

DOULEUR INDUITE



Martine QUINTARD, infirmière anesthésiste, référente douleur
Michel OLIVIER, médecin anesthésiste, algologue

- Service des urgences, Hôpital Purpan, CHU Toulouse -

DOULEUR INDUITE

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-soignants, manipulateurs en radiologie, kinésithérapeutes, brancardiers, pharmaciens) sont concernés par cette douleur induite. Or, c'est un sujet dont on parle peu alors que le processus de ce type de douleur est bien connu et que la sensation douloureuse est devenue au fil des siècles culturellement et socialement insupportable. Alors, n'est-il pas temps de prendre conscience de ce problème particulier de douleur, des conséquences que cela peut avoir sur le vécu de la pathologie, de ses traitements et d'envisager de mettre en œuvre des solutions pour l'alléger ?

I – Qu'est-ce que la douleur induite et quelles sont nos obligations dans ce domaine ?

I 1 – Définitions :

Sous l'influence du plan quadriennal, des travaux concernant la douleur « provoquée »¹ ont été réalisés et ont montré une diversité concernant l'utilisation des termes pour définir ce type de douleur. Certains auteurs parlent de « douleur provoquée », d'autres de « douleur induite », et d'autres encore de « douleur iatrogène ». Face à ce flou linguistique, François Boureau² a proposé, au décours de l'écriture d'un ouvrage relatif à « la douleur induite », réalisé à l'initiative de l'Institut UPSA de la Douleur³, des pistes pour définir ces différents termes et permettre ainsi d'avoir un langage plus homogène et significatif. Adoptons ces définitions pour mieux comprendre ce dont nous allons parler au cours de cet exposé :

« Douleur provoquée : se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.

Douleur iatrogène (du latin « iatro » = médecin et « genesis » = origine) : 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. »

C'est cette dernière définition qui fait l'objet de cet exposé et donc que nous retiendrons.

¹ Selon le terme employé par la circulaire définissant le plan d'action quadriennal 2002-2005

² Médecin praticien hospitalier, responsable d'une unité fonctionnelle d'un centre de référence pour l'évaluation et de traitement de la douleur, maître de conférence à la faculté, reconnu pour ses travaux qui ont permis la prise en compte de la douleur chronique, membre de groupes d'experts de l'ANDEM puis de l'ANAES et de l'AFSSAPS, président du Conseil scientifique de l'Institut UPSA de la douleur.

³ Les douleurs induites, Institut UPSA de la Douleur, 2005

I 2 – Quel type de douleur ?

La douleur induite par les gestes soignants est dans la plupart des cas liée à un traumatisme, une inflammation tissulaire causés par la mise en place de sondes, la réalisation de ponctions, de pansements... Il s'agit donc d'une douleur aiguë 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....

La douleur induite par les gestes soignants, comme toutes douleurs aiguës est mise en place dans l'organisme pour donner une information à la personne concernant des éléments nocifs pour elle. Elle peut donc biologiquement être considérée comme un signal d'alarme initialement utile permettant la protection de l'organisme. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, nous savons que les gestes soignants que nous réalisons génèrent une agression pour l'organisme en conséquence, la douleur signal d'alarme devient inutile justifiant le fait que nous ne la laissons pas apparaître.

I 3 – Réglementation :

Jusqu'au milieu du XIXème siècle, la douleur était considérée comme le prix à payer pour obtenir une guérison. Les choses ont depuis, bien évolué grâce à la découverte des antalgiques et de l'anesthésie générale. Depuis les années 1980, 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 de loi réglementant sa prise en charge. Au travers de ces textes, on voit que la douleur a fait l'objet d'une véritable réflexion de la part du législateur et le sujet de la douleur induite y est abordé.

➤ **Article L 1110-5 du Code de la Santé Publique,**

« 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. »

Le droit à être soulagé est intégré et précisé par les nouvelles dispositions du code de la santé publique. La prise en charge de la douleur est désormais définie comme un acte de soin à part entière et une obligation pour les soignants et les établissements de santé. Le « en toute circonstance prévenue », élargit bien l'obligation de prise en charge de la douleur à la douleur induite.

➤ **Le code de déontologie médicale, décret du 6 sept. 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. »

L'obligation du médecin est donc de tout mettre en œuvre pour soulager au mieux son patient dans toutes circonstances, sans cependant obligation de résultat. Le « en toutes circonstances » élargit là aussi l'obligation de prise en charge de la douleur à la douleur induite.

➤ **Code de la santé publique, actes professionnels infirmiers,**

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, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »*

L'infirmier est, dans cet article, positionné en tant qu'acteur responsable de la prise en charge de la douleur tant physique que psychologique. Sa participation à la prévention de la douleur est ici clairement définie, il a bien pour mission de participer à la prévention des douleurs induites.

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 protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* »

L'infirmier peut donc appliquer la prescription dans le cadre d'un protocole en attendant l'intervention du médecin responsable. Les actions mises en œuvre par l'infirmier feront l'objet de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin. L'autorisation de mise en place de protocoles d'analgésie doit s'appliquer au domaine de la douleur induite et doit favoriser sa prévention.

- **Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005**, circulaire DHOS/E n° 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 définis dans la circulaire n°98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place de prise en charge de la douleur aiguë dont l'intérêt est de pouvoir répondre rapidement à un besoin en l'occurrence prévenir la douleur.

Textes de loi à l'appui, les « patients usagers clients » ont dorénavant des attentes concernant l'obligation de non douleur. Des plaintes sont déposées par certains pour insuffisance de prise en charge de la douleur. La douleur est alors jugée comme un dommage dont le préjudice peut être lourdement compensé sur le plan indemnitaire. Alors, à quand les procès concernant la non prévention en matière de douleur induite ?

II – La douleur induite existe et a des répercussions :

II 1 - Douleur induite, mythe ou réalité ?

Plusieurs enquêtes réalisées, permettent d'affirmer que la douleur induite existe réellement et qu'elle mérite qu'on y porte toute notre attention.

