineuse, notamment pour les antalgiques à libération immédiate de palier 3 (32, 33).

Selon les situations, une meilleure communication avec le patient, sa famille et les soignants du domicile, la prescription d'Emla, ou d'un antalgique adapté, seront des moyens efficaces de prise en charge préventive et donc d'adhérence aux soins.

On retrouve dans ces attitudes la **combinaison du savoir faire et du savoir être** qui sont des données fondamentales dans la pratique médicale. Celle-ci évolue et les médecins ne travaillent plus aujourd'hui seulement pour le patient mais réellement avec le patient.

En effet, l'expérience et l'expertise des patients est à prendre en compte pour une prise en charge globale. Depuis longtemps de nombreuses associations de patients s'impliquent dans l'accompagnement des malades, et depuis 2009 s'est développée l'Université des patients avec la formation de patients Experts, à la fois patient ressource, sorte de médiateur de la relation patient/soignant, mais aussi patient expert polyvalent pour les autres (37).

Le concept concerne actuellement les patients atteints de maladie chronique et cible notamment l'éducation thérapeutique, mais pourquoi pas le développer et l'élargir à d'autres domaines comme l'évaluation et la prise en charge de la douleur ?

## CONCLUSION

La douleur induite par les actes diagnostiques et thérapeutiques existe et nous ne devons pas la sous-estimer. Combattre cette douleur doit devenir, au regard de nos connaissances, une nécessité technique incontournable et une obligation déontologique vis-à-vis des données acquises de la science.

L'étude réalisée a permis d'analyser l'état réel des pratiques de prévention en ce qui concerne les ponctions veineuses, les immobilisations et les soins de plaies.

On constate que sur les 405 gestes observés (ponctions veineuses, immobilisations et soins de plaie), la fréquence et la méthode de prise en charge varie selon les centres et le type de geste. Globalement, l'information sur la douleur a été faite dans 57% des cas, des méthodes de diversions avant le geste ont été utilisées dans 37% des cas, l'attention du patient détournée lors du geste dans 46,4% des cas et une antalgie médicamenteuse administrée dans 38% des cas. Dans 18% des cas, le patient estime que le geste a été douloureux. En règle générale il s'agit soit d'un geste très douloureux (et/ou patient déjà douloureux) avec prévention présente mais insuffisante, soit dans des cas plus rares d'une absence de prévention de la part du soignant qui n'a pas su ou pu anticiper la sensibilité du patient.

L'étude permet aussi de mettre en évidence de nombreuses différences de pratiques entre les centres et parfois même entre les soignants.

On rappelle alors que la douleur, définie par l'OMS comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » peut être analysée sous plusieurs composantes : sensori-discriminative, affective, cognitive et comportementale. Il en résulte que l'amélioration de sa prise en charge préventive doit prendre en considération tous ces aspects et repose alors sur une sensibilisation et une réflexion de tous par un travail pluridisciplinaire. Celui-ci sera centré sur une communication orale et écrite performante entre tous les acteurs de soins, et sur les problématiques spécifiques de chaque situation de soin. La communication avec le patient et l'évaluation des critères influant sur sa douleur sont également des éléments indispensables, d'où la nécessité de replacer le patient au cœur de sa prise en charge et développer la notion de patient expert.

Dans les services hospitaliers, la mise en place de protocoles écrits permettrait de réduire les divergences entre centres et entre soignants.

Des audits des équipes soignantes ainsi qu'une évaluation régulière du soulagement des patients par des enquêtes répétées mais aussi ciblées sur cette thématique doivent être mis en place pour permettre de mettre en valeur tous les points susceptibles d'être améliorés pour une meilleure qualité de vie des patients au quotidien.

