



HAL
open science

L'anesthésie locorégionale dans les services d'urgence d'Auvergne : une revue des pratiques

Maxime Dumesnil

► **To cite this version:**

Maxime Dumesnil. L'anesthésie locorégionale dans les services d'urgence d'Auvergne : une revue des pratiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02104499

HAL Id: dumas-02104499

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02104499>

Submitted on 19 Apr 2019

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.

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
par

DUMESNIL Maxime, Jean

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2018

**L'anesthésie locorégionale dans les services d'urgence d'Auvergne, une revue
des pratiques**

Président du Jury : Monsieur le Professeur SCHMIDT Jeannot

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur DEBBABI Haithem

Membres du Jury : Monsieur le Professeur AUTHIER Nicolas

Monsieur le Professeur BAZIN Jean-Etienne

Monsieur le Professeur CONSTANTIN Jean-Michel

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
par

DUMESNIL Maxime, Jean

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2018

**L'anesthésie locorégionale dans les services d'urgence d'Auvergne, une revue
des pratiques**

Président du Jury : Monsieur le Professeur SCHMIDT Jeannot

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur DEBBABI Haithem

Membres du Jury : Monsieur le Professeur AUTHIER Nicolas

Monsieur le Professeur BAZIN Jean-Etienne

Monsieur le Professeur CONSTANTIN Jean-Michel



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAL Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine

M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire

M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mlle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

Remerciements

Monsieur le Professeur Jeannot SCHMIDT :

Vous avez accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

À Messieurs les Professeurs Nicolas AUTHIER, Jean-Etienne BAZIN et Jean-Michel CONSTANTIN :

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Haithem DEBBABI :

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Tu m'as soutenue et guidé tout au long de ce travail et je t'en remercie.

Merci aux médecins ayant accepté de participer à cette étude.

À ma famille pour être toujours présente dans les moments de joie et aussi les moments difficiles. Ma petite maman, qui sera toujours présente comme un phare dans la tempête de la vie. A Mich' pour son soutien, son écoute, sa patience, son exemplarité. A mon frère et ma sœur qui m'ont toujours épaulé. A mes grands-parents, ma mamie ultra-connecté, mon papi qui nous a quitté avant de pouvoir m'appeler officiellement l'académie. Je ferais de mon mieux pour que le trou normand soit remboursé par la sécurité sociale. A mes oncles, tantes et cousins. Merci.

Merci aux amis de Poitiers qui restent toujours proches malgré l'éloignement. Vous êtes les meilleurs et j'espère profiter encore longtemps avec vous. Zob et Luigi pour aller rouler quand vous le voudrez maintenant que ça touche à sa fin. Andrew et Juju les copines du tout début d'aventure. Alice notre deuxième maman à tous. Paupau, Chacha et Chuchu les sportifs du comptoir. Valoche, Pépé la blonde, Clément, Raf'. Les pièces rapportées aussi. Merci

Merci aux co-internes rencontrés pendant ces 3 années difficiles. On aura bien rigolé ensemble et transformé notre parcours en une belle aventure.

Aurillac pour commencer, ce pays froid, mais cet internat tellement chaleureux. Julia, Jens les parents de la bande. Lulu et Fredo les bons tuyaux. Ludo je t'ai rencontré là et on va finir ensemble, toi le papa poule avec tes meufs Marion et Emma. Florence et Harry les jeunes mariés. Zlatko, pour les match de squash difficile, et Amandine la petite maman. Alix, on aura presque fini de regarder les visiteurs une fois... Vincent et tes anniversaires surprises. Marie, Grégoire, Julien, Camille, Zak, Elisa. C'est difficile de tous ce voir mais vous êtes et resteraient mes premiers copains d'ici.

Montluçon aussi, la rencontre avec Robert et les courses endiablés. JP, William, et Maxime la team de réa. Merci à la Gynéco-pédia : Fanny, Julia, Louise, Rémi, Jeanne, Laura, Banane (dédicace), Fanny, son homme mystère et Django.

Merci au réanimateur qui m'ont fait une petite place au soleil à leur coté pendant mon semestre avec eux. Russel grand chef, et Bernard chef papa ours, j'aurais appris tellement de choses avec vous. Merci pour votre patience et votre pédagogie. Les chefs Kéké et Titi les grands sportifs, on attend toujours l'inscription pour la Sainté-Lyon. Erwan mon copain, on aura raconté beaucoup de connerie quand on y pense. Adrien l'homme qui va devenir père mais qui reste un grand enfant, Pierre Antoine le boiteux, Ridvan le guerrier, Chaton le calme derrière la tempête, Stéphanie reine de la photo compromettante. Et bien sûr à vos mère et vos sœurs !

Merci à la TEAM des inDESCtructible Rbt, Ludo, Louise, Thibaut : on aura réussi ensemble, et on continuera ensemble pour un petit moment encore j'espère.

Merci enfin aux rencontres collatérales : Rex, Zozo, Rustine, Claire, Thomas, JB, Geoffrey, Olivia, Armand, Franck et Marianne.

Je vous suis franchement redevable à tous.

Merci à toutes les équipes à qui j'ai cassé les oreilles pendant 3ans, qui ne me supportent plus maintenant.

À Fannette, à qui j'aurais fait passer un été difficile.

Table des matières

1. Abréviations	14
2. Introduction	15
3. Matériel et méthode	17
4. Résultats	19
4.1. Démographie des répondants	19
4.2. Formation des praticiens	22
4.3. Connaissances théoriques sur la gestion de l'ALR	24
4.4. Pratique de l'anesthésie locorégionale.....	26
4.5. Limite de la pratique de l'anesthésie locorégionale	30
4.6. Pratique de l'échographie et de l'ALR aux urgences	31
4.7. Habitudes d'antalgie dans la pratique courante.....	33
4.8. Efficacité et effets indésirables de différentes techniques d'analgésie et sédation.....	39
5. Discussion	41
6. Bibliographie	50
7. Annexe	54
7.1. Annexe 1 : notre questionnaire.....	54

1. Abréviations

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DUMI : Diplôme Universitaire de Médecine Intensive

FAST : Focused Assessment with Sonography for Traumas

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

PH : Praticien Hospitalier

RFE : Recommandations Formalisées d'Experts

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile D'urgence Et Réanimation

2. Introduction

La lutte contre la douleur est depuis plusieurs années une priorité de santé publique.

Aux urgences, 60 % des patients ressentent une douleur aiguë(1). Pour 85% de ceux-ci, la douleur constitue le principal motif de recours aux soins(1). De plus, une étiologie traumatique est retrouvée dans 30% des cas(1).

La mise en place de directives et recommandations nationales témoignent de la volonté des institutions et des professionnels, d'optimiser la prise en charge de la douleur.

En 2007, la conférence de consensus concernant la prise en charge médicamenteuse de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence, évoque une prise en charge de l'analgésie drastiquement insuffisante dans les services d'urgence, malgré l'arsenal thérapeutique existant (64 à 77% des patients sortants des urgences sont insuffisamment soulagés(2)). Apparaît alors le terme d'oligoanalgésie(3).

Souvent, les antalgiques oraux et les anesthésiques locaux sont peu efficaces, nécessitant le recours à de nouvelles molécules avec parfois de fortes doses, une complexité d'utilisation, et un risque accru de survenue d'effets indésirables.

Le collège des enseignants de médecine d'urgence et le groupe SAMU urgence de France ont publié en 2010 une fiche d'information sur l'anesthésie locorégionale (ALR) aux services d'urgences, en rappelant les droits des urgentistes à la réalisation de quelques gestes d'ALR(4).

Des études américaines montrent la non supériorité de l'ALR par rapport à l'analgésie intraveineuse multimodale (associant paracétamol et morphine), mais montrent un gain sur le temps de passage moyen d'un patient aux urgences(5)(6)(7)(8).

En 2016, le SFMU publie un premier texte sur le niveau de compétence que doit avoir un médecin urgentiste(9). Elle propose que tous les praticiens soient capables de réaliser un écho-guidage pour une ALR(9). Récemment, en juillet 2018, Martinez et Al, confirment la nécessité pour les urgentistes de savoir réaliser une ALR écho guidée(10).

Initialement les unités SMUR ont été créées pour la prise en charge traumatologique rapide, d'où l'importance de la connaissance des différents moyens d'antalgie. Dans ce contexte-là, la pratique du bloc fémoral (ou apparenté : BIF : bloc ilio-facial) est la mieux connue.

Les recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des plaies en 2017, rappellent que l'ALR est le moyen d'antalgie à privilégier dans les services d'urgences(11). Elle permet une meilleure désinfection, une meilleure exploration et une meilleure prise en charge esthétique(11).

Il existe peu de littérature sur la pratique de l'ALR aux urgences. Les principaux articles retrouvés décrivent une approche anesthésique de cette technique.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la pratique de l'anesthésie locorégionale aux urgences et en SMUR, ses domaines d'applications et les limites de cette technique d'analgésie. Nous étudions également les habitudes de prise en charge de la douleur en soin aigu, notamment traumatique.

3. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, multicentrique réalisée dans la région Auvergne.

Nous avons élaboré un questionnaire (annexe 1) par le biais de Google Forms, envoyé par mail aux différents médecins SMURistes et urgentistes de l'Auvergne : CHU de Clermont-Ferrand, centre hospitaliers de Vichy, Issoire, Riom, Aurillac, le Puy en Velay, Montluçon, et Moulins. Les formulaires ont été envoyés sans réponse de la part des services de Riom, Issoire, Montluçon et le puy en Velay (en dehors des praticiens rattachés à 2 établissements différents).

Ce questionnaire permet une étude des connaissances et des habitudes des médecins par rapport à l'anesthésie locorégionale, leur pratique actuelle ainsi que leur opinion quand à cette pratique. On y explore également les alternatives proposées par les praticiens ne pratiquant pas l'anesthésie locorégionale. Le questionnaire est disponible en annexe 1.

Cette étude a été réalisée dans 4 centres, avec la participation de 69 médecins répondants sur un total de 98 médecins contactés (CHU de Clermont Ferrand : 25 ETP, soit 34 praticiens en comptant les assistants/médecins partagés ; SMUR 63 : 9 praticiens dédiés ; CH Vichy : 21 praticiens; CH Moulins : 21 praticiens ; CH Aurillac : 13 praticiens).

Un avis auprès du CPP n'a pas été nécessaire après consultation de L'Agence Régionale de Santé de Lyon.