- Une enquête réalisée dans un service de réanimation de 10 lits de l'hôpital Broussais à Paris, en 1993, a évalué **les soins mal supportés** en réanimation dans le cadre d'une enquête de satisfaction de séjour⁴. 86 questionnaires ont pu être interprétés. Les soins mal supportés sont pour 46% la gazométrie, **pour 26% la sonde à oxygène** et pour 25% les prises de sang.
- Une enquête multicentrique réalisée en collaboration avec ASTRA et la SOFRES médicale, publiée en 1998, a évalué la douleur des gestes invasifs en cancérologie⁵.
Un patient sur trois reconnaît que **subir des gestes invasifs répétitifs est extrêmement, très ou assez gênant** et 87% des infirmières le confirme.
- Une enquête téléphonique auprès de 1007 personnes de plus de 18 ans, réalisée par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur en avril 2003 a évalué la prise en charge de la douleur en France et a permis d'établir une

⁴ Résultats d'un questionnaire : Comment les malades de réanimation évaluent-ils leur séjour ? - C. Cohuet, L. Guichard, Y. Robert, C. Syre et ensemble de l'équipe soignante, Service de réanimation Médicale - Hôpital Broussais, Paris - 1993 -

⁵ Enquête multicentrique : Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte. Quels ressentiments sur la qualité de vie des patients ? - ASTRA/SOFRES - 1997, 1998 -

photographie de l'opinion publique sur le thème de la douleur⁶. Parmi les 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%
- Plusieurs enquêtes le plus souvent réalisées à l'initiative de Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD)⁷ ont mis en évidence **35%** de réponses positives à la question « **Avez-vous eu mal au cours de ces dernières 24 heures ?** ». Parmi ces réponses positives, **la moitié sont des douleurs induites** par des actes courants et en particulier des gestes infirmiers.
- Une enquête réalisée en 2003 par l'équipe du département d'anesthésie réanimation algologie de l'institut Bergonié de Bordeaux⁸ montre que 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.**

II 2 – Quelles douleurs induites ?

II 2 a - Les douleurs induites liées aux soins physiques :

Ce sont des douleurs souvent répétitives voire quotidiennes à pluriquotidiennes induites par les soins de base et par les gestes à visée diagnostique ou thérapeutique.

➤ « **Douleurs induites par les soins d'entretien de la vie :**

Ce sont des douleurs induites par des soins qui habituellement seraient indolores. Il s'agit des soins dits de base ou de nursing appelés soins d'entretien et de continuité de la vie dans la définition des actes professionnels infirmiers du Code de la Santé Publique. Parmi ces soins, les soins douloureux sont ceux qui sont dépendants du degré d'autonomie et des niveaux de suppléance requis dans la satisfaction des besoins fondamentaux :

- la manutention et la mobilisation de toutes formes (transfert, brancardage, lever et coucher lit/fauteuil, toilette, change, réfection de lit, retournement ...)
- l'hygiène corporelle et bucco-dentaire (toilette, toilette périnéale, change, soin de bouche, de nez, d'yeux... rasage, coiffage....) avec toute la charge émotionnelle liée à l'intrusion dans l'intimité de l'autre ;
- l'aide alimentaire avec tout ce qui touche à l'articulé et l'état dentaire, la déglutition (nausées, mycoses...), la vision des plats, la manière de donner, de recevoir, de sentir et de goûter...
- l'habillage et le déshabillage (ouverture devant/derrière, emmanchure, chaussage ...).

⁶ Rapport d'étude concernant la prise en charge de la douleur en France, Comité d'Organisation des Etats généraux de la douleur et TNS SOFRES Département santé - avril 2003 -

⁷ Salomon L., Tchery S., Collin E et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. J. pain Symptom Manage. – 2002 – 24 :586-92

⁸ Enquête : les douleurs péri-opératoires, Département d'anesthésie réanimation algologie, institut Bergonié, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, Bordeaux - SFAR 2003 -

➤ **Les douleurs induites par les soins techniques :**

Parmi les soins ou gestes techniques, ceux qui sont douloureux sont ceux qui nécessitent une effraction cutanée, une intrusion dans un orifice naturel ou une installation particulière pour être réalisés notamment :

- ponctions veineuse, artérielle, lombaire (céphalée post PL), d'ascite, de plèvre ou sternale
- injections intramusculaires, intraveineuses, sous cutanées (calibre de l'aiguille, capital veineux, produit injecté...)
- pose de cathéters veineux ou artériels
- ponctions capillaires (Dextro, Guthrie)
- fibroscopies
- aspirations naso-pharyngées
- pose et retrait de sondes gastrique, urinaire, rectale (calibre, fixation, lubrification)
- actes de radiologie radioguidés (gestes, brancardage, positionnements particuliers)
- soins de plaie (ulcère, escarre, fistule...) ou de cicatrice
- réfection de pansements (nettoyage, excision, débridement...)
- retrait d'adhésifs collants (électrodes, pansements...)
- extraction de fécalome
- contention (plâtre, gouttière, attelle...)
- kinésithérapie (motrice, respiratoire, bilan...)
- soins dentaires
- petites chirurgies (suture, curette, cryothérapie...). »⁹

II 2 b – Les douleurs induites liées aux traitements :

Les douleurs induites liées aux traitements sont toutes les douleurs dépendantes de traitements pharmacologiques, chirurgicaux ou de radiothérapie. Ces douleurs peuvent être des douleurs directement induites par les traitements ou être des douleurs dues aux effets secondaires des traitements (tout médicament ou geste chirurgical, pour autant qu'il soit bénéfique, peut modifier un équilibre biologique préexistant et représenter un « poison » pour l'organisme). Ce type de douleur induite peut apparaître dès l'administration du traitement (ex : douleur de la veine lors de l'injection d'un traitement...) ou apparaître plus tardivement (ex : mucite chimio-induite, dermite post-radiothérapie, abcès post-chirurgical...).

II 3 – Les répercussions de la douleur induite :

Il existe peu de réelles 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 libération d'adrénaline dans l'organisme, laquelle adrénaline va amplifier le phénomène douloureux. Au-delà de cette amplification du phénomène douloureux, toutes les complications propres à la douleur aiguë en général peuvent apparaître dans le cadre de la douleur induite (hyperactivité sympathique ou parasympathique, hypo ou hyperventilation alvéolaire...). Enfin, la mémorisation des phénomènes douloureux aigus (empreinte laissée sur les structures nerveuses et le psychisme), d'autant plus importante que la douleur aiguë aura été prolongée, intense et que la souffrance du malade aura été négligée, méconnue ou mise en doute pourra aboutir à plus ou moins long terme à une douleur chronique.

⁹Evelyne Malaquin-Pavan, Prévention et soulagement des douleurs induites : le rôle des soignants, Les douleurs induites, Institut UPSA de la Douleur – 2005 -

III – Pourquoi des difficultés à prendre en charge cette douleur induite ?

III 1 – Des comportements soignés trompeurs :

Les patients se retrouvant en situation d'abandonner leur corps contre leur gré à un tiers et se retrouvant ainsi à « la merci du soignant » bon gré, malgré peuvent se comporter différemment quant à l'expression de la douleur induite.

Reprenons l'enquête ASTRA / SOFRES¹⁰ dans laquelle seul un patient sur trois déclare que subir des gestes invasifs est « extrêmement, très ou assez gênant » et analysons leurs ressentis.

➤ 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. »

« 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. »

« 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, leur semble-t-il, qu'une absence de solutions.

III 2 – Des prescripteurs à distance des gestes :

L'enquête ASTRA / SOFRES¹¹ citée précédemment a évalué les représentations des patients et des infirmières concernant l'intensité de la douleur des gestes invasifs et le positionnement des médecins concernant la douleur liée aux gestes.