# RÉFÉRENCES

- 1) Pohl M. Douleur [En ligne]. Inserm, 2011 [cité le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
- 2) Lapidus N, Ayadi S, Bajer B. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique [En ligne]. S-Editions [cité le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : [www.s-editions.com/adminis1/extraits\\_pdf/12.pdf](http://www.s-editions.com/adminis1/extraits_pdf/12.pdf)
- 3) Boccard E, Deymier V. Pratique du traitement de la douleur [En ligne]. Institut UPSA, 2007 [cité le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Ptd/institut-upsa-ouvrage-pratique-traitement-douleur.pdf>
- 4) Collège des Enseignants en Neurologie. Douleurs [En ligne]. CEN [cité le 13/02/2015]. Disponible à l'URL : <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items%20inscrits%20dans%20les%20modules%20transversaux/Douleurs/index.phtml>
- 5) Quintard M, Olivier M. Douleur induite [En ligne]. Service des Urgences, Hopital Purpan, CHU Toulouse. Février 2010 [cité le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : [www.medecine.ups-tlse.fr/du.../Quintard/Quintard\\_douleur\\_induite.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/du.../Quintard/Quintard_douleur_induite.pdf)
- 6) Laboratoires Astra France Département Anesthésie. Enquête multicentrique ASTRA-SOFRES : Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte. Laboratoire Astra France. 92844 Rueil Malmaison. 1998
- 7) Dardaillon F, Levavasseur L, Moreau S. La douleur dans les actes invasifs [En ligne]. CHU Limoges, [consulté le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : [www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/douleur\\_actes\\_invasifs](http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/douleur_actes_invasifs)
- 8) Malaquin-Payan E. Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et/ou âgée [En ligne]. CNRD, 2004 [consulté le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : <http://cnrd.fr/Prevention-de-la-douleur-provoquee.html>
- 9) Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Etude PALIERS - Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann. Fr. Med. Urgence [En ligne]. 2011 Juillet [consulté le 21/06/2015]; DOI 10.1007/s13341-011-0094-4: [8 pages]. Disponible à l'URL: [http://www.icta.fr/media/14109/ICTA\\_2011\\_AFMU\\_Publication\\_PALIERS.pdf](http://www.icta.fr/media/14109/ICTA_2011_AFMU_Publication_PALIERS.pdf)
- 10) Lecoules N. Prise en charge de la douleur en urgence [En ligne]. Pôle de Médecine d'Urgences SAU Purpan, mai 2010 [cité le 21/06/2015]. Disponible à l'URL : [http://medecine.ups-tlse.fr/du\\_diu/fichiers/sem\\_7/4\\_Lecoules.pdf](http://medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/sem_7/4_Lecoules.pdf)
- 11) Danziger N. Empathie et douleur : la perception de la douleur d'autrui [En ligne]. 20e journée « la douleur de l'enfant », décembre 2013 [cité le 21/06/2015]. Disponible à l'URL : [http://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2013\\_ND.pdf](http://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2013_ND.pdf)

- 12) Ellrodt A, Guarrigue B, Gueugniaud PY, Lapostolle F, Ricard-Hibon A. Douleurs induites par les soins [En ligne]. Institut Upsa de la Douleur, Octobre 2014 [cité le 21/06/2015]. Disponible à l'URL : <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PROGRAMMES/Douleur-et-Urgences/Pathologies-Adulte/institut-upsa-douleur-urgences-protau-32-douleurs-induites-soins.pdf>
- 13) Coutaux A, Salomon L, Rosenheim M, Baccard AS, Quiertant C, Papy E, et al. Care related pain in hospitalized patients : a cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2008 Jan;12(1):3-8.
- 14) Cimerman P, Galinski M, Thibault P, Annequin D, Carbajal R, groupe « REGARDS ». Etude REGARDS - Recueil épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants. CNRD, oct 2011 [cité le 21/06/2015]. Disponible à l'URL : <http://www.cnrdr.fr/Etude-REGARDS-Recueil.html>
- 15) Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. Le programme de lutte contre la douleur [En ligne]. France : Ministère délégué à la santé ; 2002-2005 [consulté le 02/01/2016]. 36 p. Disponible à l'URL : [Plan http://www.cnrdr.fr/Le-programme-de-lutte-contre-la.html](http://www.cnrdr.fr/Le-programme-de-lutte-contre-la.html)
- 16) Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [En ligne]. France : Ministère de la santé et des solidarités ; 03/03/2006 [consulté le 02/01/2016]. 36 p. Disponible à l'URL: [Plan http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)
- 17) Hogan ME, Smart S, Shah V, Taddio A. A systematic review of vapocoolants for reducing pain from venipuncture and venous cannulation in children and adults. *J Emerg Med*. 2014 Dec;47(6):736-49.
- 18) Lioffi C, White P, Haltira P. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venipuncture-related pain of pediatric cancer patients. *Pain*. 2009;142(3):255-63.
- 19) Jenkins MG, Murphy DJ, Little C, McDonald J, McCarron PA. A non-inferiority randomized controlled trial comparing the clinical effectiveness of anesthesia obtained by application of a novel topical anesthetic putty with the infiltration of lidocaine for the treatment of lacerations in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):704-10.
- 20) Dardaillon F, Levavasseur L, Moreau S. La douleur dans les actes invasifs [En ligne]. Service Hématologie Clinique et Thérapie Cellulaire CHU Limoges [consulté le 21/06/2015]. Disponible à l'URL : [http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/douleur\\_actes\\_invasifs](http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/douleur_actes_invasifs)
- 21) Annequin D. Gestion des actes douloureux [En ligne]. SFAR, 2004 [consulté le 09/01/2015]. Disponible à l'URL : [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca04/html/ca04\\_57/ca04\\_57.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca04/html/ca04_57/ca04_57.htm)
- 22) Berna C, Luthy C, Samer CF, Spechbach H, Pautex S, Piguet V. Traiter efficacement la douleur incidente chez l'adulte. *Rev Med Suisse*. 2013;9:1360-5.
- 23) Réseau Régional Douleur en Basse Normandie. Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences [En ligne]. RRDBN, septembre 2014. Disponible à l'URL : [www.douleur-rrdbn.org/gallery\\_files/site/1533/6902/.../10641.pdf](http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/.../10641.pdf)