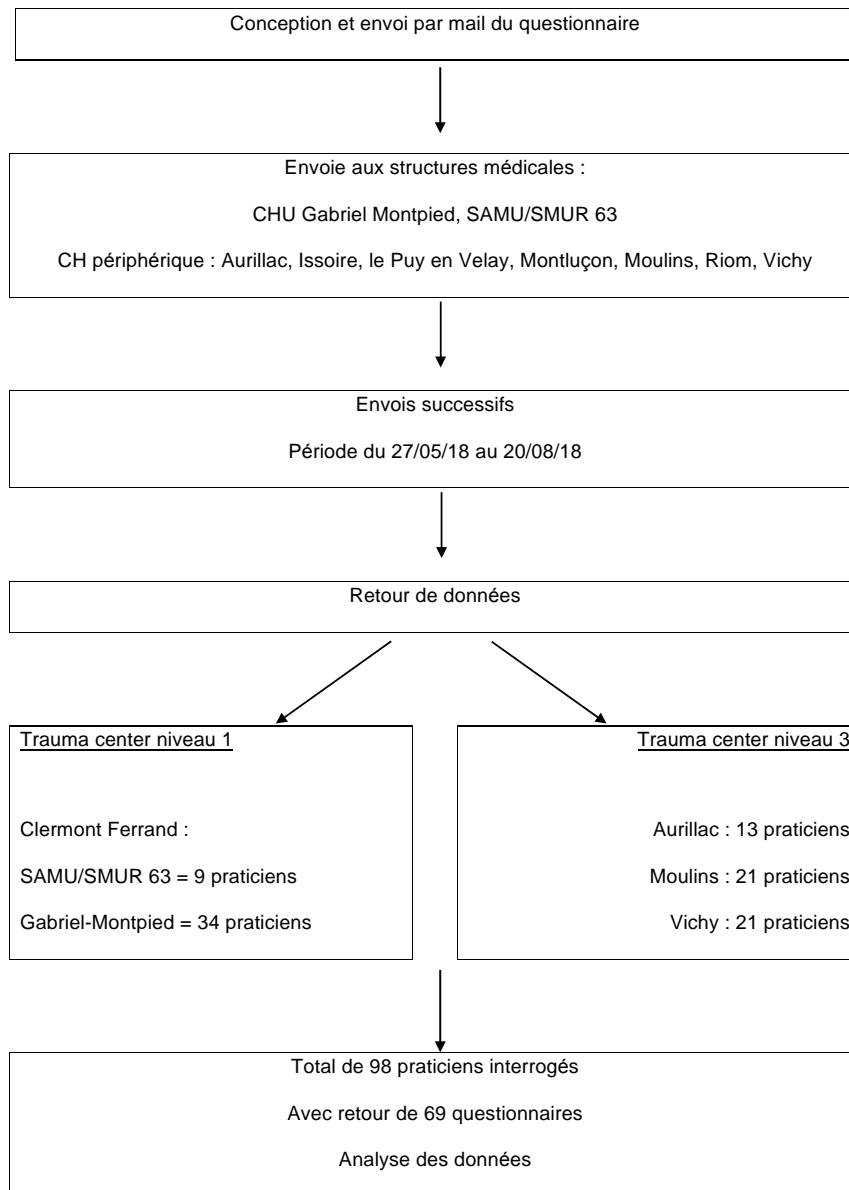


Figure 1. Schéma de l'étude

4. Résultats

4.1. Démographie des répondants

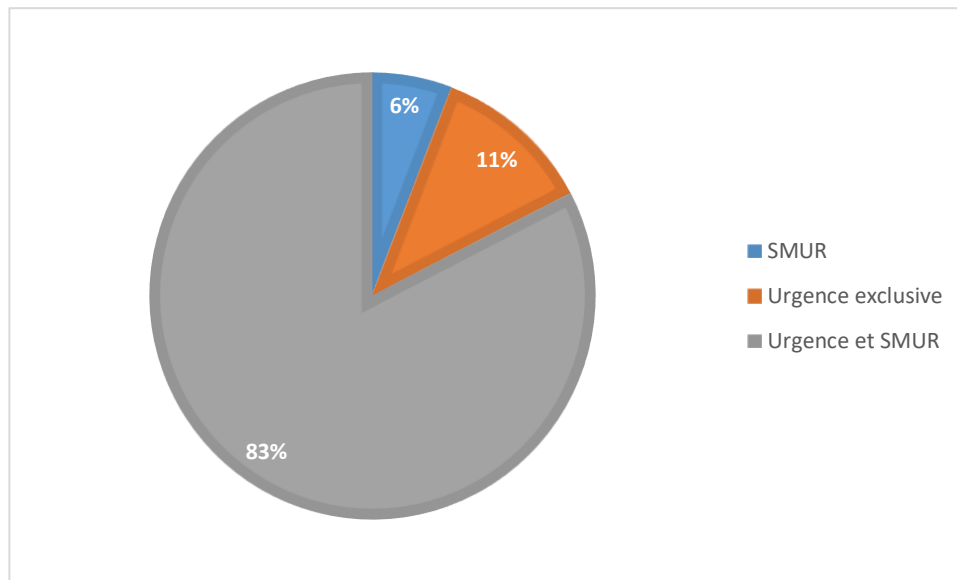


Figure 2. : Répartition des modalités d'exercice des praticiens interrogés.

Sur les 69 réponses obtenues, 83% des répondants effectuaient une activité mixte d'urgence et de SMUR, 11% une activité uniquement aux urgences et 6% ont une activité de SMUR exclusive.

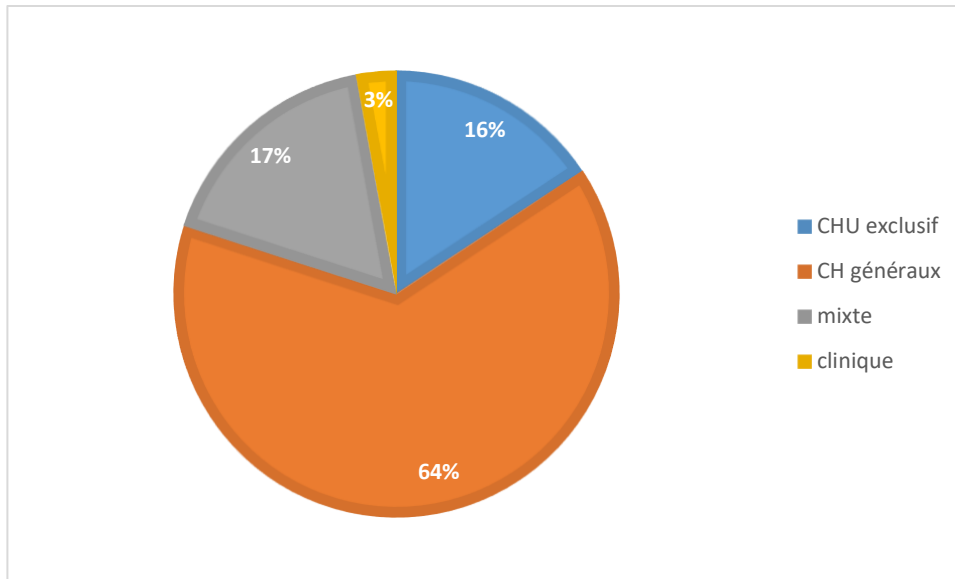


Figure 3. Lieu de pratique

Soixante-quatre pour cent des répondants exercent au sein d'un centre hospitalier général. En effet, l'échantillon de répondant était en majorité issu des hôpitaux d'Aurillac, Moulins, et Vichy.

La majorité des répondants était des Praticiens Hospitaliers (PH) titulaires (55,1%), puis dans une proportion similaire : PH contractuel (23,2%) et assistant (20,3%). A noter la présence d'un médecin intérimaire dans la population interrogée.

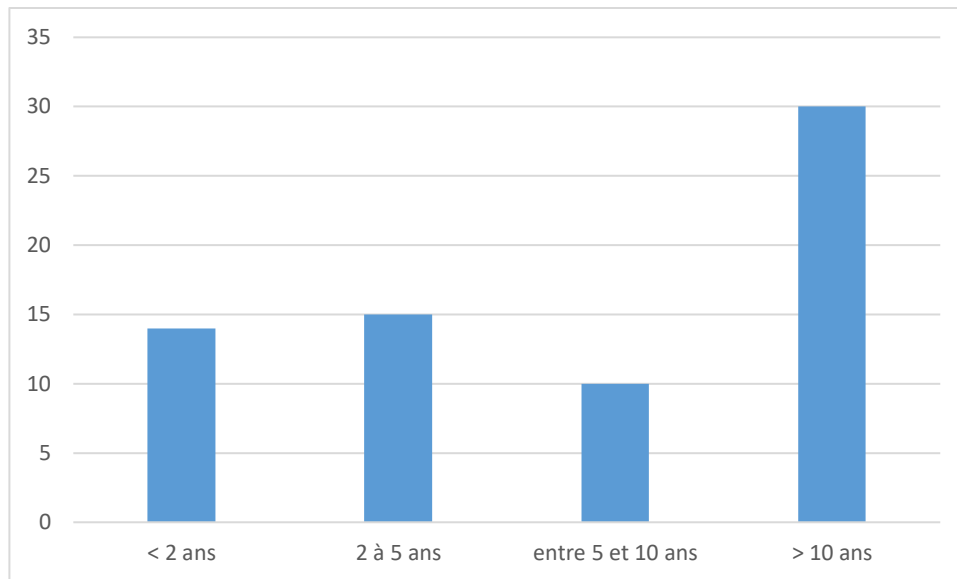


Figure 4. Expérience des praticiens.

La majorité des répondants était considérée comme expérimentée avec plus de 10 ans d'exercice aux urgences (43,5%). On remarque également qu'il y avait autant de praticiens avec moins de 5 ans d'expérience (42%) qu'avec plus de 10 ans d'expérience (43,5%).

4.2. Formation des praticiens

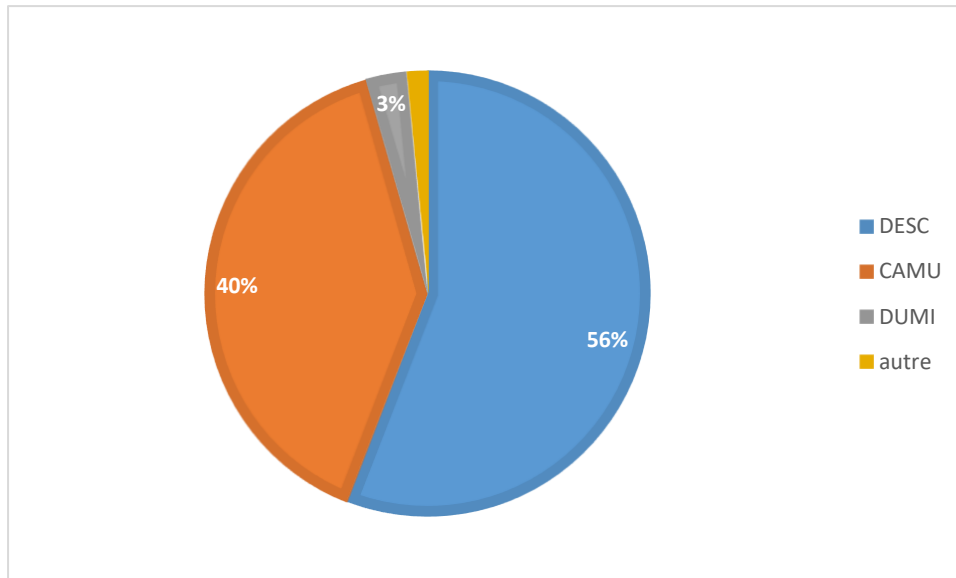


Figure 5. Formation initiale des interrogés

La formation initiale des répondants était en majorité le Diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) de médecine d'urgence puis en second la Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU). Parmi la population étudiée on notait la présence d'un médecin généraliste, d'un médecin pompier avec Diplôme inter universitaire (DIU) de médecine de catastrophe et enfin 2 Diplôme universitaire de médecine intensive (DUMI).

Les praticiens avec plus de 10 ans d'expérience étaient majoritairement titulaire de la CAMU (83,3%), et les moins expérimentés avait plutôt suivi un cursus de DESC (100% si > 2ans d'expérience, 93,3% entre 2 à 5 ans d'expérience).

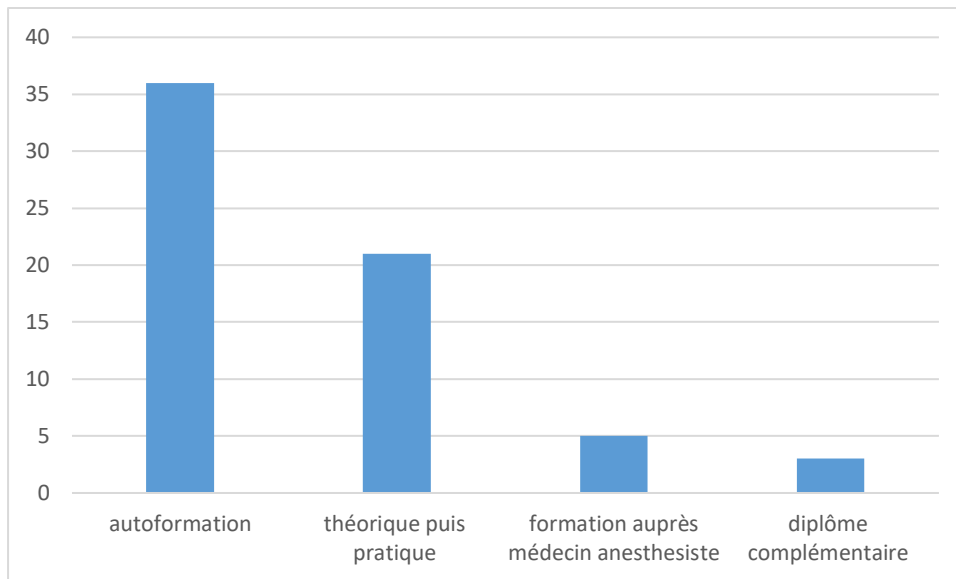


Figure 6. Les différentes modalités de formation à l'ALR

Les médecins pratiquant l'ALR étaient 52% à déclarer s'être formé seul, 30,4% suite à un enseignement théorique puis une mise en pratique. Seulement 7,2% déclaraient avoir eu un enseignement auprès d'un médecin anesthésiste/réanimateur et 4,3% un enseignement de type DIU/DU ou même au cours du DESC/CAMU.

Dans le sous-groupe de 39% des praticiens ne réalisant pas d'ALR, 11,1% (3 praticiens) avaient eu une formation théorique et pratique par un médecin anesthésiste au préalable.

Enfin, concernant la disponibilité d'une formation à l'ALR dans la région Auvergne, les praticiens interrogés étaient 46,6% à estimer qu'elle n'était pas disponible et 10,3% la trouvaient trop contraignante.

4.3. Connaissances théoriques sur la gestion de l'ALR

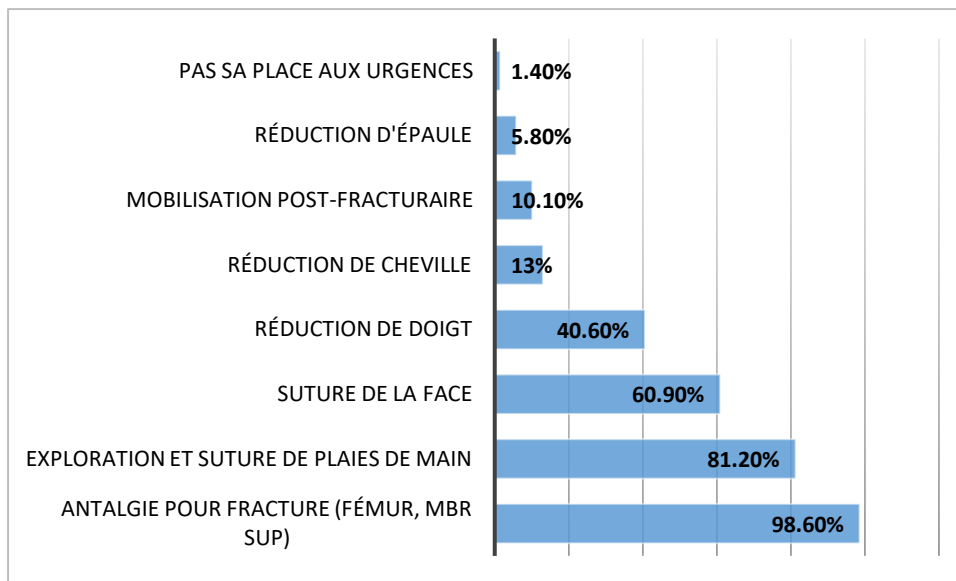


Figure 7. Indications de l'ALR selon les répondants

Les indications essentiellement retrouvées sont : l'antalgie pour les fractures (fémur, membre supérieur et inférieur), exploration et suture de plaie de main, suture de plaie de la face et enfin réduction de fracture/luxation de doigt. Néanmoins, 5,8% pense qu'il est possible de réduire des luxation d'épaule sous ALR, le type de bloc à réaliser n'est pas utilisable par le médecin urgentiste (bloc interscalénique par exemple).