¹⁰ Enquête ASTRA / SOFRES, 1998 - Evaluation de la douleur des gestes invasifs en oncologie adulte -

¹¹ Enquête ASTRA – SOFRES, 1998 - Evaluation de la douleur des gestes invasifs en oncologie adulte

3. La douleur liée à la nature des gestes invasifs

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

Le résultat montre qu'il existe un consensus entre patients et infirmiers sur la gradation de l'intensité de la douleur des gestes invasifs avec cependant une majoration pour les infirmiers. Pour les médecins, ce sont les gestes les plus douloureux pour les patients qui posent le plus de problème pour leur réalisation, à cause de la douleur (biopsie osseuse, prélèvement de moelle, ponction lombaire...). Ces gestes qui posent selon eux le plus de problème sont dans l'ensemble les gestes qu'ils réalisent eux-mêmes et pour lesquels ils sont directement confrontés à la douleur de l'Autre. Parmi les gestes jugés comme « extrêmement, très ou assez douloureux » par les patients portons notre attention sur les gaz du sang, acte réalisé par l'infirmier. On se rend compte qu'il pose moins de problème à cause de la douleur aux médecins que les gestes qu'ils réalisent eux-mêmes.

III 3 – Des représentations erronées de la douleur induite chez les infirmiers :

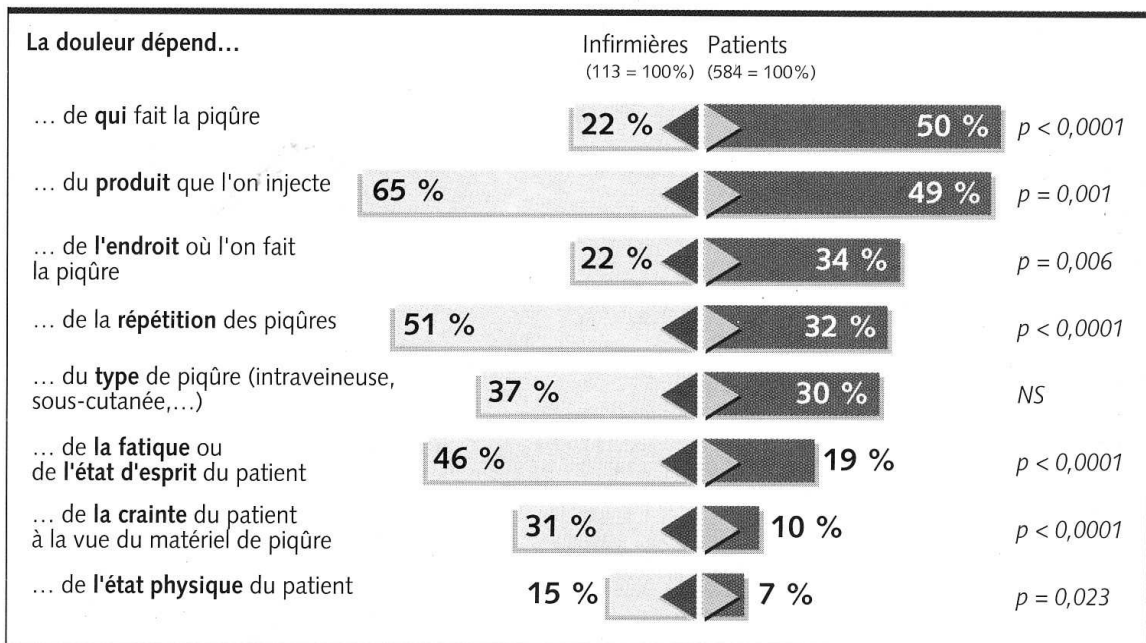
Le vécu douloureux individuel est influencé par un certain nombre de facteurs en interaction qui, si nous n'y prenons pas garde, engendre un cercle vicieux conduisant au désinvestissement physique et psychique de la personne soignée.

L'enquête ASTRA / SOFRES¹² a étudié les facteurs influençant la douleur des gestes invasifs.

¹² Enquête ASTRA – SOFRES, 1998 - Evaluation de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte

2. Les facteurs influant sur la douleur des gestes invasifs

27



Les infirmiers accordent plus d'importance à certains facteurs comme le produit injecté, la répétition des piqûres, l'état de fatigue ou l'état d'esprit du patient, domaines qui finalement renvoie à d'autres intervenants (produit = laboratoire pharmaceutique, répétition des piqûres = médecin prescripteur, état du patient = patient lui-même).

Les patients accordent eux le plus d'importance à la personne qui fait la piqûre (minoré par les infirmiers).

Ainsi les représentations de la douleur induite ne sont pas les mêmes selon que l'on se positionne en tant qu'infirmier ou bien en tant que soigné. Ce décalage montre qu'il est nécessaire en matière de douleur induite d'écouter ce que les patients ont à nous dire (écoute active, enquêtes) pour rectifier nos croyances et générer une réflexion.

IV – Quelles attitudes mettre en œuvre pour lutter contre la douleur induite ?

IV 1 - Induire une réflexion initiale sur les bénéfices attendus en matière de lutte contre la douleur induite:

IV 1 a – Quels bénéfices pour le patient ?

Le patient peut avoir des bénéfices à retirer d'une bonne prise en charge de la douleur induite. Tout d'abord, la mise en oeuvre de techniques médicamenteuses ou non de prévention doit permettre de soulager effectivement sa douleur évitant ainsi les complications et autorisant un retour plus rapide à une activité normale. D'autre part, la prise en charge de la douleur induite imposant au soignant de tenir compte de l'opinion du patient

et de ce qu'il vit à un moment donné peut permettre de positionner le patient au coeur du soin et de lui donner un vrai rôle d'acteur dans sa propre prise en charge de la douleur. Enfin, lutter contre la douleur induite oblige à une certaine continuité des soins entre les différents intervenants et donc permet un certain confort pour le patient au cours de l'hospitalisation (moins de manipulations, respect de temps de repos...).

IV 1 b – Quels bénéfices pour le soignant ?

Le soignant peut lui aussi trouver des bénéfices dans cette lutte contre la douleur induite. En effet, la mise en œuvre de thérapeutiques médicamenteuses ou non pour prévenir ce type de douleur peut permettre la diminution du stress soignant face à la douleur de « l'Autre » et la réduction des appels de patients algiques (gain de temps). De plus, l'organisation interdisciplinaire nécessaire à la prévention de la douleur induite peut permettre une meilleure planification des soins, une facilitation des prescriptions médicales (protocoles d'analgésie) et une valorisation du travail d'équipe.

IV 2 – Organisation des soins autour du patient :

L'analyse de nos pratiques et des gestes de soins que l'on est amené à pratiquer doit nous permettre de trouver des solutions pour diminuer voire supprimer la douleur induite et augmenter le confort et la sécurité du patient.