- 24) Rouquette Valeins H. Prévenir la douleur, entretien avec le professeur francois Sztark. SUD OUEST. 3 avril 2015.
- 25) Binhas M, Abitbol G, Aubrun F, Bardin C, Belbachir A, Beloeil H, et al. Livret douleur. Paris : AP-HP ; 2011.
- 26) Bahorski JS, Hauber RP, Hanks C, Johnson M, Mundy K, Ranner D et al. Mitigating procedural pain during venipuncture in a pediatric population. *Int J Nurs Stud.* 2015 Oct;52(10):1553-64.
- 27) Hosseinabadi R, Biranvand S, Pournia Y, Anbari K. The effect of acupressure on pain and anxiety caused by venipuncture. *J Infus Nurs.* 2015 Nov-Dec;397-405.
- 28) Agence Nationale de Sécurité des Médicament et des produits de santé. Perfalgan 10mg/mL [En ligne]. ANSM, juin 2013. Disponible à l'URL : <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/PERFALGAN-10-mg-mL-solution-pour-perfusion-PARACETAMOL-B.-BRAUN-10-mg-mL-solution-pour-perfusion-PARACETAMOL-HOSPIRA-10mg-mL-solution-pour-perfusion-PARACETAMOL-KABI-10-mg-mL-solution-pour-perfusion-PARACETAMOL-MACOPHARMA-10-mg-mL-solution-pour-perfusion-PARACETAMOL-PANPHARMA-10-mg-mL-solution-pour-perfusion-PARACETAMOL-RENAUDIN-10-mg-mL-solution-pour-perfusion>
- 29) Rwabihama JP, Aubourg R, Oliary J, Mouly S, Champion K, Leverage R, et al. Usage et mésusage de la voie intraveineuse pour l'administration de médicaments en médecine interne. *Press Med.* 2006; 35:1353-60.
- 30) Lowe A. Is i.v. Acetaminophen really superior?. *Am J Health Syst-Pharm.* 2016 Jun;73(12):862.
- 31) Fenlon S, Collyer J, Giles J, Bidd H, Lees M, Nicholson J, et al. Oral vs intravenous paracetamol for lower third molar extractions under general anaesthesia: is oral administration inferior?. *British Journal of Anaesthesia.* 2013;110(3):432-7.
- 32) Bochot A, Chambin O, Pillon F. Les voies transmuqueuses, des alternatives intéressantes. *Actualités Pharmaceutiques.* 2011 ;508 :15.
- 33) Langlois M, Fletcher D. Utilisation de la morphine orale en postopératoire [En ligne]. Mises Au Point en Anesthésie Réanimation. *Communications* 2002 ; p253. Disponible à l'URL : <http://www.mapar.org/article/communications.php?champs=titre&clef=morphine+orale>
- 34) Agence Nationale de Sécurité des Médicament et des produits de santé. Fentanyl [En ligne]. ANSM, Mars 2012. Disponible à l'URL <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/ABSTRAL-ACTIQ-EFFENTORA-INSTANYL-PECFENT>
- 35) Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [En ligne]. HAS, Avril 2011. Disponible à l'URL : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011)