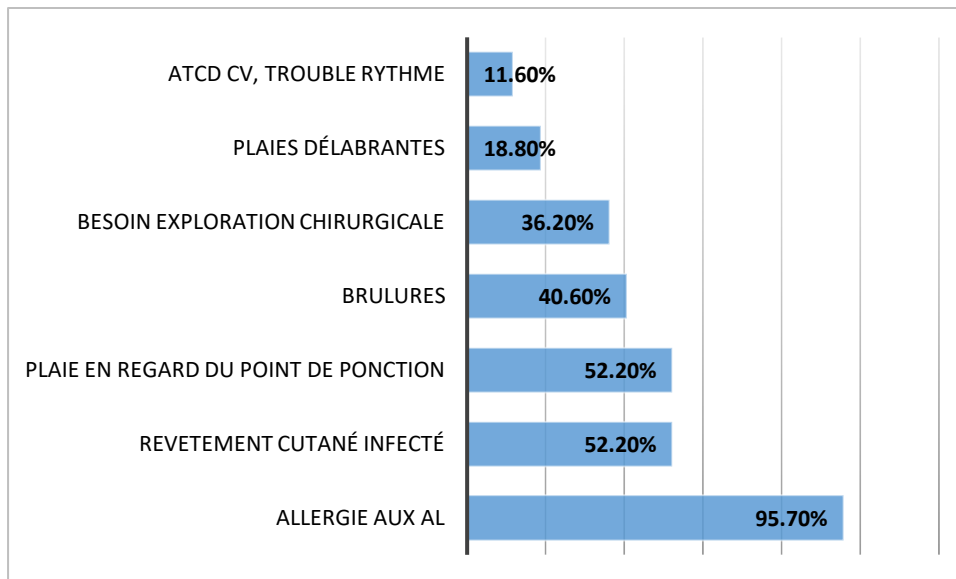


Figure 8. Contre-indication de l'ALR selon les répondants

Les contre-indications relevées étaient essentiellement l'allergie aux anesthésiques locaux, et pour 52,2% d'entre eux un revêtement cutané infecté, délabré, brûlé est une contre-indication.

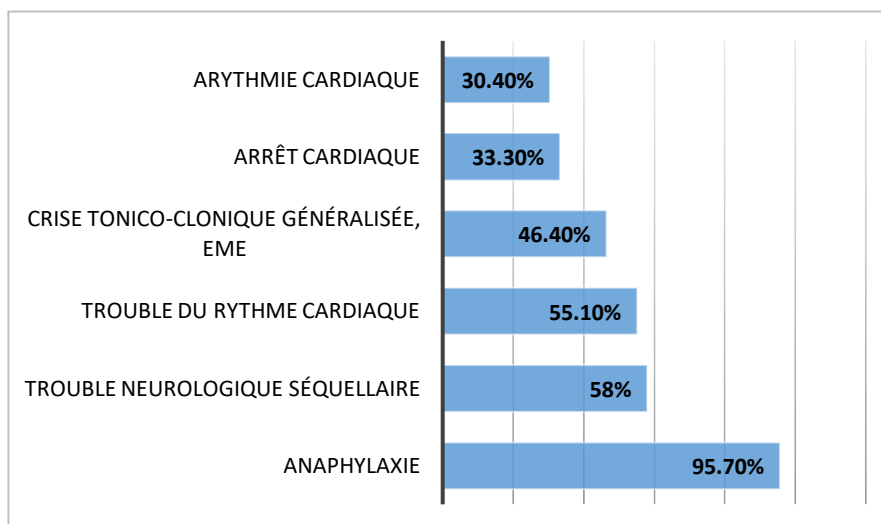


Figure 9. Complications possible de l'ALR selon les répondants

Les complications retenues par les praticiens en pratique sont essentiellement l'anaphylaxie (95,7%), les troubles neurologiques séquellaires (58%), les troubles du rythme cardiaque. Les crises tonico-cloniques sont retenues par 46,4% des répondants.

4.4. Pratique de l'anesthésie locorégionale

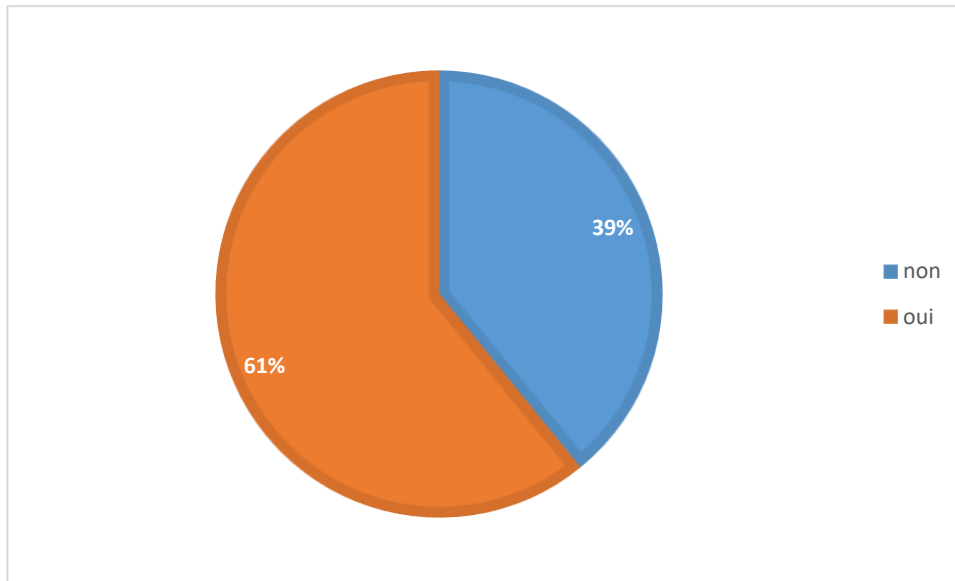


Figure 10. Qui pratique l'ALR ?

Soixante et un pourcents des praticiens déclaraient pratiquer l'anesthésie locorégionale.

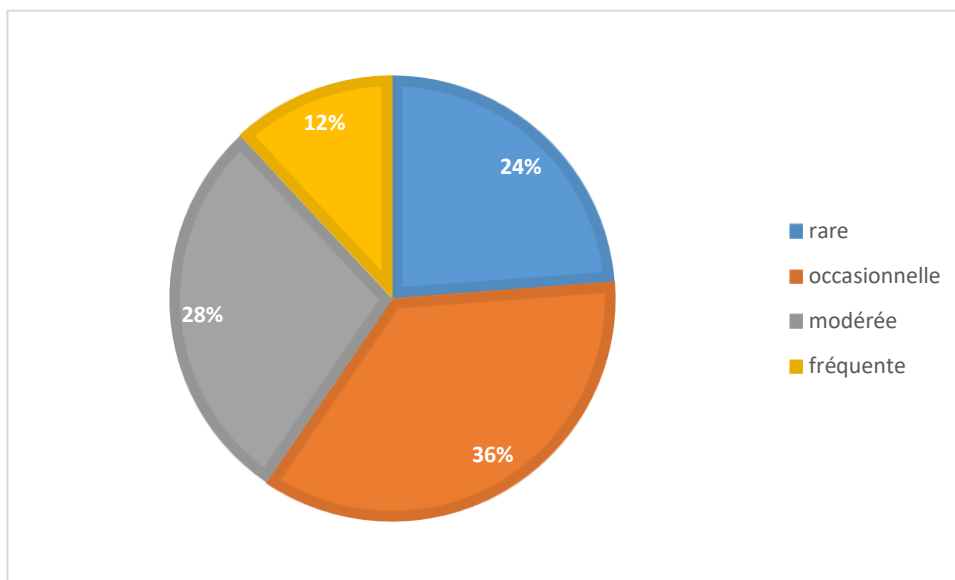


Figure 11. Fréquence de la pratique de l'ALR.

Vingt-huit pourcents déclaraient la pratiquer de manière modérée, soit 1 par semaine, 36 % de manière occasionnelle, soit 1 par mois maximum, 24% de manière rare soit 1 par an maximum.

Un quart seulement des répondants, pratiquent l'ALR au moins 1 fois par semaine.

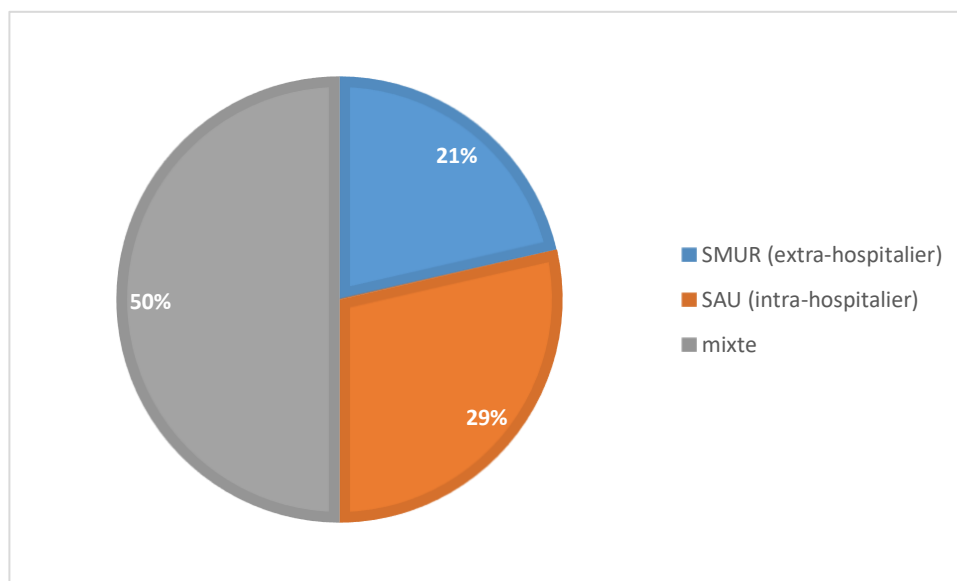


Figure 12. Terrain d'utilisation de l'ALR

Cinquante pour cent des praticiens utilisent l'ALR en pratique mixte (urgence et SMUR), 29% en intra-hospitalier et 21% en extrahospitalier (SMUR).

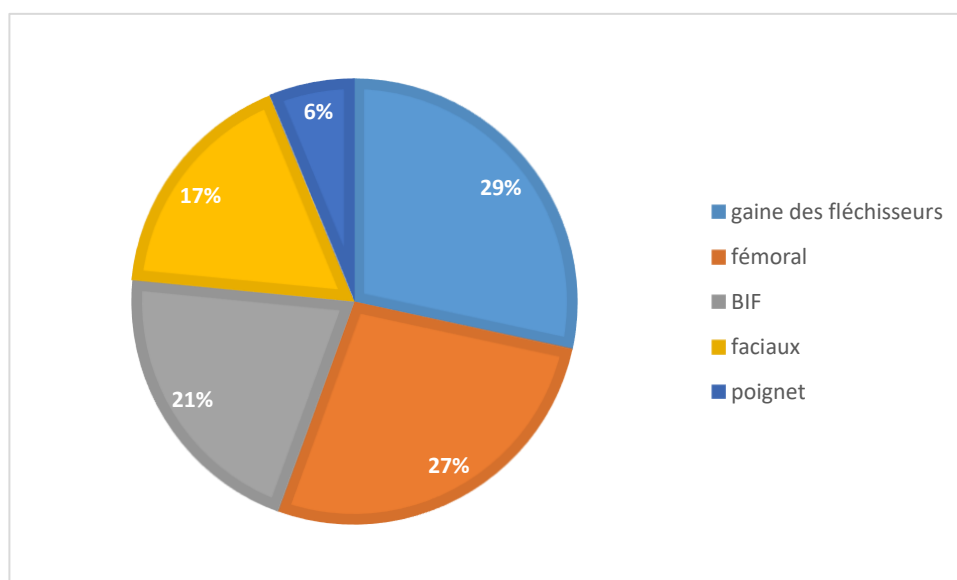


Figure 13. Les types de blocs réalisés

En pratique générale, les blocs réalisés sont : le bloc de la gaine des fléchisseurs (29%), le bloc fémoral (27%), le BIF (21%), les blocs faciaux (17%), enfin les blocs au poignet (6%).