Les composantes de la prévention sont à la fois matérielles, psychologiques et médicamenteuses.

IV 2 a - Prévention primaire valable 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 au cours de l'hospitalisation et tout particulièrement lors de la réalisation de gestes douloureux.

Adaptation de l'environnement :

L'ergonomie des lieux et des différents moyens de transport, l'architecture, l'aménagement et la décoration participent largement à l'amélioration 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 (effet placebo). L'information diminue le stress, rassure, favorise le climat de confiance. Une information de qualité concernant les gestes de soins doit être ciblée et renseigner sur la durée, le déroulement et le lieu de l'examen. Elle peut se faire de façon orale et /ou écrite et doit être répétée à plusieurs moments.

Relation au patient = véritable « pansement » psychologique :

La relation au patient en matière de douleur induite est une véritable thérapeutique préventive de la douleur.

Cette relation peut être favorisée par :

- Un langage approprié : « Dans le corps du soigné, la blessure symbolique est à vif, elle s'infecte de la peur qui nourrit sa douleur et le soignant peut, par les mots choisis, par le rythme qu'il leur impose, par la force de la voix, remplir un peu de manque par l'échange de l'émotion».¹³ Les mots choisis peuvent être des portes que celui qui les reçoit ouvre ou

¹³ E. Czorny, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Besançon

ferme selon ses désirs. Ils peuvent être un éveil ou un apaisement, un élan ou un retrait. Ils dénotent toujours, chez celui qui les choisit, une reconnaissance de l'Autre.

- Une présence calme et une diminution des stimuli extérieurs (bruits, lumière...) qui peuvent se transformer rapidement en nuisance.
- Un respect de l'intimité et de la pudeur, du rythme de sommeil.
- Une installation confortable sans contention absolue.

Analyse de l'autonomie de la personne face aux besoins fondamentaux :

Nous connaissons tous en tant que soignants l'importance de la satisfaction des besoins fondamentaux sur la qualité de vie et l'influence positive sur le moral des patients décrite par Maslow.¹⁴



La satisfaction des besoins est au carrefour de l'initiative des différents métiers soignants. Les soins de base doivent donc faire l'objet d'une réflexion individuelle et interdisciplinaire. Le soignant doit savoir rechercher l'une des 4 sources de difficulté qui pourrait empêcher la personne d'être autonome par rapport à la satisfaction de ses besoins fondamentaux : manque de force (ne peut pas), manque de volonté et/ou motivation (ne veut pas), manque de connaissances (ne sait pas), environnement inadéquat (n'a pas la ressource pour). Cette analyse va permettre de donner sens, intérêt, intentionnalité aux gestes soignants et d'influencer la qualité des gestes techniques (ex : inviter à uriner avant la réalisation d'un pansement, soin de bouche avant la réalisation d'un geste chirurgical endo-buccal....) et donc par ce biais participer à la prévention de la douleur induite.

Compétence technique :

Développer et parfaire ses compétences techniques est une étape fondamentale dans la lutte contre la douleur induite. En effet, comme nous l'avons vu dans l'enquête ASTRA / SOFRES, les malades sont très sensibles à la personne qui réalise le geste et nous comprenons aisément pourquoi. Le geste doit être sûr et rapide, le matériel doit être 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 mise en commun d'informations concernant le patient permet un partage indispensable au suivi des soins. En effet, la transmission d'information à tous les acteurs de soins pour une bonne coordination des bons moments du soin est indispensable pour améliorer la prise en charge de la douleur induite.

Exemple : un aide-soignant qui commence la toilette d'un patient sans en informer l'infirmier, empêche la mise en œuvre d'une prévention antalgique.

¹⁴ Maslow A., Motivation et personnalité, 2nd Ed NewYork, Haepfer and Row – 1970-

Organisation interdisciplinaire :

Assurer une prise en charge individualisée contre la douleur face à un soin douloureux demande une remise en question individuelle mais également une organisation interdisciplinaire. Par leur décret d'actes, de nombreuses professions gravitant autour du malade et responsables de douleurs induites, sont habilités à contribuer à la lutte contre la douleur mais n'ont accès qu'à un arsenal antalgique strictement non médicamenteux. Parmi ces professions on retrouve entre autre les kinésithérapeutes, les aides-soignants, les manipulateurs radiologie. En conséquence, tout protocole de prévention antalgique doit être conditionné par l'efficacité d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle on retrouvera systématiquement un médecin prescripteur et un infirmier réalisateur de l'acte. L'infirmier au centre de l'interdisciplinarité, représente le maillon essentiel dans la prévention de la douleur induite.

IV 2 b – Affirmation du rôle infirmier :

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. Il est donc fondamental de développer des plans de soins infirmiers rigoureux.

Evaluation de la douleur :

L'évaluation de la douleur définie comme soin du domaine du rôle propre infirmier doit être systématique et réalisée aux différents moments du soin. Elle permet au patient de parler de la douleur du soin, chose qu'il ne ferait probablement pas spontanément. Cette évaluation de la douleur doit pour une prise en charge optimale des patients, faire également partie des pratiques de l'ensemble des soignants (kinésithérapeutes, aides-soignants...). L'infirmier a donc là un rôle d'information et de formation important à jouer auprès des différents acteurs du soin.

Mobilisation de l'effet placebo :

L'effet placebo correspond à l'anticipation de la perception par le malade des effets probables d'un traitement ou d'un acte thérapeutique sur la base d'une estimation inconsciente du traitement lui-même ou de l'acte. Cette estimation inconsciente est dépendante de son niveau de confiance dans la médecine en général et dans les soignants qui le prennent en charge et de son conditionnement par les résultats thérapeutiques antérieurs. L'effet placebo se surajoute aux effets spécifiques de la thérapeutique ou du procédé thérapeutique (30 à 50% en matière de douleur).

Cet effet placebo peut être mobilisé en matière de douleur induite :

- A travers la façon de donner le traitement antalgique : il faut savoir expliquer, « vendre » le traitement antalgique (rôle anti-douleur du médicament, efficacité certaine...). L'hétéro-suggestion du soignant (« en prenant ce médicament vous verrez diminuer voire disparaître la douleur ») se conjugue à l'auto-suggestion du patient (« puisque je prends ce médicament, je vais forcément avoir moins mal »).

- A travers le médicament lui-même : il faut savoir montrer le médicament (couleur, forme, quantité.. .), le nommer.

- A travers la relation soignant / soigné : compétence, présence, charisme, capacité à rassurer, gaîté, conviction, pouvoir de persuasion et de suggestion sont des qualités à développer pour gagner la confiance du patient et ainsi imprégner tout traitement ou procédé thérapeutique d'un effet placebo. Le soignant a, par ses attitudes et gestes, le « pouvoir » pour améliorer l'efficacité des traitements antalgiques.