- 36) Fédération Française des Diabétiques. Scanner sa glycémie et ne plus se piquer le bout du doigt, un rêve bientôt accessible ? [En ligne]. Association Française des Diabétiques, 21/10/2014. Disponible à l'URL : <http://www.afd.asso.fr/actualites/scanner-sa-glycemie-et-ne-plus-se-piquer-le-doigt-un-reve-bientot-accessible-005923>
- 37) Haba S. Dossier de presse, l'Université des patients [En ligne]. Université des patients-UPMC Sorbonne, 2016. Disponible à l'URL : [http://www.universitedespatients.org/wp-content/uploads/2016/04/DP-UNIVERSITE-DES-PATIENTS\\_2016.pdf](http://www.universitedespatients.org/wp-content/uploads/2016/04/DP-UNIVERSITE-DES-PATIENTS_2016.pdf)

# ANNEXES

## 1) Annexe 1 : EXEMPLE DE PROTOCOLE

|  |                              |
|--|------------------------------|
| RESEAU REGIONAL DOULEUR EN BASSE NORMANDIE   |                              |
|             |                              |
| <b>RECOMMANDATIONS</b>   | <b>RC 6 - 2014 Version 1</b> |
| <b>Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences</b> | <i>Réf. :</i>                |
|  | <b>Page 1 / 5</b>            |

### 1. INTRODUCTION

La douleur induite par les gestes thérapeutiques ou diagnostiques doit toujours être prévenue et traitée.

Une bonne prise en charge repose sur l'association de techniques pharmacologiques et non pharmacologiques, permettant une analgésie et une diminution de l'anxiété et du vécu de la douleur.

### 2. OBJET

1. Harmoniser les pratiques de prise en charge de la douleur induite par les gestes thérapeutiques ou diagnostiques dans les services d'urgence de la région.
2. Optimiser la prévention et le traitement de la douleur induite par les gestes thérapeutiques ou diagnostiques dans les services d'urgence de la région.
3. S'inscrire dans la démarche qualité des établissements.

### 3. DOMAINE D'APPLICATION

Population concernée :

- Tout enfant de 0 à 18 ans

### 4. PERSONNEL CONCERNE - RESPONSABILITES

- Professionnels des services d'urgences : Médecins, internes, infirmiers, puériculteurs, étudiants

### 5. DESCRIPTION DE L'OBJET

#### A. RECOMMANDATIONS PRATIQUES

- Evaluer la douleur dès l'arrivée de l'enfant et tout au long de sa prise en charge.
- Apaiser le stress, rassurer l'enfant et sa famille, expliquer, informer clairement avant le soin (éviter pendant sauf demande de l'enfant).
- Permettre la présence et l'implication des parents.
- Adapter le traitement à l'âge, à la situation clinique et au degré d'urgence. Favoriser l'analgésie multimodale (G 30%, MEOPA, antalgiques de palier 1 à 3, anesthésiques locaux, anxiolytiques, sédatifs).
- Privilégier une voie d'administration simple.

| RESEAU REGIONAL DOULEUR EN BASSE NORMANDIE   |                              |
|--|------------------------------|
|             |                              |
| <b>RECOMMANDATIONS</b>   | <b>RC 6 - 2014 Version 1</b> |
| <b>Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences</b> | Réf. :<br>Page 2 / 5         |

- Administrer les antalgiques le plus tôt possible et respecter les délais d'efficacité pour le soin.
- Evaluer l'efficacité de la prescription antalgique et surveiller les effets indésirables éventuels.
- Savoir arrêter un geste quand l'analgésie est insuffisante et réévaluer la prescription.
- Accompagner au cours du soin avec des techniques de distraction ou des techniques dérivées de l'hypnose.
- Faire une ordonnance de sortie avec prescription anticipée d'antalgiques.