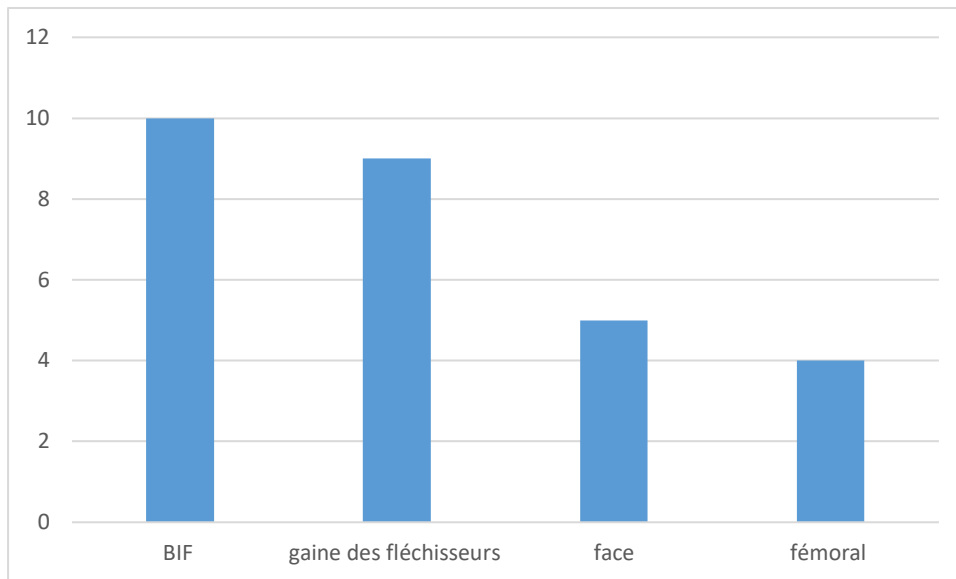


Figure 14. Blocs pratiqués en intra-hospitaliers

Parmi ceux qui pratiquaient l'ALR en intra-hospitalier exclusivement (13 praticiens), ils utilisaient par ordre de fréquence : le BIF (76,9%), le bloc de la gaine des fléchisseurs du doigt (69,2%), les blocs faciaux (30,7%), fémoral (30,7%).

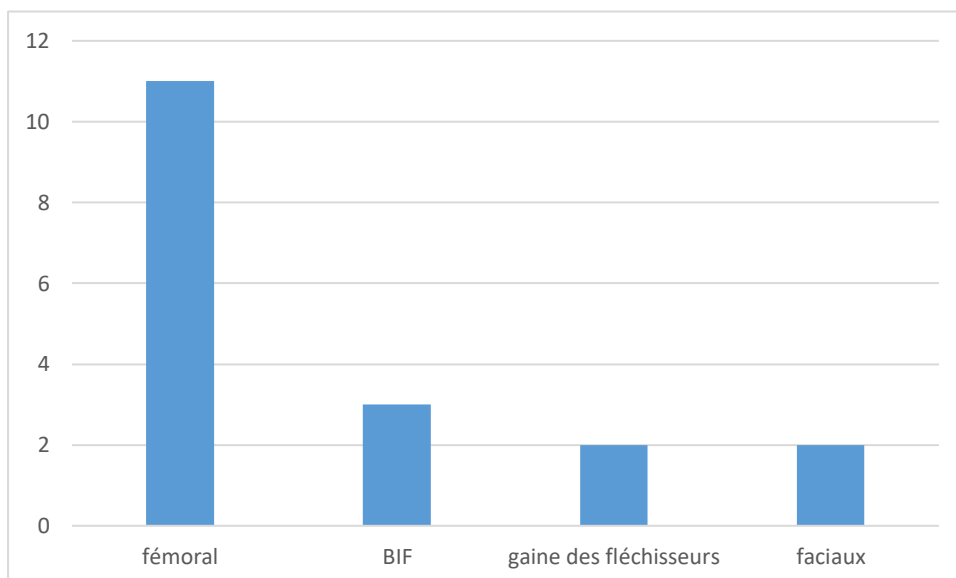


Figure 15. Blocs pratiqués en extrahospitalier

En extrahospitalier exclusif (15 praticiens), le bloc fémoral (73,3%) et le bloc ilio-facial (20%) sont les blocs réalisés en pratique courante.

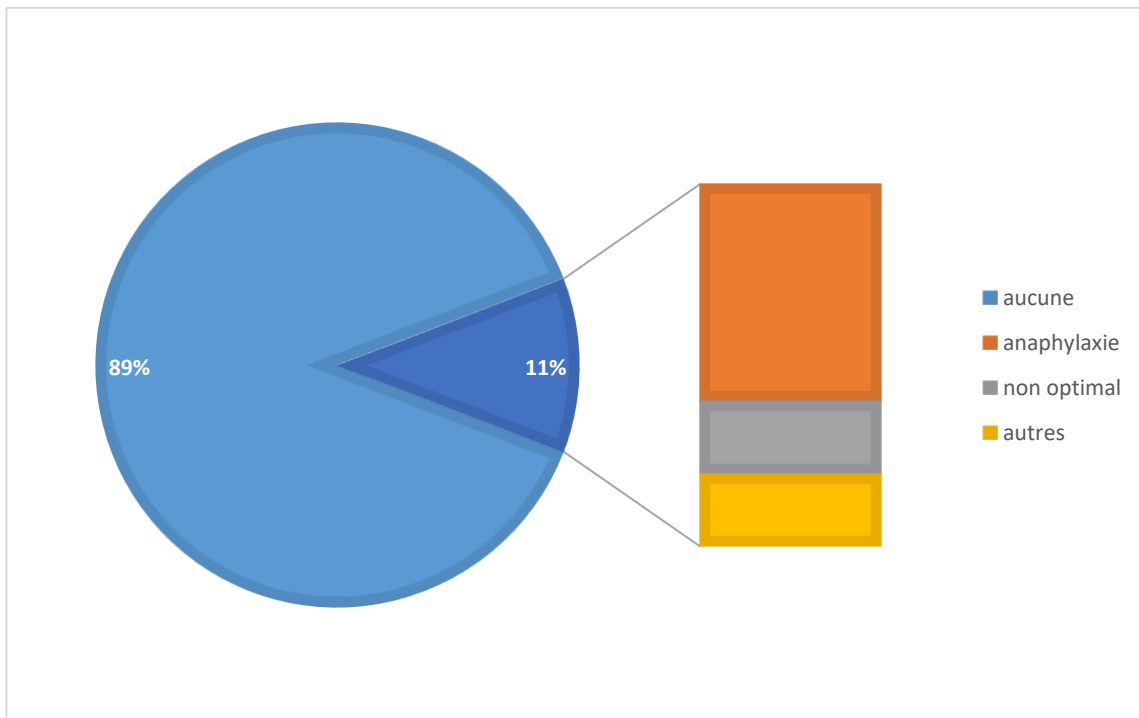


Figure 16. Complications rencontrées par les praticiens lors de la pratique de l'ALR.

Dans le panel de médecin interrogé, 89% déclarait ne pas avoir eu de complications après une ALR. En cas de complication, la plus fréquemment rencontrée était la réaction anaphylactique (7%), puis une réponse non optimale au bloc (2%), et enfin une anesthésie d'un rameau adjacent au bloc ayant entraîné une paralysie de l'oculomoteur suite à un bloc supra-orbitaire (2%).

4.5. Limite de la pratique de l'anesthésie locorégionale

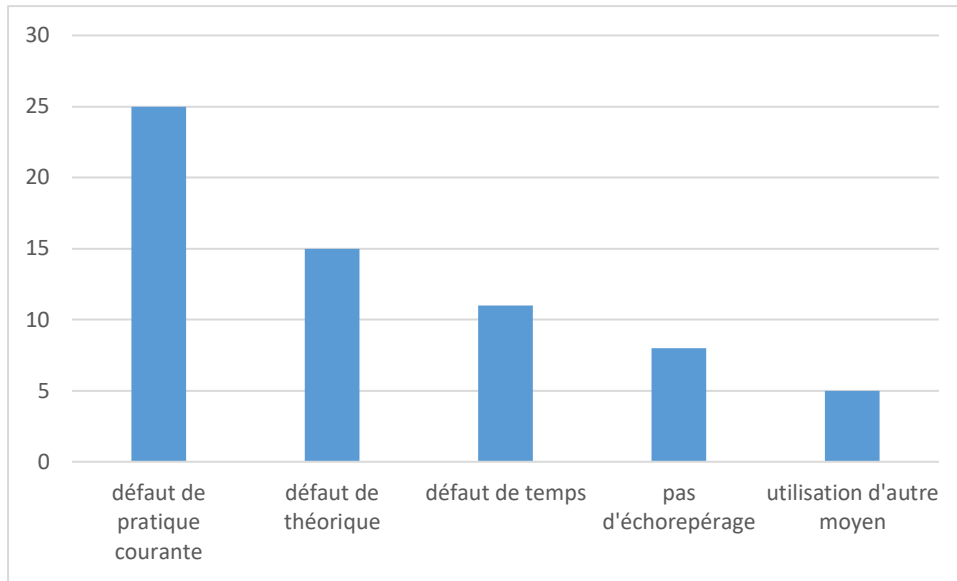


Figure 17. Cause de non pratique de l'ALR

Les limites relevées par les praticiens n'effectuant pas d'ALR sont : le défaut de pratique courante (92,6%), le défaut d'enseignement théorique (55,5%), le défaut de temps aux urgences (40,7%), l'absence d'écho-repérage (29,6%) et enfin l'utilisation d'autres techniques (18,5%).

4.6. Pratique de l'échographie et de l'ALR aux urgences

		Pratique de l'ALR		
		Oui	Non	Total
Pratique de l'échographie	Oui	30	17	47
	Non	12	10	22
	Total	42	27	69

Tableau I : Répartition des répondants en fonction de leur pratique de l'ALR et de l'échographie aux urgences et en SMUR.

Le tableau I montre que 17 praticiens utilisent couramment l'échographie sans pratiquer l'ALR. Il montre que 30 praticiens pratiquent l'échographie et l'ALR aux urgences.

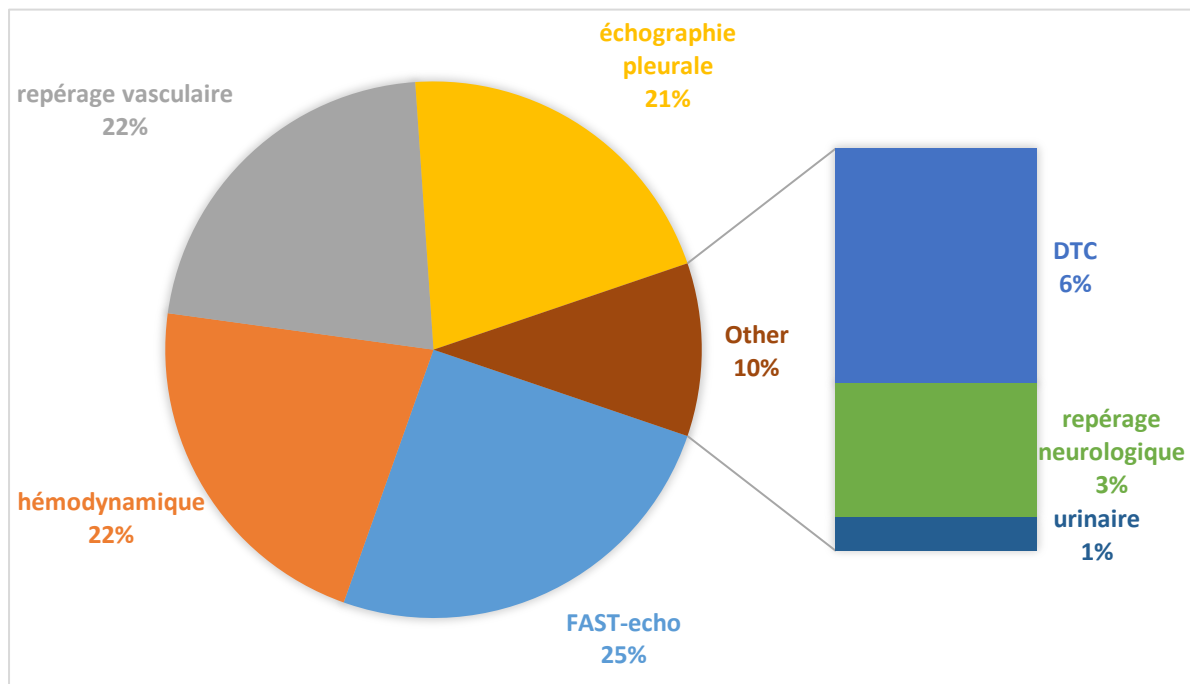


Figure 18. Les pratiques de l'échographie chez les personnes pratiquant l'ALR.

Parmi les 30 médecins pratiquant l'ALR et pratiquant également l'échographie, celle-ci est utilisée majoritairement pour la FAST-écho, l'évaluation hémodynamique, le repérage

vasculaire et l'échographie pleurale. Dans une très faible mesure au repérage péri-nerveux (3%) (bloc fémoral, ou bloc au poignet).