Utilisation de protocoles d'analgésie :

L'utilisation de protocoles d'analgésie correspondant à des situations cliniques reconnues, permet d'anticiper la douleur des soins et gestes. Ces protocoles permettent de limiter l'appréhension du geste douloureux avec un médicament ou avec un comportement, un langage et une information adaptés à la situation. A défaut de protocoles, chose regrettable, l'infirmier devra solliciter la prescription anticipée d'antalgiques ou d'anxiolytiques et mettre en œuvre cette prescription en tenant compte des délais d'action des antalgiques à utiliser afin d'obtenir une pleine efficacité pendant le soin.

Utilisation de moyens médicamenteux et non médicamenteux :

De nombreux moyens non médicamenteux et médicamenteux peuvent être mis en place pour prévenir la douleur induite. L'ensemble de ces moyens qui vont être déclinés en suivant ont fait la preuve de leur efficacité dans ce domaine.

IV 3 - Utilisation des moyens disponibles :

IV 3 a - Les moyens non médicamenteux :

Pour expliquer l'impact des techniques non médicamenteuses sur la douleur, il faut faire référence au fait que la douleur est en permanence modulée, inhibée par différentes afférences. Ces afférences peuvent être mises en jeu par des stimuli sensoriels cutanés ou proprioceptifs (contact, massage application de froid ou de chaud) = théorie du gâte-control ou des stimuli psychologiques (rôle de la distraction comportementale ou imaginaire, du contexte émotionnel). Les techniques non médicamenteuses ne doivent pas être utilisées au détriment des techniques médicamenteuses, mais doivent y être associées.

Le froid et le chaud :

L'application de froid ou de chaud permet d'obtenir un effet antalgique immédiat, certes limité dans le temps (quelques minutes à quelques heures) mais ces techniques peuvent être répétées plusieurs fois au cours de la journée.

* Le froid :

L'application de froid à la surface du corps (cryothérapie) est une thérapie vieille de plusieurs siècles¹⁵. Le froid calme la douleur selon divers mécanismes :

- vasoconstriction des vaisseaux sanguins qui diminue les gonflements, saignements et les phénomènes inflammatoires locaux responsables de douleur (diminution de l'acide lactique, sérotonine ou histamine) ;
- ralentissement de la transmission des messages de douleur au cerveau = effet anesthésique local sur les terminaisons nerveuses.

Les effets du froid durent plus longtemps que ceux de la chaleur parce que la constriction des vaisseaux perdure une fois le froid disparu. L'application du froid impose une protection de la peau par du talc et un linge et ne doit pas durer longtemps de façon à éviter une brûlure.

Indications :

- douleurs musculaires
- douleurs dentaires
- contusions, lymphangites céphalées
- piqûres ou morsures

Contre-indications :

- troubles de la sensibilité
- troubles circulatoires
- lésions cutanées (brûlures ...)

Moyens :

- vessie de glace
- sachets et sprays réfrigérant

¹⁵ Watt-Watson JH, Donovan MI. Pain Management: Nursing Perspective, Mosby, St Louis, 1992.

* Le chaud

L'application de chaud permet d'augmenter la circulation locale, la température cutanée, la détente musculaire et donc d'entraîner par ce biais une diminution de la douleur.

Indications :

- lymphangites
- décontraction musculaire
- œdèmes

Contre-indications :

- saignements+/-

Moyens :

- bouillotte
- infrarouges

Les massages :

Les massages peuvent être posés comme de véritables gestes professionnels efficaces sur la douleur. Le massage est un contact sécurisant et équilibrant, une communication non verbale qui apporte bien-être, prise de conscience du corps permettant de construire une image positive et saine de la région lésée. D'autre part, il permet une stimulation des fibres myélinisées Aαβ de la sensibilité tactile et épicrotique qui agissent en renforçant les mécanismes inhibiteurs physiologiques au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, fermant en quelque sorte la porte au passage des influx nociceptifs véhiculés par les fibres de petit calibre peu myélinisées ou amyéliniques (Aδ et C). Enfin, le massage a un effet thermique myorelaxant lui aussi efficace pour diminuer la douleur.

Moyens :

- toucher massages avec effleurages, pétrissages, frictions, étirements et vibrations ;
- massages antalgiques qui relèvent de la compétence d'un kinésithérapeute.

La neuro-stimulation transcutanée :

La neuro-stimulation transcutanée (NSTC), plus connue sous le terme anglophone de Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) est une technique de prise en charge non médicamenteuse de la douleur. Elle consiste en l'utilisation d'un générateur électrique qui permet le passage de petites impulsions électriques à travers la peau par le biais d'électrodes appliquées sur cette même peau. L'effet antalgique constaté avec cette technique sur de nombreuses données cliniques a été confirmé par de nombreuses études expérimentales versus placebo.

Deux types de stimulation avec effets différents sont possibles.

| | NSTC Conventionnelle | NSTC acupuncturale |
|--------------------------|---|---|
| Stimulation | - fréquence élevée 70-100 Hz - Intensité basse - au niveau du site douloureux | - fréquence basse 2-5 Hz - intensité élevée - à distance du site douloureux |
| Sensation produite | - paresthésies - confortable | - battements - intense |
| Mécanisme d'action | - Les impulsions électriques stimulent les fibres nerveuses afférentes myélinisées de gros calibre Aαβ - aboutit à un renforcement des contrôles inhibiteurs au niveau de la corne dorsale moelle épinière (théorie du gate control) | - Les impulsions électriques stimulent les fibres nerveuses motrices et les fibres nerveuses afférentes de la nociception - aboutit à une libération d'opiacés endogènes |
| Type d'analgésie obtenue | - localisée - d'installation rapide | - diffuse - retardée |

Indications : - douleur aiguë (post-traumatique/opératoire)
- douleur chronique (neurogène++)
- prévention de la douleur induite

Contre-indications : - stimulateur cardiaque (contact avec cardiologue)
- grossesse
- anesthésie complète du territoire

Modalités d'utilisation :

- en continu (à la journée) pour les douleurs chroniques et permanents
- séquentielle (séance ponctuelle) d'environ 1 heure plusieurs fois par jour (4 à 5)
- mode préventif (avant les gestes susceptibles de réveiller la douleur)

Remboursement Sécurité Sociale : 3 mois renouvelables, puis achat possible.

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 qu'elle procure.

Moyens : - guider le patient avec les mots : « inspirez », « expirez »,

- plus ludique (enfants à partir de 2 ans) : faire murmurer une onomatopée, demander de souffler comme pour faire des bulles de savon ou bien de souffler dans un jouet produisant un son (sifflet) ou dans un ballon qui se gonfle.