**Immobiliser le segment de membre douloureux sous MEOPA en cas de traumatisme (si non fait en pré - hospitalier) : la priorité absolue.**

#### B. RECOMMANDATIONS SELON LES SITUATIONS CLINIQUES

| Situation clinique   | Première proposition  | Deuxième proposition  | Pratique quotidienne<br>Recommandation<br>d'experts                        |
|--|---|---|--|
| <b>Ponction et/ou pose de voie veineuse chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois</b> | Solution sucrée (1) associée à la succion d'une tétine ou allaitement maternel +/- crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne (2) | MEOPA   |  |
| <b>Ponction et/ou pose de voie veineuse</b>  | Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne  | MEOPA si situation d'urgence ou phobie de l'enfant (en association avec crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne) |  |
| <b>Ponction artérielle (gaz du sang)</b>   | Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne  |   | MEOPA Δ : risque de modification des résultats de la gazométrie artérielle |
| <b>Ponction articulaire évacuatrice</b>  | Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne + infiltration de lidocaïne + MEOPA  | Anesthésie générale au bloc sur avis du chirurgien  |  |
| <b>Ponction capillaire au talon chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois</b>         | Solution sucrée associée à la succion d'une tétine ou allaitement maternel  |   |  |
| <b>Ponction lombaire</b>   | MEOPA + crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne si acte programmé  |   |  |
| <b>Ponction lombaire chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 4 mois</b>                    | Solution sucrée associée à la succion d'une tétine + crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne si acte programmé                 |   |  |
| <b>Ponction pleurale</b>   | Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne + infiltration de lidocaïne + MEOPA (sauf pneumothorax)                                | Crème ou patch de lidocaïne - prilocaïne + infiltration de lidocaïne + midazolam<br>Kétamine                      |  |

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>RESEAU REGIONAL DOULEUR EN BASSE NORMANDIE</b>  |                        |
|             | <b>RECOMMANDATIONS</b> |
| <b>RC 6 - 2014 Version 1</b>   |                        |
| <i>Réf. :</i>  |                        |
| <b>Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences</b> |                        |
| <b>Page 3 / 5</b>  |                        |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Brûlures (pour les pansements)</b>                                 | MEOPA +/- midazolam  | Sédation profonde (par exemple : association midazolam - kétamine - morphinique)<br>+/- anesthésie générale) |  |
| <b>Extraction d'un corps étranger</b>                                 | Selon localisation<br>midazolam intra rectal ou oral<br>Lidocaïne gel ou spray<br>MEOPA  | Anesthésie générale  |  |
| <b>Morsure ou plaie complexe grave</b>                                | Avis spécialisé et prise en charge adaptée au soin proposé   |  |  |
| <b>Ongle incarné</b>  | Anesthésie générale sur avis chirurgical   |  |  |
| <b>Pronation douloureuse</b>  | Réduction immédiate  | MEOPA  | Immobilisation du bras en écharpe 24 à 48 h (si récurrence ou délai important avant réduction) |
| <b>Réduction de hernie</b>  | Midazolam ou diazépam + solution sucrée associée à la succion pour les nourrissons jusqu'à 4 mois  |  | Proposer un bain pour détendre le nourrisson   |
| <b>Réduction orthopédique de fracture ou luxation : Selon gravité</b> | Recommandations AFSSAPS : anesthésie générale  | MEOPA - morphine - midazolam   | Intérêt d'associer la kétamine   |
| <b>Réduction de paraphimosis</b>                                      | Gel de lidocaïne + MEOPA + midazolam<br>Solution sucrée associée à la succion pour les nourrissons jusqu'à 4 mois                                  | Bloc pénien + MEOPA<br>Kétamine ou anesthésie générale   | Si oedème important appliquer des compresses imbibées de G30% pendant 30 minutes               |
| <b>Sondage vésical</b>  | Gel de lidocaïne 2% + MEOPA<br>lubrifier la sonde avec de la vaseline<br>Solution sucrée associée à la succion pour les nourrissons jusqu'à 4 mois |  |  |
| <b>Suture d'une plaie mineure</b>                                     | Lidocaïne spray ou infiltration de lidocaïne tamponnée* (selon étendue de la plaie) + MEOPA +/- midazolam intrarectal                              |  |  |
| <b>Suture d'une plaie complexe ou étendue</b>                         | Anesthésie générale  |  |  |

\*cf. recommandations selon les molécules

(1) Recommandations : Utilisation d'une solution sucrée à visée antalgique (RRDBN 2014)

[http://www.douleur-rrdbn.org/gallery\\_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/9506.pdf](http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/9506.pdf)

(2) Recommandations : Utilisation de la crème EMLA® (RRDBN 2004)