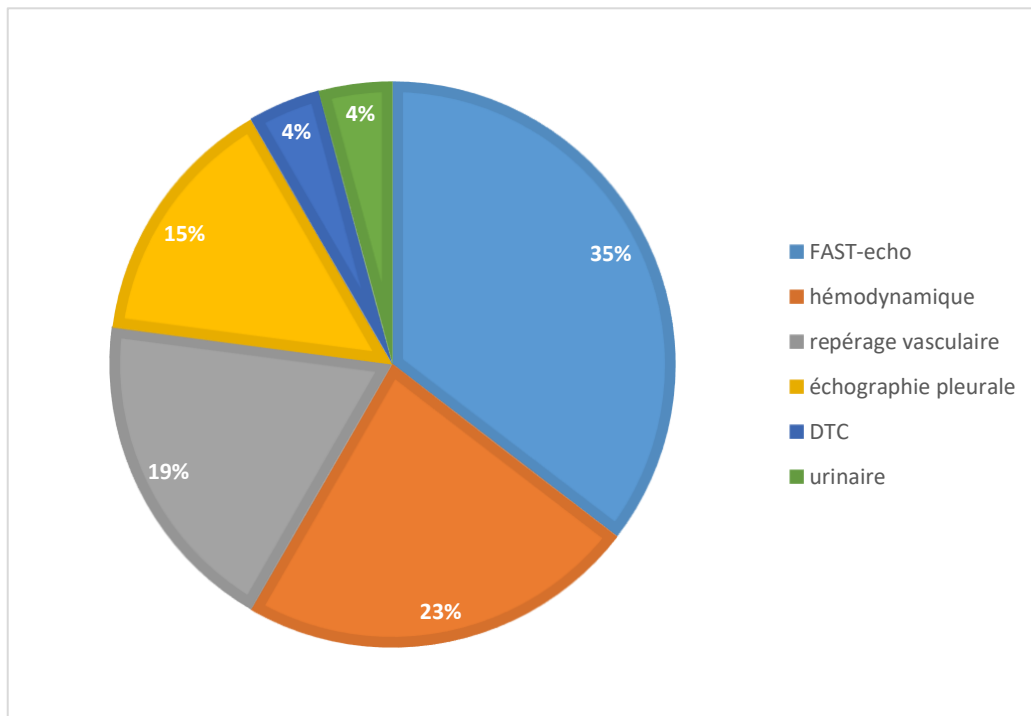


Figure 19. Les pratiques de l'échographie chez les personnes ne pratiquant pas l'ALR.

Dans le sous-groupe ne pratiquant pas l'ALR, 62,9% pratique l'échographie, et parmi eux, uniquement 1/5 à visée de repérage vasculaire (permettant un écho-guidage rapide).

4.7. Habitudes d'antalgie dans la pratique courante

4.7.1. Dans le cadre de la traumatologie non vitale des membres

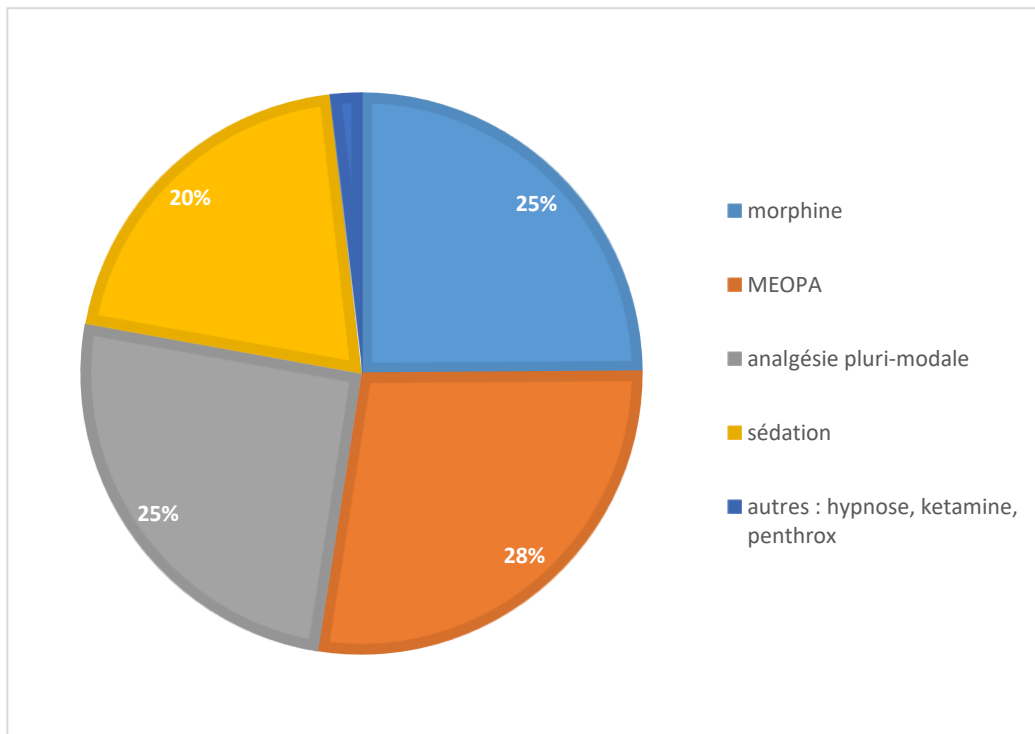


Figure 20. Les habitudes d'antalgie en traumatologie osseuse.

Les différentes techniques d'antalgie en traumatologie osseuse non vitale sont représentée par le MEOPA (28%), la morphine et l'analgésie pluri-modale (25%), la sédation (20%).

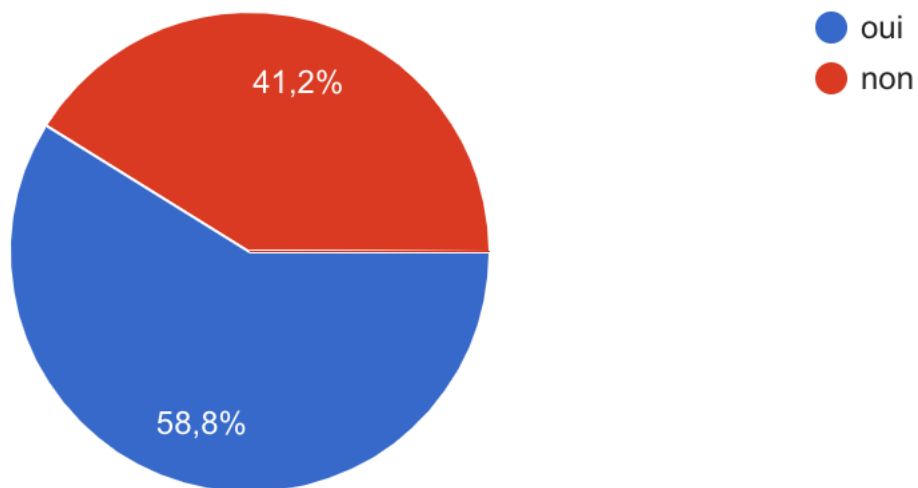


Figure 21. Méthode d'analgésie utilisée est-elle plus rapide que l'ALR ?

L'utilisation de ces techniques alternatives était jugée plus rapide que l'ALR pour 58,8% des praticiens.

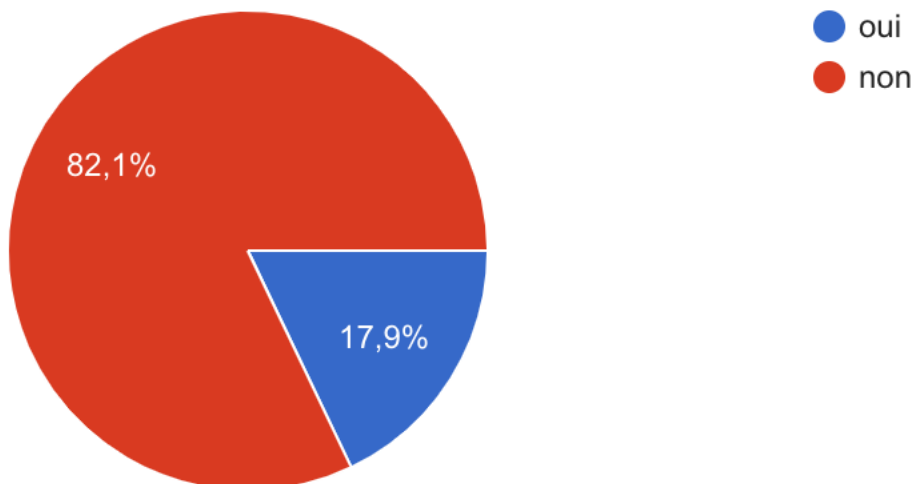


Figure 22. Méthode d'analgésie utilisée est-elle plus efficace que l'ALR ?

Les techniques d'analgésie utilisées pour la traumatologie non vitale des membres sont considérées comme moins efficaces par rapport à l'ALR pour 82,1% des praticiens.

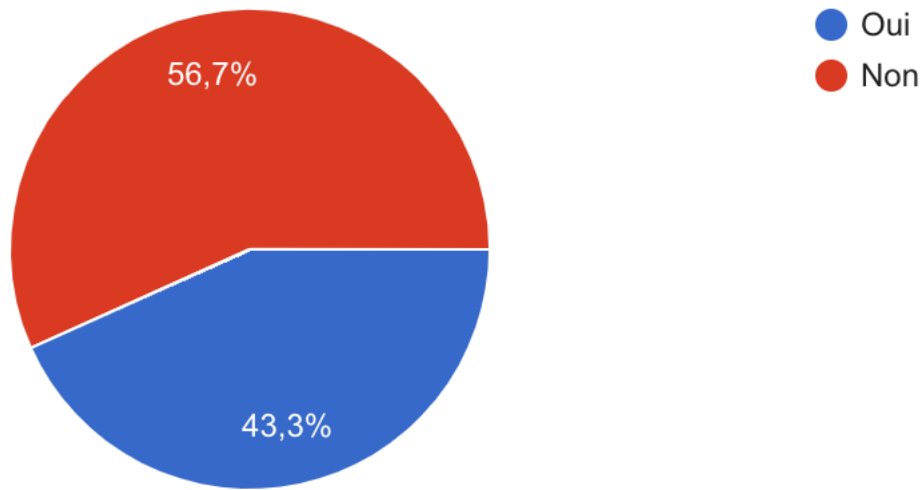


Figure 23. Méthode d'antalgie utilisée a-t-elle plus de complication que l'ALR ?

La méthode d'antalgie utilisée était jugée moins risqué que l'ALR pour 56,7% des praticiens.

4.7.2. Dans le cadre de la prise en charge des plaies non chirurgicales

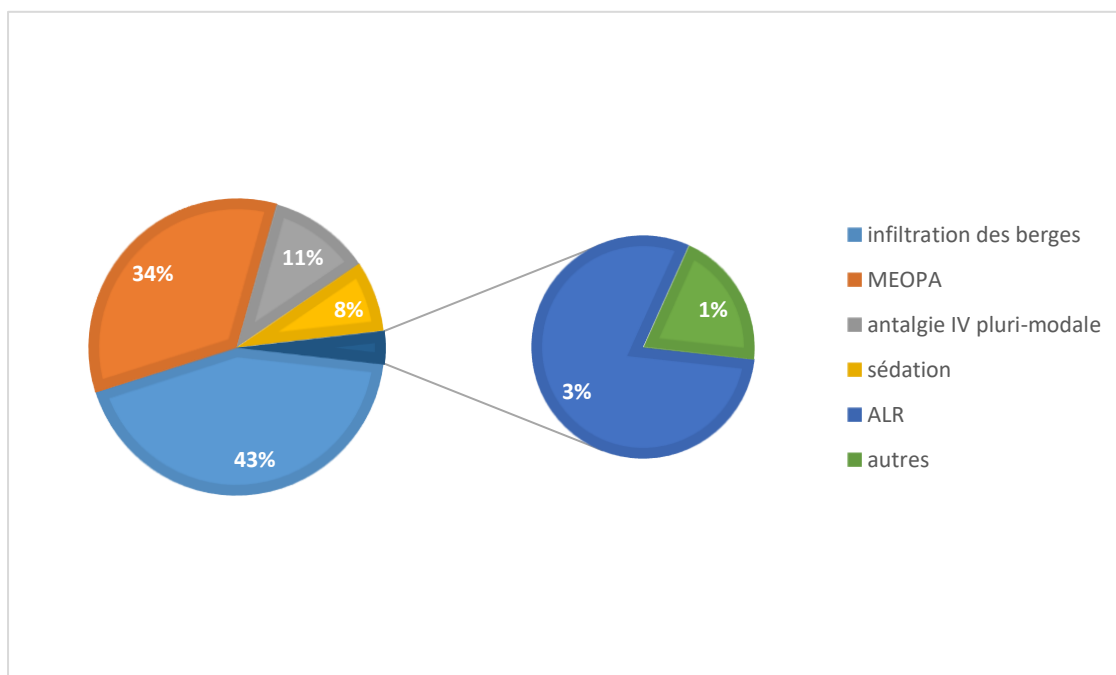


Figure 24. Les habitudes d'antalgie dans la prise en charge des plaies.

Dans le cadre de la prise en charge des plaies, l'antalgie réalisée était principalement l'infiltration des berges de la plaie pour 43% des praticiens. On note tout de même une faible proportion de réalisation de l'ALR (3%). Les moyens autres étaient représentés par l'hypnose.

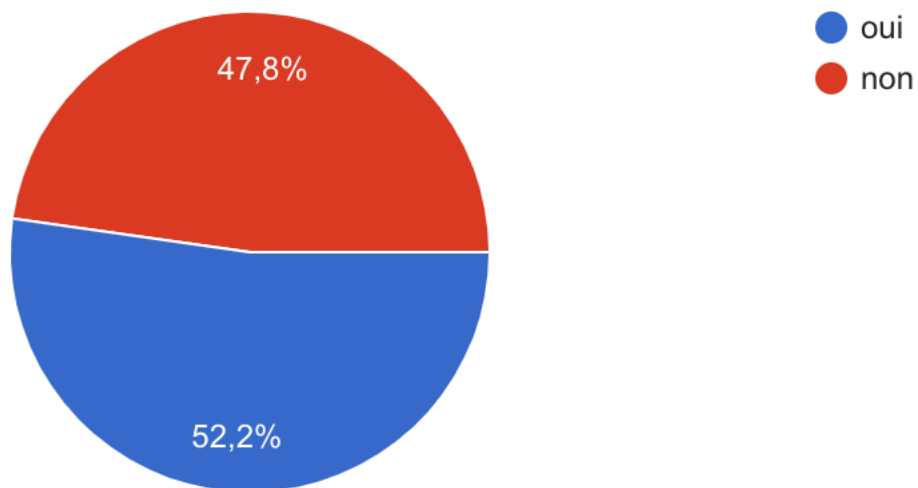


Figure 25. Méthode d'antalgie utilisée est-elle plus rapide que l'ALR

L'ALR est jugée moins rapide à agir pour 52,2% des praticiens.