La diversion :

Si le patient concentre son attention sur une situation douloureuse, il aura tendance à percevoir la douleur de façon plus intense. Avec 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'atténue¹⁶. Une des idées fausses les plus graves concernant la douleur est de croire que les patients ne peuvent être distraits d'une douleur sévère : on peut observer un exemple classique de thérapie par distraction dans toutes les salles pour enfants de n'importe quel hôpital - l'enfant qui joue est moins importuné par sa douleur que celui qui est allongé dans son lit avec sa douleur et sans rien d'autre à quoi penser.

En pratique, la distraction s'avère très utile lors de courts épisodes de recrudescence de la douleur ou en attendant que des antalgiques prennent effet. Sur de longues périodes, cela demande une technique considérable et une motivation de tous les instants. La diversion augmente la tolérance à la douleur, le sentiment de self control, diminue l'intensité de la douleur en changeant la qualité de la douleur en quelque chose de plus acceptable. Le problème quand on utilise cette méthode, c'est que ceux qui ne connaissent pas les bienfaits de cette technique sur la douleur puissent en arriver à douter de l'existence ou de la sévérité de la douleur amenant ainsi le patient à avoir une perception accrue de douleur.

Moyens : Fournir au patient un objet ou un but réel et concret

- regarder une émission de télévision ;
- se concentrer sur quelque chose d'agréable (ouvrir une fenêtre pour écouter les sons de la campagne, regarder les vagues depuis une plage...) ;
- compter ou examiner précisément des objets, des images ;
- chanter une chanson, réciter un poème ou raconter une histoire.

Les moyens à utiliser doivent tenir compte de sa volonté à participer (motivation), de ses capacités (dextérité, pertes sensitives), de ses préférences, du soutien des proches

L'imagerie dirigée :

L'imagerie s'associe de façon étroite aux techniques de relaxation et à la thérapie par distraction. Cette méthode peut chevaucher les deux techniques ou être utilisée en combinaison avec elles. L'imagerie utilise l'imagination pour développer des images sensorielles qui diminuent l'intensité de la douleur en sachant que certaines personnes très suggestibles vont parfaitement adhérer à cette technique. La terminologie d'imagerie dirigée reflète la volonté de faire développer chez le patient une ou plusieurs images dans un but précis. Il s'agit de demander au patient de se concentrer sur un souvenir ou une image ayant un sens particulier pour lui, agréable, relaxant et absorbant. Nous utilisons régulièrement cette imagerie en tant que professionnels de la santé et notamment lorsque nous décrivons comment fonctionne une mesure du soulagement de la douleur et comment son utilisation va

¹⁶ McCaffery M , Beebe A. Pain : Clinical Manual for Nursing practice. St Louis. CV Mosby. 1989

influer sur la guérison. Pour rendre cette technique la plus efficace possible, il est conseillé de la pratiquer au moment où la douleur est minimale¹⁷.

On distingue deux approches différentes de l'imagerie :

- développer une image incompatible avec la douleur comme imaginer un paysage agréable (une rivière, des montagnes...),
- mettre en place un moyen de transformer la douleur comme la changer en eau jaillissante ou en filets de sable, la changer en couleur plus confortable (comme du rouge éclatant au bleu apaisant) ou bien placer la douleur dans une échelle horizontale de 0 à 10 et ramener doucement le curseur en respirant lentement et profondément.

L'imagerie dirigée permet d'obtenir une dissociation partielle avec l'expérience douloureuse dans la mesure où celle-ci est faible.

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 aussi vrai dans le traitement de la douleur que dans tout autre scénario. En tant que professionnel de la santé, il est de notre devoir d'aider le patient à parler de sa douleur et de lui offrir ainsi assistance, encouragement et à terme soulagement pour cette douleur.

Le renforcement :

La technique du renforcement est une technique applicable uniquement à l'enfant. Il s'agit de donner une information dédramatisée à l'enfant sur un soin douloureux pour permettre de renforcer son comportement positif.

Moyens :

- soin sur une poupée ou une peluche ;
- faire répéter le soin à l'enfant sous la forme de jeu ;
- projeter un film où le soin se réalise sans grande manifestation douloureuse ;
- attribuer une récompense comme un diplôme de bravoure.

La menace de punition en cas de mauvais comportement est une attitude à proscrire.

La relaxation :

Une douleur aiguë déclenche souvent un mode d'excitation généralisé du corps se traduisant par une augmentation du rythme cardiaque, une pression sanguine élevée, une augmentation de la tension et des spasmes musculaires et un mode de respiration perturbé¹⁸. 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, de la consommation d'oxygène, du rythme cardiaque, de la pression sanguine, du lactate dans le sang artériel et de la tension musculaire tout en augmentant le flux sanguin dans les muscles du squelette et la résistance (électrique) de la peau. Se relaxer ne signifie pas uniquement se détendre en se changeant les idées.

En matière de douleur, la relaxation est intéressante car elle apporte une détente musculaire, une anxiolyse et une meilleure adaptation face au stress augmentant par ce biais le seuil de perception de la douleur. La relaxation ne calme donc pas la douleur par elle-même, c'est plutôt un adjuvant utile du traitement de la douleur qui donne au patient le contrôle sur la détresse associée à la douleur.

Il y a différentes façons de se relaxer mais toutes les techniques mettent en jeu la contraction d'un groupe de muscles pendant plusieurs secondes, la concentration passive de l'attention sur la sensation des muscles contractés suivies de relaxation et concentration sur

¹⁷ Watt-Watson JH, Donovan MI. Pain Management: Nursing Perspective, Mosby, St Louis, 1992.

¹⁸ Sinatra et al. 1992

la sensation des muscles décontractés. On applique cela de façon systématique à tous les groupes de muscles de tout le corps.

Très simplement, on peut obtenir une relaxation du patient en lui demandant de serrer puis relâcher (par exemple serrer une balle en mousse et la relâcher), de devenir tout mou (lui demander de devenir mou comme une poupée de chiffon). La fermeture des yeux n'est pas indispensable car elle peut angoisser le patient.

Pour obtenir un état de relaxation optimum, Watson¹⁹ a identifié 4 conditions qu'il est important d'essayer de respecter :

- un environnement calme ;
- une position confortable ;
- une attitude favorisante et évitant la distraction (décrocher le téléphone par exemple) ;
- un exercice mental (mots ou sons) qui puisse aider à orienter l'esprit vers des pensées paisibles (exemple musique d'ambiance).

La relaxation peut faire appel à des techniques très élaborées telles le training autogène de Shultz, la sophrologie qui demandent une formation spécifique des soignants.