[http://www.douleur-rrdbn.org/gallery\\_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7134.pdf](http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7134.pdf)

Livret : Douleur et inconfort liés aux soins en pédiatrie (RRDBN 2009)

[http://www.douleur-rrdbn.org/gallery\\_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7136.pdf](http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7136.pdf)

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>RESEAU REGIONAL DOULEUR EN BASSE NORMANDIE</b>  |                        |
|             | <b>RECOMMANDATIONS</b> |
| <b>RC 6 - 2014 Version 1</b>   |                        |
| <b>Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences</b> | <i>Réf. :</i>          |
| <b>Page 4 / 5</b>  |                        |

### C. RECOMMANDATIONS SELON LES MOLECULES

| Molécule   | Voie et posologie  | Délai d'action                                       | Durée d'action  | Commentaire  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Midazolam</b>   | IV : 0,05 à 0,1 mg / kg<br>Sans dépasser 1mg<br>Réinjections possibles si inefficacité<br>PO : 0,5 mg / kg<br><br>IR : 0,4 mg / kg   | 2 mn<br><br>Variable<br>10 à 30 mn<br><br>20 à 30 mn | 20 à 30 mn<br><br>Action rapide et brève<br><br>45 mn | Dose max per os ou intra rectale 10 mg<br><br>Antidote: flumazénil   |
| <b>Diazépam</b>  | 0,5 mg / kg IR sans dépasser 10 mg   | 5 à 10 mn  | 1 à 3 h   |  |
| <b>Lidocaïne injectable à 1%</b>   | Infiltration :<br>2 à 7 mg / kg  | 5 à 10 mn  | 45 mn   |  |
| <b>Lidocaïne injectable à 1% tamponnée</b>                               | Volume de préparation à injecter en fonction du poids :<br>. 2 à 3 kg : 0,25 ml<br>. 3 à 5 kg : 0,5 ml<br>. 5 à 10 kg : 0,75 ml<br>. 10 à 20 kg : 1 ml<br>. > 20 kg : 1,5 ml   |  |   | Préparation de la lidocaïne tamponnée :<br>. Prendre un flacon de 20 mL de lidocaïne injectable à 1%<br>. Remplacer 4 ml de lidocaïne par 4 ml de bicarbonate de Na 4,2% |
| <b>Gel de lidocaïne à 2%</b>   | 0,1 à 0,2 g (gel) / kg<br>Soit 0,1 à 0,2 ml / kg   | 5 à 10 mn  | 30 mn   |  |
| <b>Lidocaïne nébuliseur à 5%<br/>1 pulvérisation = 9 mg de lidocaïne</b> | . Enfants > 6 ans<br>2 à 4 pulvérisations / 10 kg<br>. Enfants < 6 ans<br>1 pulvérisation / 10 kg  | 1 à 3 mn   | 10 à 15 mn  |  |
| <b>Kétamine</b>  | 0,5 à 1 mg / kg en IVL<br>Réinjections possibles jusqu'à 2 mg / kg   | 1 mn IV  | 10 à 15 mn  |  |
| <b>Morphiniques</b>  | Se référer à la plaquette<br>« OPIOIDES chez l'enfant » Guide pratique d'utilisation - RRDBN - avril 2012<br><a href="http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7131.pdf">http://www.douleur-rrdbn.org/gallery_files/site/1533/6902/7120/7121/7123/7131.pdf</a> |  |   |  |

Nb : l'ANSM recommande de n'utiliser la codéine chez l'enfant de plus de 12 ans qu'après échec du paracétamol et/ou des AINS, de ne plus utiliser ce produit chez les enfants de moins de 12 ans, de ne plus utiliser ce produit après amygdalectomie ou adénoïdectomie, de ne plus utiliser ce produit chez la femme qui allaite.