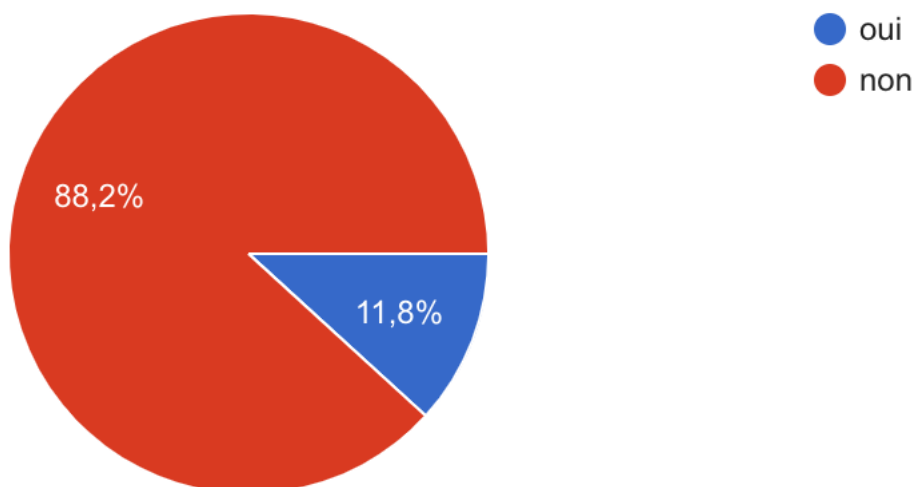


Figure 26. Méthode utilisée est-elle plus efficace que l'ALR ?

La méthode d'antalgie utilisée est jugée moins efficace que l'ALR pour 88,2% des praticiens.

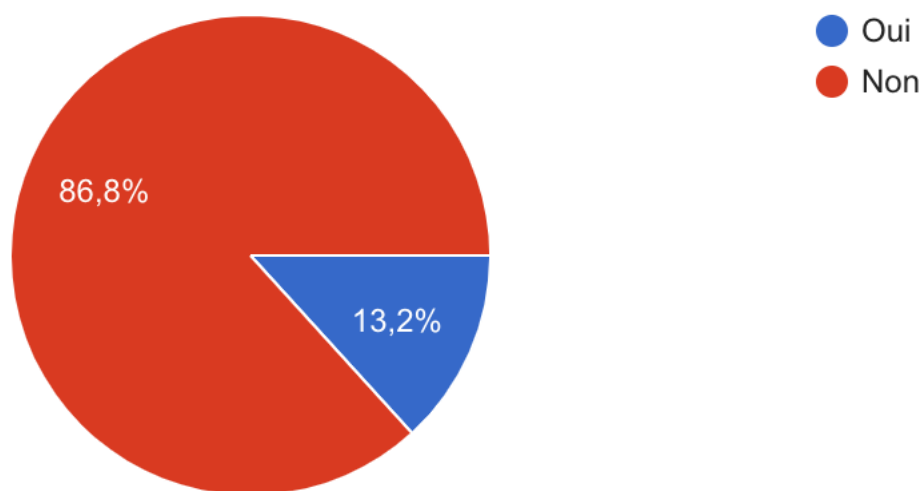


Figure 27. Méthode d'antalgie utilisée a-t-elle plus de complication que l'ALR ?

Les méthodes utilisées ont moins de complications que l'ALR pour 86,8% des praticiens.

4.8. Efficacité et effets indésirables de différentes techniques d'analgésie et sédation

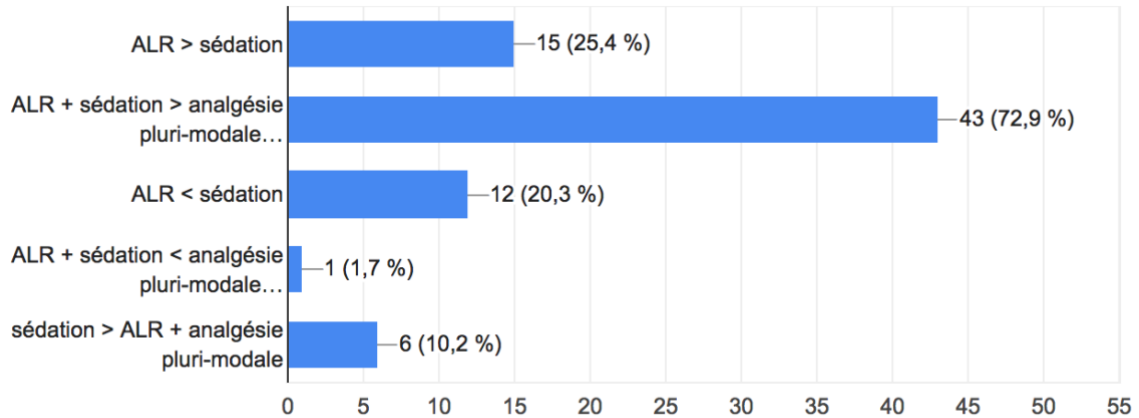


Figure 28. Efficacité des techniques antalgiques aux urgences et au SMUR.

Vingt-cinq, quatre pour cent pensent que l'ALR est supérieure à la sédation ; et 72,9% pensent que l'ALR associée à la sédation est supérieure en termes d'efficacité par rapport à l'analgésie plurimodale.

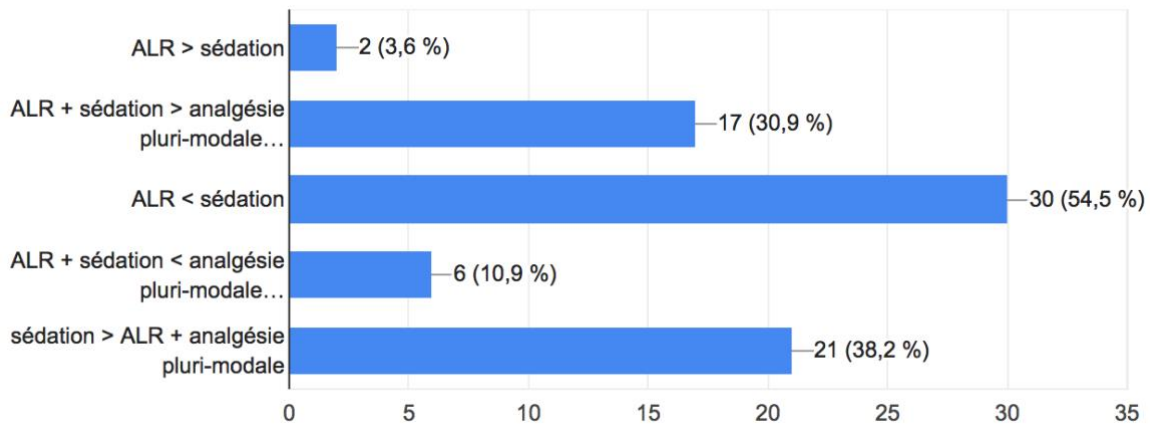


Figure 29. Risque des pratiques antalgiques aux urgences et au SMUR.

Cinquante-quatre pourcents des praticiens pensent que l'ALR à moins d'effets indésirables que la sédation (Propofol, kétamine) et 38,2% pensent que la sédation est plus risqué que l'ALR associée à l'analgésie pluri-modale.

5. Discussion

Cette étude des pratiques nous montre donc que dans la région Auvergne, l'ALR est peu utilisée dans les services d'urgence et de SMUR. En effet, même si 2/3 des praticiens interrogés déclarent la pratiquer, seulement un quart la font de manière hebdomadaire, et un quart encore ne l'utilise qu'une fois par an.

À la vue des réponses apportées par cette étude, on peut se demander si la raison n'est pas liée à la formation reçue, ou à l'expérience des praticiens. En effet, plus de la moitié sont issus du DESC, et pour plus d'un tiers des répondant, de la CAMU. Ensuite, l'expérience des praticiens, est corrélée également avec ce type de formation, un quart à plus de 10ans d'expérience, et la moitié moins de 5 ans d'expérience.

Pourtant les textes de la SFMU(12) et de la SFAR(13), notent bien que l'ALR peut être réalisée dans les services d'urgence. Elle est également reprise dans les textes concernant les niveaux de compétences en échographie à avoir pour un urgentiste, sur les 2 niveau de compétences (en 2016 et 2018)(9)(10). En effet, l'écho-guidage permet le repérage du nerf cible et de limiter, voire de bannir, l'injection intravasculaire de produit anesthésique. Pour une efficacité équivalente voire supérieure, l'écho-guidage dans l'ALR permet également une réduction de la dose utilisée (volume et concentration) et donc une réduction du risque de toxicité systémique(14). On notera ici le fait que 28,5% des praticiens pratiquent l'ALR sans manipulation de l'échographie.

Les sociétés savantes de médecine d'urgence et d'anesthésie n'ont repris que récemment les possibilités pour les urgentistes de réaliser quelques geste d'anesthésie locorégionale très distale. En particuliers dans l'actualisation des Recommandations formalisées d'experts de 2011 sur la sédation et l'analgésie aux urgences. Dans ce texte, les auteurs proposent de diffuser plus largement les techniques d'ALR dans les services d'urgence, en particuliers le bloc ilio-facial, les blocs au poignet, à la cheville et les blocs de la face(13).

En 2017, les recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des plaies mentionnent qu'il faut privilégier les techniques d'ALR quand elles sont possibles(11). En effet,

celle-ci permet une épargne d'agents anesthésiants, une durée d'action prolongée, et limite la distension des berges pour une fermeture sans tension ajoutée. De plus, une antalgie correcte permet une exploration et une détersion plus efficace, et ainsi un bilan lésionnel complet(11). Dans cette recherche, les praticiens utilisent préférentiellement l'infiltration des berges et le MEOPA pour la prise en charge antalgique des plaies. Et seulement 3% des praticiens ont recours à l'ALR pour la prise en charge des plaies non chirurgicales aux urgences (figure 24). Les principaux blocs réalisés sont ceux qui ont le plus prouvés leur efficacité en extrahospitalier. La moitié des blocs pratiqués sont des blocs fémoraux ou ilio-faciaux. En effet, dès leurs créations, les unités SMUR devaient être capable de prendre en charge toutes les urgences traumatologiques vitales et non vitales de façon rapide et efficace. La prise en charge des fractures du fémur en fait partie en pré-hospitalier.

Casey et Al. en 2017, montrent qu'un bon contrôle de la douleur à la phase initiale de la prise en charge pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur est associée à une meilleure mobilisation, permettant une réduction des risques de complication de décubitus, et une réduction de la fréquence d'apparition d'un délirium(15). De la même manière, Hartmann dans une revue de la littérature la même année, montre les avantages du bloc face à l'utilisation du Fentanyl(7). Cette revue de la littérature porte sur 2 articles étudiant l'analgésie en préopératoire d'une chirurgie pour fracture du fémur. Ainsi ils étudient le recours au bloc fémoral contre l'utilisation du fentanyl avant la pose d'une rachianesthésie. Ils montrent une réduction des douleurs plus importante par le bloc qu'avec le Fentanyl intraveineux. Ils montrent également que le positionnement et les douleurs lors des mobilisations pour la réalisation de la rachianesthésie étaient moindre avec le bloc fémoral.

La plupart des répondants considèrent que l'ALR seule n'est pas suffisamment efficace face à la sédation, mais qu'en cas d'association, cela permet une bonne prise en charge antalgique. Malgré que l'ALR seule est jugée ayant moins d'effet indésirable que la sédation, celle-ci est peu utilisé dans la prise en charge traumatologique.

En 2015, Groot et Al, montrent qu'une prise en charge antalgique via la réalisation d'un bloc iliofacial aux urgences est possible. Celui-ci montre un effet antalgique statistiquement significatif sur l'EVA, avec une moindre utilisation de morphine(16).

Les utilisateurs aux urgences n'ont pas eu, dans 9 cas sur 10, de complications suite à un geste d'ALR. Les complications rencontrées sont principalement l'anaphylaxie (7% des cas, Cf figure 16), puis une réponse sous optimal au bloc, et enfin une complication à type de bloc du nerf oculomoteur secondaire à un bloc supra-orbitaire. Ce constat paraît rassurant pour la pratique de l'ALR par des médecins urgentistes. En effet, malgré une faible fréquence de réalisation, le nombre de complications rencontrées reste faible, et non opérateur dépendant ; ce principale risque étant l'anaphylaxie.

Dans ce travail, les limites à la pratique de l'ALR relevé par les urgentistes sont le défaut de pratique courante en premier, le défaut de connaissances théoriques, le défaut de temps et enfin l'absence d'écho-repérage.

Dans un premier temps, le manque de connaissances théoriques est un frein à la pratique de l'ALR aux urgences pour 55,5% des praticiens. Les praticiens interrogés estiment que la formation en région Auvergne est insuffisante il serait intéressant de pouvoir leur proposer des formations dédiées.

En effet, les seuls diplômes formant à l'ALR ne se font pas dans la région Auvergne Rhône Alpes actuelle. En dehors des DIU et DU proposés à Brest sur l'ALR, les seuls formations disponibles sont au sein d'enseignement plus généraux sur la manipulation échographique.