L'hypnose :

L'hypnose est un état de vigilance modifié et un processus thérapeutique. L'hypnoanalgésie, qui est une des pratiques de l'hypnose, est une méthode qui permet au patient de mieux contrôler, gérer une douleur aiguë ou chronique. De nombreuses études montrent que l'hypnose avec suggestion d'analgésie est particulièrement efficace pour réduire l'intensité de la douleur alors que la relaxation permettrait elle, plutôt de réduire l'aspect désagréable de la douleur. Les suggestions du thérapeute alors 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, de la façon d'interpréter la douleur et transformation en défi du stress négatif lié à la douleur). L'hypnoanalgésie nécessite une formation aux pratiques hypnotiques et une initiation à la psychologie du patient douloureux. L'hypnoanalgésie peut donc être utilisée pour la douleur induite, par des soignants ayant reçu une formation spécifique dans ces domaines.

L'arthérapie, la musicothérapie :

L'œuvre d'art contient en elle une charge émotionnelle que l'on peut qualifier de magique. Qu'il s'agisse de tableaux d'artistes ou bien de musique, l'art représente un stimulus sensoriel multidimensionnel qui peut agir sur la douleur en altérant la conduction des fibres afférentes et ceci, par le biais du détournement de l'attention, de la stimulation de la production d'endorphines et de l'état de relaxation avec détente musculaire qu'il induit.

Moyens : - proposer sans obliger de la musique (walkman, musique d'ambiance), ne pas imposer un style mais orienter vers des musiques douces
- faire dessiner ou peindre ou bien analyser un tableau, une sculpture...

Le saccharose chez le nouveau né :

Après de nouveau-nés, il est possible d'utiliser l'effet de solutions sucrées (saccharose et glucose) pour prévenir la douleur induite en complément des autres techniques de prévention de cette douleur. Ces solutions sucrées absorbées une à deux minutes avant un soin ont un effet antalgique. Les études prouvent qu'il existe une synergie d'action entre l'administration de saccharose et la succion tétine. L'efficacité de cette association est supérieure à l'utilisation d'une tétine seule ou du saccharose seul. Le sirop de sucre déposé sur la langue déclenche un réflexe gustatif qui associé à la succion, stimule la sécrétion d'endomorphines et pendant les minutes qui suivent, on observe une diminution voire une disparition des signes de douleur chez le nouveau-né et chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 2 à 3 mois.

¹⁹ Watt- Watson JH, Donovan MI. Pain Management : Nursing Perspective, Mosby, St-Louis, 1992.

IV 3 b - Les moyens médicamenteux :

Le mélange équimolaire O₂/N₂O = MEOPA

Le mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est un bon moyen pour lutter contre la douleur induite. Il permet, du fait de sa propriété sédatrice et analgésique, son élimination rapide et sa faible toxicité, la réalisation d'actes douloureux superficiels avec moins de douleur, voire, absence de douleur.

Administré au moyen d'un masque transparent avec système de réserve ou bien d'un masque muni d'une valve de non réinhalation et d'un ballon réservoir, son efficacité est observée au bout de 3 minutes et est stoppée dès l'arrêt de l'administration du produit.

L'intérêt du MEOPA a été démontré essentiellement en pédiatrie pour les sutures, les réductions de fractures simples, les réductions de luxations, le drainage d'abcès et tous les gestes invasifs pratiqués chez l'enfant. Même si l'intérêt n'a pas été démontré chez l'adulte, en pratique clinique il est très intéressant dans les mêmes utilisations que chez l'enfant.

Les anesthésiques locaux :

Les anesthésiques locaux mis au contact des muqueuses ou de la peau, exercent un effet anesthésique local en se fixant sur les terminaisons nerveuses et en bloquant de manière spécifique, totale et réversible la conduction nerveuse.

➤ La lidocaïne = XYLOCAÏNE®

La lidocaïne est le chef de file des anesthésiques locaux.

Plusieurs formes de lidocaïne sont utilisables : gels, crème, solutions, sprays.

* XYLOCAÏNE® 2% gel urétral (chlorhydrate de lidocaïne)

XYLOCAÏNE® 2% gel urétral (1g de gel = 20 mg de chlorhydrate de lidocaïne) peut être utilisée pour réaliser des gestes thérapeutiques ou diagnostiques iatrogènes douloureux au niveau urétral (mise en place d'une sonde urinaire, exploration urologique). Il s'agit d'un gel non coloré, présenté en récipient uni dose stérile à usage unique de 10ml = 15 g de gel. Le maximum d'efficacité est obtenu à l'issue de 5 à 10 minutes d'application.

* XYLOCAÏNE® 5% Nébuliseur (chlorhydrate de lidocaïne)

XYLOCAÏNE® 5% nébuliseur peut être utilisée pour réaliser des gestes thérapeutiques ou diagnostiques iatrogènes douloureux au niveau de la sphère ORL (sondes, petits actes chirurgicaux), chez des patients de plus de 6 ans. Il s'agit d'une solution d'anesthésique local pour pulvérisation, présentée en flacons pulvérisateurs munis d'une pompe doseuse avec tube sur laquelle s'adapte une canule courte ou longue. Chaque pulvérisation délivre 9mg de chlorhydrate de lidocaïne. L'effet s'installe au bout de 3 minutes et dure environ 1 heure 30.

* XYLOCAÏNE® 2% visqueuse (chlorhydrate de lidocaïne)

XYLOCAÏNE® 2% visqueuse (1 ml = 20 mg) peut être utilisée pour l'anesthésie de la cavité buccale (se méfier du risque de fausse route) ou bien en massage de la muqueuse gingivale (aphtes) ou linguale (plaie) ou bien pour le passage d'une sonde. Il s'agit d'un gel anesthésique local parfumé à la fraise dont l'application est renouvelable toutes les 4 heures.

* XYLOCAÏNE® 1% (chlorhydrate de lidocaïne)

XYLOCAÏNE® 1% (1ml = 10 mg) est une solution qui peut être utilisée pour l'anesthésie de contact ou l'anesthésie par infiltration.

- Anesthésie de contact :

Utilisation d'un tampon imbibé de 1 à 2 ml de la solution avant de procéder à l'infiltration des berges d'une plaie ou avant de poser une sonde gastrique

- Anesthésie par infiltration : avec des solutions de XYLOCAÏNE® 1%, 2% ou 0,5%

Ces solutions doivent être employées avec des aiguilles très fines pour diminuer le désagrément lié à l'infiltration. On réalisera d'abord un bouton intradermique puis on procèdera à l'anesthésie à travers ce bouton et de proche en proche à travers la zone anesthésiée. L'adjonction de 2 ml de bicarbonate de sodium semi molaire à 42/000 dans 10 ml de lidocaïne rend la solution moins douloureuse. Le risque de réaction toxique est faible si on calcule scrupuleusement les doses, si on vérifie l'absence de passage intra vasculaire, si on n'infiltré pas les zones infectées ou inflammatoires et si on injecte lentement.