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>RESEAU REGIONAL DOULEUR EN BASSE NORMANDIE</b>  |                        |
|             | <b>RECOMMANDATIONS</b> |
| <b>RC 6 - 2014 Version 1</b>   |                        |
| <b>Prise en charge de la douleur des gestes thérapeutiques ou diagnostiques aux urgences</b> | <i>Réf. :</i>          |
| <b>Page 5 / 5</b>  |                        |

## 6. TEXTES REGLEMENTAIRES

- **Plan quadriennal** de lutte contre la douleur 2006-2010
- **Décret n ° 2002--194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Texte abrogé décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 et indexé au Code de la santé publique (CSP – Livre 3, Titre 1, Chapitre 1, Section 1.- art R 4311-1à15)
- **Circulaire DGS/DH/DAS n ° 99 /84 du 11 février 1999** relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.
- **Charte de l'enfant hospitalisé – Rédigée à Leiden - 1988**

## 7. DOCUMENTS DE REFERENCE - BIBLIOGRAPHIE

- URGENCES PEDIATRIQUES du prématuré à l'adolescent 2<sup>ème</sup> édition – Coordination : P. Labrune, D. Oriot, B. Labrune, G. Huault - Edition De Boeck - Estem
- AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique : Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Juin 2009
- Protocole « L'essentiel de la prescription antalgique aux urgences Pédiatriques » - Urgence Pédiatrique CHU Hôtel-Dieu – NANTES 2005
- Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques - Dr R. Carbajal – CNRD 2004
- La douleur chez l'enfant - D.Annequin - Elsevier/Masson - Pédiatrie au quotidien 2002
- Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans ; ANAES 2000
- Banque Claude Bernard en ligne
- [www.chu-toulouse.fr](http://www.chu-toulouse.fr)
- [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)
- [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)
- [www.theriaque.org](http://www.theriaque.org)
- [www.vidal.fr](http://www.vidal.fr)

|                      | <b>GROUPE DE TRAVAIL PEDIATRIQUE</b>                        | <b>Date</b>       |
|----------------------|---|-------------------|
| <b>Rédaction</b>     | <b>Groupe de travail pédiatrique du comité opérationnel</b> | avril 2014        |
| <b>Modifications</b> |   |                   |
| <b>Validation</b>    | <b>Comité opérationnel</b>                                  | 12 septembre 2014 |

## 2) Annexe 2 : QUESTIONNAIRE

### QUESTIONNAIRE

#### 1) ENQUETE DE PRATIQUES

Service des Urgences de l'Hopital de :

Chef de Service :

➤ Existe-t-il dans votre service un protocole établi concernant la prise en charge préventive de la douleur provoquée par les soins ? Oui (merci de joindre la photocopie)  Non

➤ Y a-t-il dans votre service des soignants sensibilisés et formés sur la prise en charge préventive et thérapeutique de la douleur ? Oui  Non

Si oui, combien (nb de personnes formées/total des soignants) ? \_\_\_\_\_

Quelles formations ?

1. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

➤ Quels moyens thérapeutiques, en termes d'antalgie, sont présents dans votre service ?

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Antalgiques per os                                 | <input type="checkbox"/> |
| Protoxyde d'Azote                                  | <input type="checkbox"/> |
| Patch Emla   | <input type="checkbox"/> |
| Xylocaïne  | <input type="checkbox"/> |
| Musique  | <input type="checkbox"/> |
| Lumière tamisée/d'ambiance                         | <input type="checkbox"/> |
| Personnel formé à l'hypnose                        | <input type="checkbox"/> |
| Neurostimulateur transcutané                       | <input type="checkbox"/> |
| Personnel formé à la prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> |
| Autre : _____                                      | <input type="checkbox"/> |

➤ Dans votre pratique, quelle place donnez-vous à la prévention de la douleur dans les gestes diagnostiques et thérapeutiques douloureux ?

| Type de Prévention                           | Systématique             | Fréquente                | Rare                     | Aucune                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ponction veineuse (prélèvement, cathéter...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ponction artérielle                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins de plaies (sutures, pansements...)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immobilisations (attelles, plâtres)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ponction articulaire                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Réduction de luxation                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pose sonde urinaire                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pose sonde nasogastrique                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pose de drains (thoracique, vésical)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mesure glycémique capillaire                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2) ETUDE OBSERVATIONNELLE :

Référent observationnel : Nom Prénom :

Fonction :

Age : \_\_

Tel. :



## UNE PONCTION VEINEUSE

### > Le Patient

Age (entre 16 et 75 ans): \_\_

Sexe F  M

Geste envisagé : Prise de sang  Pose de KT ou perf  Autre : \_\_\_\_\_

### > La prise de sang

- Par qui ? IDE  étudiant IDE  Urgentiste  Interne

Age : \_\_ Sexe :

- Le patient est-il informé sur la douleur provoquée par le geste ?