Un travail de thèse en 2016 à Grenoble, dont l'objectif principal est de montrer que la prise en charge de la douleur est améliorée par l'apprentissage des techniques d'ALR aux médecins urgentistes, prouve que l'apprentissage de ces techniques est envisageable de manière rapide, suite à une formation théorique, de simulation, et enfin de compagnonnage(17).

Ce défaut de connaissance théorique pourrait être corrigé par la mise en place, dans le cursus de DES de médecine d'urgence, de séances d'apprentissages à la manipulation de l'ALR. Il pourrait être également intéressant de recevoir une formation par un médecin anesthésiste au

sein d'un bloc opératoire sur le repérage neurologique, sur la manipulation des différents anesthésiques locaux disponible, et sur les effets indésirables de ceux-ci. La simulation ici a également toute sa place afin de développer la pratique de l'ALR aux urgences.

Dans notre questionnaire, une dernière question ouvrait sur l'intérêt des praticiens pour une formation théorique et pratique. Quatre-vingts seize pour cent d'entre eux sont intéressés par une formation de ce type si elle est disponible en Auvergne.

Quarante, sept pour cent des praticiens considère qu'il n'y a pas assez de temps aux urgences pour pratiquer l'ALR.

En 2006, Liebmann et Al(8), dans une étude pilote sur la faisabilité de bloc au poignet sous écho-repérage aux urgences, montrent que la durée pour réaliser un bloc de 2 nerfs au poignet prend 9 minutes (écart-type : 6-10minutes) du début de l'installation à la fin de l'injection et de la compression. Dans cette étude, 100% des patients sont suffisamment soulagés et non pas recours à des traitements supplémentaires.

En 2012, Bhoi et Al(6), sur une étude prospective de faisabilité des blocs périphériques (non réalisés par les urgentistes en France, bloc supra-claviculaire), montrent une réalisation du bloc sous écho-repérage en 9 minutes (écart-type 3 à 12 minutes), avec un succès du geste dans 85 à 95% des cas. La médiane de temps pour une réduction de la douleur était de 5 minutes (écart-type 1 à 15 minutes).

En 2011, la SFAR(13), évoquent les modalités de surveillance suite à une injection de morphinique. Le délai avant l'aptitude à être transféré dans un service non surveillé de manière continue (scope), est de 1 heure minimum. Et le délai avant l'aptitude à la rue est de 2 heures après la dernière injection de morphinique.

En 2016, la SFAR(14), recommande une surveillance, suite à la réalisation d'une ALR péri-nerveuse, de 30 minutes en cas de bloc du membre supérieur, et de 1 heure en cas de bloc du membre inférieur.

De plus, dans le cadre de la prise en charge antalgique par voie intraveineuse, ou par sédation, le délai d'obtention d'une voie veineuse peut être long. Il s'avère également, que dans le cadre

de prises en charges traumatologiques, les praticiens ont recours pour l'antalgie dans 70% des cas à l'utilisation soit de la morphine, soit la sédation, ou l'analgésie pluri-modale. Celle-ci pouvant associée Morphine, Kétamine, Propofol, Fentanyl et Paracétamol.

Les contraintes des différentes molécule sont représentés par :

- Morphine : classe médicamenteuse la plus utile depuis 1993, drogue de choix pour la prise en charge des douleurs aiguës par titration intraveineuse. Le délais d'action est de 5 minutes. Les effets secondaires sont majorés par les comorbidités du patient, ainsi la dépression respiratoire est le risque principale. L'utilisation de celle-ci impose une surveillance, au moins 2 heures avant l'aptitude à la rue. Le Fentanyl est un dérivé de la morphine avec une activité 100 fois plus importante, ayant les mêmes effets indésirables. Néanmoins le fentanyl n'est pas recommandé par les experts pour l'analgésie des patients en ventilation spontanée(13).
- Kétamine : agent anesthésique d'action et d'élimination rapide, permet une analgésie efficace des patients en ventilation spontanée. Son intérêt est particulièrement démontré chez les patients brûlés ou polytraumatisés. Elle nécessite le monitoring des fonctions vitales et des moyens de réanimation cardio-pulmonaire immédiatement disponible. Elle est considérée sans retentissement hémodynamique à des doses antalgique de 0,1 à 0,3mg/kg. Il faut néanmoins prévoir les phénomènes dissociatifs.
- Propofol : il procure un effet hypnotique rapide, avec un réveil rapide et de qualité. Son principale effet indésirable est l'induction d'effet dépresseur cardiovasculaire marqué. De plus il ne peut être utilisé chez l'adulte estomac plein.

En 2012, Bhoi et Al, dans une étude de faisabilité rappel que dans le cadre de la prise en charge par sédation procédurale, il y a la nécessité d'un monitoring, d'une personne dédiée pour la titration des drogues associée au médecin, et surtout de la présence d'un risque de sédation profonde(6). Même si du fait de son activité, l'urgentiste est capable de réaliser une intubation orotrachéale en urgence, ce n'est pas dans ces prérogatives de pratiquer une anesthésie générale dans un box d'urgence pour des raisons uniquement d'analgésie. En

sachant qu'après une sédation une surveillance est obligatoire, le temps de prise en charge en est considérablement rallongé par rapport à une ALR.

Ainsi, une étude prospective de Blaivas et Al de 2011, étudiant le bloc interscalénique versus une analgésie associée à une sédation dans la prise en charge de luxation d'épaule, montre que le temps de passage moyen au service des urgences est plus long dans le groupe analgésie-sédation que dans le groupe bloc nerveux. Même si ce type de bloc n'est pas envisageable en médecine d'urgence car réservé aux médecins anesthésistes, mais cette étude fait la preuve d'un gain de temps entre une sédation et une ALR bien conduite(5).

Casey et Al en 2017(15), étudient un protocole de prise en charge précoce de la douleur chez des patients âgés avec des fractures de l'extrémité proximale du fémur. Ils préconisent l'utilisation précoce du BIF associé à une prise en charge antalgique intraveineuse (Paracétamol). Ils mettent en évidence une réduction de la douleur avec un mobilisation plus précoce, une diminution du nombre de complication de décubitus, un recours moindre aux opioïdes et une moindre fréquence des délirium du sujet âgé.

Une autre limite était représentée par l'appréhension de la survenue d'un effet indésirable.

En 2018, Hards fait une revue de la littérature concernant la pratique du bloc ilio-facial en pré-hospitalier. Il met en évidence un taux de succès de 80 à 100% des blocs en fonction des articles, avec seulement 1 effet indésirable relevé(18).

Un autre frein à la pratique de l'ALR est représenté par l'absence d'écho-repérage, même si dans le cadre des blocs faciaux, celle-ci n'est pas nécessaire. En effet, ceux-ci sont réalisés après repérage anatomique simple(19).

Comme montré dans le tableau 1, parmi les 42 praticiens pratiquant l'ALR, seulement 30 utilisent l'échographie en pratique courante. Dans 90% des cas, l'utilisation de l'échographie est pour la FAST-échographie, l'évaluation hémodynamique, le repérage vasculaire et l'échographie pleurale. Dans seulement 3% des cas l'échographie est utilisée à visée de repérage perinerveux.

Parmi les 27 praticiens n'utilisant pas l'ALR, 17 praticiens utilisent l'échographie en pratique courante. Parmi eux, un tiers pratique l'échographie pour la FAST-écho, et 1 sur 5 l'utilise pour la réalisation de repérage vasculaire. Il serait pertinent de proposer un apprentissage ciblé à ces praticiens pour qu'ils puissent utiliser leur connaissances de l'échographie dans l'écho repérage pour l'ALR.

En effet, depuis 2006, Liebmann et al., montre la faisabilité de bloc au poignet dans une étude pilote. Dans cette étude, les praticiens suivaient une formation de 1 heure, puis une mise en application sur mannequin à 5 reprises accompagné par une personne entraînée. Dans le suivi à trois mois, aucun des patients ne décrivait de complication suite au geste, et 92% des patients demanderaient la même analgésie pour le même traumatisme(8).

Une formation à l'écho-repérage paraît intéressante ici pour modifier les habitudes d'analgésies dans les services d'urgence et ainsi permettre de rendre plus accessible l'ALR. Ces formations pourraient rentrer dans le cadre d'un congrès multidisciplinaires associant la SFAR et la SFMU, ou au cours de congrès tel Winfocus urgence.

En conclusion, l'ALR est une alternative de choix dans la prise en charge analgésique en traumatologie non vitale des membres, et dans la prise en charge des plaies non chirurgicale des membres et de la face. Elle permet une analgésie efficace avec des quantités de produit faible. Elle présente peu d'effets indésirables, et peut-être pratiquée de manière sans risque lorsqu'on l'associe à l'écho-repérage.

Cette étude montre que malgré tout, elle est peu utilisée en pratique courante en Auvergne de nos jours. Les principaux freins étant le manque de théorie, le manque de temps, le manque d'utilisation de l'écho-repérage, et la peur de survenir d'un effet indésirable.

Les limites de cette étude sont représentées par le faible nombre de praticiens interrogés. En effet, sur les 8 centres que compte l'Auvergne, seulement 4 ont répondu. Néanmoins, parmi ces centres, plus de 70% des praticiens ont répondu au questionnaire.

Le type même d'étude, via un questionnaire, est susceptible d'entraîner des biais de compréhension, et des biais cognitifs. En effet certaines questions peuvent être mal formulées. De plus, certaines réponses obtenues sont plus ou moins valables, avec mise en évidence a posteriori de réponses discordante entre 2 questions sur un même questionnaire.

Pour l'avenir, il est envisageable de prévoir une formation théorique et pratique pour les jeunes DES afin de modifier les habitudes de pratique, que l'ALR soit utilisée dès que celle-ci a sa place : plaie et traumatisme de la main, plaie de la face, et enfin traumatisme de l'extrémité proximal du fémur.

Une étude sur la technique de formation la plus adapté serait intéressante : enseignement théorique ? puis simulation sur mannequin ? plus ou moins associé à un passage dans les blocs opératoires pour réalisation conjointe auprès d'un médecin anesthésiste spécialisé en ALR.

Enfin une étude avant-après modification des habitudes auprès des premières et deuxièmes années de DES permettrait peut-être de montrer la non infériorité de l'ALR face aux autres méthodes d'antalgie dans les services d'urgence de la région auvergne. Elle permettrait également de juger du délai de prise en charge en fonction de la technique antalgique utilisée.



CONCLUSION DE LA THESE

La douleur est le principal motif de recours aux urgences en France, environ 85% des situations douloureuses en lien avec une douleur aiguë. Treize pour cent des consultations sont en lien avec une lésion post-traumatique. Plusieurs moyens sont utilisés pour la gestion de la douleur aux urgences dont l'anesthésie locorégionale. Ce travail est une évaluation théorique de la pratique des médecins urgentistes de l'anesthésie locorégionale en Auvergne.

Notre étude montre que la quasi-totalité des médecins interrogés ont des connaissances théoriques satisfaisantes de l'anesthésie locorégionale, mais malheureusement seulement le quart d'entre eux la pratique de façon régulière (une fois par semaine) avec une activité majoritairement extrahospitalière dans le cadre du SMUR.

Elle est essentiellement utilisée en traumatologie, principalement dans la pratique du bloc ilio-facial et du bloc fémoral, avec rarement des accidents rapportés liés à l'anesthésie. Les praticiens ne rapportent que peu de complication, essentiellement à type de réaction anaphylactique.

Si la majorité des praticiens considère que l'anesthésie locorégionale est efficace et plus sûre (moins d'effets indésirables), la pratique reste controversée pour plusieurs raisons dont en premier lieu le manque de formation initiale dédiée, puis l'absence de formation pratique continue (simulation, stage de formation) et enfin lié à la gestion du temps et le flux des patients aux urgences.

Par ailleurs, les deux tiers des praticiens utilisent couramment l'échographe aux urgences, mais exceptionnellement pour l'anesthésie locale. Une formation en anesthésie échoguidée pourrait faciliter son utilisation de façon courante.

La quasi-totalité des urgentistes interrogés sont convaincus de la place de l'anesthésie locorégionale en tant que technique efficace et sûre aux urgences.

Des formations théoriques et pratiques destinées aux médecins urgentistes rendront cette technique plus accessible et plus maîtrisée. L'inclusion de l'anesthésie échoguidée dans le cadre de la formation de la FAST-Echo ou l'échographie appliquée à l'urgence ainsi que l'apprentissage par simulation apparaissent comme des pistes prometteuses de formation.

Enfin, des études observationnelles et prospectives sont la bienvenue pour démontrer plus objectivement l'intérêt de cette technique et ses modalités pratiques aux urgences.

Clermont-Ferrand, le 24.10.2018
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le 17 octobre 2018
Jeannot SCHMIDT
Président du Jury

UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
BP 38 • 28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand

6. Bibliographie

1. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med.* 2002;20(3):165–9.
2. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. *Ann Fr Med d'Urgence.* 2011;1(5):312–9.
3. Trinh-Duc A, Santin A, Sureau C, Bagou G, Charpentier S, Couvreur J, et al. Actualisation 2007 de la IIIe Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence. *Douleurs [Internet].* 2008 [cited 2018 Oct 8];9(5):248–78. Available from:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42299307/Actualisation_2007_d_e_la_IIIe_Conference_20160207-28266-hp4sew.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1539012793&Signature=AiVy52gc4u2OiBuRipYo3Aj6UgM%253D&response-content-disposition=inlin
4. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la Conférence d'experts de la Sfar of 1999). *Ann Fr Anesth Reanim [Internet].* 2010 [cited 2018 Oct 12];29(12):934–49. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765810004429>
5. Blaivas M, Adhikari S, Lander L. A prospective comparison of procedural sedation and ultrasound-guided interscalene nerve block for shoulder reduction in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2011;18(9):922–7.
6. Bhoi S, Rodha M, Ramchandani R, Sinha T, Bhasin A, Galwankar S. Feasibility and safety of ultrasound-guided nerve block for management of limb injuries by emergency care physicians. *J Emerg Trauma Shock [Internet].* 2012 [cited 2018 Oct 11];5(1):28.