Oui  Non

- Comment le patient est-il préparé au geste ?

Position allongée  Autre position  Précisez \_\_\_\_\_

Diversion par le soignant  Méthode : \_\_\_\_\_

Massage  Musicothérapie  Luminothérapie

Autre : \_\_\_\_\_

- Le soignant propose-t-il au patient de détourner le regard du point de ponction ?

Oui  Non

- Le soignant détourne-t-il l'attention du patient au moment du geste ?

Oui  Non

Par quels moyens ? \_\_\_\_\_

- Une antalgie préventive (médicamenteuse ou non) lui est-elle proposée ?

Oui  Non

Si oui, Laquelle ? \_\_\_\_\_

Si non, Pourquoi ? (Réponse relevée auprès du soignant lui-même)

Geste réalisé dans l'urgence, pas le temps

Geste considéré comme non douloureux

Le soignant n'y a pas pensé

Autre : \_\_\_\_\_

- Une fois le geste effectué, qu'en pense le patient ?

- Il a trouvé le geste peu douloureux  douloureux  très douloureux

- Il souhaiterait un traitement antalgique préventif pour sa prochaine prise de sang :

Oui  Non



## UN SOIN DE PLAIE

### ➤ Le Patient

Age (entre 16 et 75 ans):

Sexe F  M

Soin envisagé : Nettoyage plaie/Pansement

Points de suture

Agrafes

Autre : \_\_\_\_\_

### ➤ Le soin

- Par qui ? IDE  étudiant IDE  Urgentiste  Interne

Age : \_\_ \_\_ Sexe :

- Le patient est-il informé sur la douleur provoquée par le geste ?

Oui  Non

- Comment le patient est-il préparé au geste ?

Position allongée  Autre position  Précisez \_\_\_\_\_

Diversion par le soignant  Méthode : \_\_\_\_\_

Massage  Musicothérapie  Luminothérapie

Autre : \_\_\_\_\_

- Le soignant propose-t-il au patient de détourner le regard du site de plaie ?

Oui  Non

- Le soignant détourne-t-il l'attention du patient au moment du geste ?

Oui  Non

Par quels moyens ? \_\_\_\_\_

- Une antalgie préventive (médicamenteuse ou non) lui est-elle proposée ?

Oui  Non

Si oui, Laquelle ? \_\_\_\_\_

Si non, Pourquoi ? (Réponse relevée auprès du soignant lui-même)

Geste réalisé dans l'urgence, pas le temps

Geste considéré comme non douloureux

Le soignant n'y a pas pensé

Autre : \_\_\_\_\_

- Une fois le geste effectué, qu'en pense le patient ?

- Il a trouvé le geste peu douloureux  douloureux  très douloureux

- Il souhaiterait un traitement antalgique préventif pour son prochain soin de plaie :

Oui  Non



## UNE IMMOBILISATION

### > Le Patient

Age (entre 16 et 75 ans):

Sexe F  M

Geste envisagé : Plâtre/Résine  Attelle postérieure  Autre : \_\_\_\_\_

### > L'immobilisation

- Par qui ? IDE  étudiant IDE  Urgentiste  Interne

Age : \_\_ Sexe :

- Le patient est-il informé sur la douleur provoquée par le geste ?

Oui  Non

- Comment le patient est-il préparé au geste ?

Position allongée  Autre position  Précisez \_\_\_\_\_

Diversion par le soignant  Méthode : \_\_\_\_\_

Massage  Musicothérapie  Luminothérapie

Autre : \_\_\_\_\_

- Le soignant détourne-t-il l'attention du patient au moment du geste ?

Oui  Non

Par quels moyens ? \_\_\_\_\_

- Une antalgie préventive (médicamenteuse ou non) lui est-elle proposée ?

Oui  Non

Si oui, Laquelle ? \_\_\_\_\_

Si non, Pourquoi ? (Réponse relevée auprès du soignant lui-même)

Geste réalisé dans l'urgence, pas le temps

Geste considéré comme non douloureux

Le soignant n'y a pas pensé

Autre : \_\_\_\_\_

- Une fois le geste effectué, qu'en pense le patient ?

- Il a trouvé le geste peu douloureux  douloureux  très douloureux

- Il souhaiterait un traitement antalgique préventif pour sa prochaine immobilisation :

Oui  Non



# SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses: que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.