Available from: <http://www.onlinejets.org/text.asp?2012/5/1/28/93107>

7. Hartmann FVG, Novaes MR, de Carvalho MR. Femoral nerve block versus intravenous fentanyl in adult patients with hip fractures – a systematic review. *Brazilian J Anesthesiol (English Ed [Internet])*. 2017;67(1):67–71. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0104001416300306>
8. Liebmann O, Price D, Mills C, Gardner R, Wang R, Wilson S, et al. Feasibility of Forearm Ultrasonography-Guided Nerve Blocks of the Radial, Ulnar, and Median Nerves for Hand Procedures in the Emergency Department. *Ann Emerg Med [Internet]*. 2006 Nov 1 [cited 2018 Oct 8];48(5):558–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064406006196>
9. Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, Claret P-G, Desclefs J-P, Vaux J, et al. Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. 2016 [cited 2018 Oct 8]; Available from: http://www.sfm.org/upload/consensus/rfe_ecmu1_2016_version-courte.pdf
10. Martinez M, Duchenne J, Bobbia X, Brunet S, Fournier P, Miroux P, et al. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE / CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS Second Level of Clinical Sonography in Emergency Medicine. French Society of Emergency Medicine (SFMU) Guidelines by Formal Consensus. 2018 [cited 2018 Oct 8]; Available from: http://www.sfm.org/upload/consensus/RFE_ECMU_2.pdf
11. sfmu. PLAIES AIGUES EN STRUCTURE D'URGENCE - REFERENTIEL DE BONNES PRATIQUES. 2017 [cited 2018 Oct 8];32. Available from: http://www.sfm.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf
12. VIEL E, BENKHADRA M, SEBBANE M FM, DE LA COUSSAYE J-E EJ. PLACE DE L'ANALGÉSIE LOCORÉGIONALE EN MÉDECINE D'URGENCE [Internet]. 2007 [cited 2018 Oct 8]. Available from: <http://www.samu-urgences-de->

france.fr/medias/files/154/476/samu_02_2007_p49_56.pdf

13. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David JS, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: Sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). *Ann Fr Med d'Urgence* [Internet]. 2011 [cited 2018 Oct 11];1(1):57–71. Available from: www.gradeworkinggroup.org
14. Fletcher D, Raymond Poincaré H, Publique-Hôpitaux de Paris A, Aveline C, Hélène Beloeil R, Philippe Cuvillon R, et al. Anesthésie Loco-Régionale périmerveuse (ALR-PN) Groupe d'experts de la SFAR. *Sfar* [Internet]. 2016;1–14. Available from: http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/12/2_RFE_ALR_2016.pdf
15. Casey et al. Emergency Department Pain Management Following Implementation of a Geriatric Hip Fracture Program. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2017;8.
16. Groot L, Dijksman L, Simons M, Zwartsenburg M, Rebel J. Single Fascia Iliaca Compartment Block is Safe and Effective for Emergency Pain Relief in Hip-fracture Patients. *West J Emerg Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 12];16(7):1188–93. Available from: http://escholarship.org/uc/uciem_westjem
17. Stihle X. Impact de l'enseignement de l'anesthésie loco-régionale de l'avant-bras et de la main aux médecins d'un service d'accueil des urgences sur les procédures douloureuses : résultats intermédiaires. *Médecine humaine et pathologie* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 8]. Available from: <http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>
18. Hards M, Brewer A, Bessant G, Lahiri S. Efficacy of Prehospital Analgesia with Fascia Iliaca Compartment Block for Femoral Bone Fractures: A Systematic Review. *Prehosp Disaster Med*. 2018;33(3):299–307.
19. J. PASCAL. Les Techniques d'ALR de la Face en Structure d'Urgence [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 8]. Available from: http://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgenc

es2013/donnees/pdf/045_Pascal.pdf

7. Annexe

7.1. Annexe 1 : notre questionnaire

Bonjour ce questionnaire est là pour faire un petit état des lieux sur l'ALR dans les services d'urgence et SAMU d'Auvergne.

Ce travail vient achever mes 3 ans d'internat, et a pour but de faire un état des lieux des pratiques actuelles sur l'ALR en service d'urgence.

Je vous remercie de prendre 5 minutes pour y répondre.

Bien cordialement,

DUMESNIL Maxime

***Obligatoire**

Adresse e-mail *

Qui êtes vous ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin SMURiste exclusivement
- Médecin urgentiste exclusivement
- Médecin avec activité mixte de SMUR et d'urgence

Quelle est votre formation ? *

Une seule réponse possible.

- DESC MU
- CAMU
- anesthésie-réanimation
- Autre :

Quel est votre statut ? *

Une seule réponse possible.

- PH titulaire
- PH contractuel
- intérimaire

- assistant
- chef de clinique

Dans quel type de structure exercez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- CHU
- centre hospitalier général (périphérique)
- SMUR 63
- SMUR périphérique
- clinique

Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine d'urgence ? *

Une seule réponse possible.

- < 2ans
- entre 2 et 5ans
- entre 5 et 10 ans
- 10ans

Pratiquez-vous l'échographie en pratique courante ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

A quelle fin utilisez-vous l'échographie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- FAST-écho
- doppler transcranien
- échographie pleurale
- ostéo-articulaire
- évaluation hémodynamique
- repérage vasculaire
- repérage neurologique

- Autre :

Généralité

Quel est ou quels sont les indications de l'ALR aux urgences ?

Plusieurs réponses possibles.

- exploration et suture des plaies de main, plaie de membres sup ou inf..
- suture de la face
- antalgie pour fracture (fémur, membre sup, membre inf)
- réduction doigt
- réduction épaule
- réduction cheville
- mobilisation post-fracturaire
- l'ALR n'a pas sa place aux urgences
- Autre :

Quel est ou quelles sont pour vous les contre-indications de l'ALR aux urgences ?

Plusieurs réponses possibles.

- allergie aux anesthésiques locaux
- plaies délabrantes
- besoin d'une exploration chirurgicale d'une lésion vasculo-nerveuse
- revêtement cutané infecté
- plaie en regard du point de ponction
- brulures
- antécédents cardio-vasculaires, trouble du rythme, valvulopathie, coronaropathie...

Quel est ou quels sont pour vous les complications de l'ALR ?

Plusieurs réponses possibles.

- anaphylaxie
- trouble neurologique séquellaire

- Arrêt cardiaque
- trouble du rythme
- crise tonico-clonique généralisée et état de mal épileptique
- arythmie cardiaque

Votre pratique de l'Anesthésie Locorégionale (ALR) ?

Pratiquez-vous l'ALR aux urgences *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'ALR ?

Plusieurs réponses possibles.

- défaut de pratique courante
- défaut de temps aux urgences (acte puis surveillance au décours)
- défaut de théorie sur le sujet
- pas d'utilisation de l'échographie de repérage
- appréhension de la survenue d'un effet indésirable
- utilisation d'autre moyen

Quel(s) bloc(s) pratiquez-vous aux urgences ?

Plusieurs réponses possibles.

- fémoral
- ilio-facial
- bloc du pied
- bloc du nerf médian
- bloc du nerf radial
- bloc du nerf ulnaire
- bloc de la gaine des fléchisseurs
- supra-orbitaire et supra-trochléaire

- infra-orbitaire
- mentonnier
- aucun

Quelle est votre fréquence de la pratique de l'ALR ?

Une seule réponse possible.

- fréquente (1 par jour)
- modérée (1 par semaine)
- occasionnelle (1 par mois)
- rare (1 par an)
- Jamais

Quelle formation de l'ALR avez-vous eu ?

Plusieurs réponses possibles.

- diplôme complémentaire (DU/DIU)
- formation théorique puis pratique courante
- auto-formation
- enseignement théorique et pratique par anesthésiste réanimateur
- simulation
- aucune
- Autre :

Concernant la formation théorique, pour vous :

Plusieurs réponses possibles.

- elle n'est pas disponible en Auvergne
- elle est trop contraignante car trop longue et trop compliqué
- elle n'est pas adapté à la médecine d'urgence
- Option 4

Au cours de quel activité l'utilisez-vous couramment ?

Une seule réponse possible.

- SMUR (pré-hospitalier)

- urgence (intra-hospitalier)
- mixte

Avez-vous déjà eu des complications après une ALR ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Quel est ou quelles sont les complications rencontrées ?

Plusieurs réponses possibles.

- anaphylaxie
- trouble neurologique séquellaire
- Arrêt cardiaque
- trouble du rythme
- crise tonico-clonique généralisée et état de mal épileptique
- arythmie cardiaque
- Autre :

Concernant les alternatives

Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour l'analgésie des patients ? (traumatologie osseuse)

Plusieurs réponses possibles.

- morphine
- analgésie plurimodale sédation (madapolam/propofol)
- MEOPA
- Autre :

Pensez-vous que ce moyen est plus rapide que l'ALR

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Pensez-vous que ce moyen est plus efficace que l'ALR ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Pensez-vous qu'il y a plus de complication que dans l'ALR

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour l'analgésie des patients ? (prise en charge des plaies)

Plusieurs réponses possibles.

- analgésie pluri-modale intraveineuse
- infiltration des berges de plaies
- sédation
- MEOPA
- Autre :

Pensez-vous que ce moyen est plus rapide que l'ALR ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Pensez-vous que ce moyen est plus efficace que l'ALR ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Pensez-vous qu'il y a plus de complication que dans l'ALR

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Avez-vous eu des complications lors de votre pratique courante avec ces autres moyens ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Laquelle ou lesquelles ?

Plusieurs réponses possibles.

- anaphylaxie
- trouble neurologique séquellaire
- Arrêt cardiaque
- trouble du rythme
- crise tonico-clonique généralisée et état de mal épileptique
- arythmie cardiaque
- Autre :

Pour finir

Pour vous, concernant l'efficacité antalgique, vous diriez ?

Plusieurs réponses possibles.

- ALR > sédation
- ALR + sédation > analgésie plurimodale intraveineuse
- ALR < sédation
- ALR + sédation < analgésie plurimodale intraveineuse
- sédation > ALR + analgésie plurimodale

Pourvous, concernant les risques, vous diriez ?

Plusieurs réponses possibles.

- ALR > sédation
- ALR + sédation > analgésie plurimodale intraveineuse
- ALR < sédation
- ALR + sédation < analgésie plurimodale intraveineuse
- sédation > ALR + analgésie plurimodale

Si une formation théorique et pratique de l'ALR vous est proposé, seriez-vous intéressé ? *

Une seule réponse possible.

oui

non

Si non, pourquoi ?

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé :

La douleur est le principal motif de recours aux urgences en France, environ 85% des situations douloureuses sont en lien avec une douleur aiguë. Treize pour cent des consultations sont en lien avec une lésion post traumatique. Plusieurs moyens sont utilisés pour la gestion de la douleur aux urgences dont l'anesthésie locorégionale. Ce travail est une évaluation théorique de la pratique des médecins urgentistes de l'anesthésie locorégionale en Auvergne.

Notre étude montre que la quasi-totalité des médecins interrogés ont des connaissances théoriques satisfaisantes de l'anesthésie locorégionale, mais malheureusement seulement le quart d'entre eux la pratique de façon régulière (une fois par semaine) avec une activité majoritairement extrahospitalière dans le cadre du SMUR.

Elle est essentiellement utilisée en traumatologie, principalement dans la pratique du bloc ilio-facial et du bloc fémoral, avec rarement des accidents rapportés lié à l'anesthésie. Les praticiens ne rapportent que peu de complication, essentiellement à type de réaction anaphylactique.

Si la majorité des praticiens considère que l'anesthésie locorégionale est efficace et plus sûre (moins d'effet indésirables), la pratique reste controversée pour plusieurs raisons dont en premier lieu le manque de formation initiale dédiée, puis l'absence de formation pratique continu (simulation, stage de formation) et enfin lié à la gestion du temps et le flux des patients aux urgences.

Par ailleurs, les deux tiers des praticiens utilisent couramment l'échographe aux urgences, mais exceptionnellement pour l'anesthésie locale. Une formation en anesthésie échoguidé pourrait faciliter son utilisation de façon courante.

La quasi-totalité des urgentistes interrogés sont convaincu de la place de l'anesthésie locorégionale en tant que technique efficace et sûre aux urgences.

Des formations théoriques et pratiques destinées aux médecins urgentistes rendront cette technique plus accessible et plus maîtrisée. L'inclusion de l'anesthésie échoguidé dans le cadre de la formation de la FAST-Echo ou l'échographie appliquée à l'urgence ainsi que l'apprentissage par simulation apparaissent comme des pistes prometteuses de formation. Enfin, des études observationnelle et prospectives sont la bienvenue pour démontrer plus objectivement l'intérêt de cette technique et ses modalités pratiques aux urgences.

Mots-clés :

Analgésie
Anesthésie locorégionale
Bloc nerveux
Analgo-sédation

Service d'urgence
oligoanalgésie
Revue des pratiques