➤ EMLA® 5% :

La crème EMLA® 5% contient une émulsion anesthésique faite d'un mélange équimolaire de lidocaïne (2,5%) et de prilocaïne (2,5%) qui diffuse régulièrement à travers la peau ou les muqueuses. Elle peut être utilisée pour réaliser des gestes thérapeutiques ou diagnostiques iatrogènes douloureux, non urgents, chez l'adulte et l'enfant, au niveau de la peau saine (ponction veineuse pour prélèvement sanguin ou mise en place de cathéter, ponction artérielle, vaccination et IDR - sauf BCG car propriétés antibactériennes des principes actifs d'EMLA®, ponction lombaire, chirurgie cutanée superficielle...). Elle peut également être utilisée pour la détersion mécanique d'ulcères de jambe et les biopsies ou exérèses de lésions génitales. EMLA® se présente en tubes de 5 grammes ou bien sous forme de patchs (pansement adhésif cutané prêt à l'emploi) contenant 1 gramme de crème et permettant d'anesthésier une surface de 10 cm².

Le maximum d'efficacité de la crème se situe entre 1 heure et 2 heures d'application. La profondeur de l'anesthésie obtenue est proportionnelle à la durée de l'application et varie entre 3 et 5 mm (3 mm de profondeur pour 1 heure d'application et 5 mm pour 2 heures) ; le temps d'application minimum est donc fonction du geste à réaliser. EMLA® induit plutôt une vasoconstriction pour 1 heure d'application et une vasodilatation pour 1 heure 30 d'application, il est donc être intéressant d'utiliser cette propriété en fonction du geste à réaliser. L'anesthésie obtenue persiste au delà du retrait de la crème, en théorie 1 heure pour 1 heure d'application et 2 heures pour 2 heures d'application.

➤ Les anesthésiques locaux dans le contexte de l'anesthésie loco-régionale (ALR) :

Les anesthésiques locaux sont également utilisés en anesthésie loco-régionale (ALR) pour permettre la prévention de la douleur induite. L'anesthésique local injecté directement au contact d'un plexus ou d'un tronc nerveux de l'organisme permet un blocage complet de la conduction des influx afférents et efférents intervenant dans les mécanismes de transmission des influx nerveux nociceptifs. Initialement réservées aux anesthésistes, certaines de ces techniques (blocs tronculaires de la face, bloc du nerf fémoral, bloc du pied, bloc de la gaine des fléchisseurs de la main) commencent à être diffusées dans le cadre de l'urgence, aux médecins urgentistes. Ces techniques qui ont connu un essor important ces dernières années, ont permis un grand bond en avant dans le cadre de la douleur induite. Un exemple très parlant est celui du bloc du nerf fémoral (bloc ilio-fémoral) dans le cadre des fractures du col du fémur qui permet par exemple l'installation sans douleur d'un patient sur le bassin, chose jusque là impossible malgré la mise en place chez les patients d'une analgésie systématique, multimodale par voie intraveineuse.

Le choix de l'anesthésique local à utiliser est guidé par les données pharmacologiques et les impératifs liés à l'analgésie et/ou la chirurgie.

Les antalgiques :

Pour prévenir la douleur induite il est également possible d'administrer des antalgiques à dose suffisante et dans un délai tenant compte de la pharmacodynamie et de la pharmacocinétique du produit administré.

Délais et durées d'action des antalgiques selon la voie d'administration sont donc indispensables à connaître pour une prévention optimale.

➤ Pour des douleurs attendues modérées à sévères :

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

Une analgésie multimodale alliant paliers 1 et 3 peut également être mise en place dans le cadre de douleurs attendues sévères.

➤ Pour des douleurs attendues plus faibles :

Les antalgiques du palier 1 ou 2 peuvent être utilisés tels le néfopam, le contramal, le paracétamol, les AINS. Des études sérieuses n'ont pu fournir aucune preuve d'effet préventif du paracétamol ou des AINS en matière de douleur induite.

La kétamine

La kétamine est à forte dose un agent anesthésique. Elle est depuis plusieurs années utilisée à doses infra-anesthésiques dans le cadre de l'analgésie multimodale pour la prise en charge de la douleur. La kétamine est un inhibiteur du glutamate non compétitif au niveau des récepteurs NMDA. Elle permet d'obtenir plusieurs effets :

- un effet antalgique immédiat propre au produit,
- une prévention de l'hyperalgésie induite par l'administration de morphine ou morphinomimétiques (tolérance aiguë aux morphiniques du fait de la réduction d'efficacité des récepteurs morphiniques),
- une épargne morphinique,
- une diminution des risques de mémorisation par sensibilisation centrale, secondaires à la sommation des stimuli nociceptifs (Wind up) et donc une diminution des risques de chronicisation de la douleur.

Ses propriétés psychotropes doivent être prises en considération lors de son utilisation à visée antalgique.

Sa présentation : ampoules 50 mg/ 5 ml.

La sédation consciente :

La sédation consciente correspond à un état qui permet de tolérer des gestes désagréables tout en maintenant intacte la fonction cardio-respiratoire et un contact verbal facile avec réponse adaptée aux ordres simples ou à une stimulation tactile.

Cette sédation peut être réalisée grâce à l'utilisation d'une benzodiazépine ou d'un anxiolytique qui agit sur la composante anxieuse et non sur la nociception. L'administration de ce type de produits, tenant compte des délais d'action peut être utile dans le cadre de la réalisation de gestes peu ou pas douloureux mais anxiogènes et mal supportés.

Cette sédation consciente peut être associée à une analgésie préventive auquel cas on parle de sédation/analgésie. Cette sédation/analgésie 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 dans ce contexte sont le midazolam (Hypnovel®), benzodiazépine aux propriétés sédative, myorelaxante, anti-convulsivante, amnésiante et l'hydroxyzine (Atarax®), anxiolytique à la propriété sédative.

La sédation poussée et l'anesthésie générale :

L'utilisation de techniques poussées de sédation voire d'anesthésie ne se conçoit que dans un cadre rigoureux. Les médecins habilités à les utiliser doivent posséder un niveau de connaissance et de compétence parfaitement actualisé, ils doivent savoir sélectionner les patients à risque, reconnaître et traiter les effets indésirables des produits utilisés, savoir pratiquer les gestes d'urgence élémentaires et connaître l'ensemble des bonnes pratiques dans ce domaine. Les médecins anesthésistes sont les plus compétents dans la connaissance de ces techniques.

L'anesthésie générale est utilisée dans certains contextes de l'urgence tels le polytraumatisme, les polyfractures, les états de choc. En effet, ces patients, victimes de fractures et/ou contusions subissent de très nombreuses douleurs induites du fait des manipulations des soignants (déshabillage, examens...) et des gestes invasifs multiples à visée diagnostique ou thérapeutique (fibroscopies, prélèvements sanguins...). L'anesthésie générale avec intubation est dans ces cas très rapidement envisagée avec entre autre comme objectif de supprimer la douleur due aux lésions traumatiques et aux gestes invasifs multiples.

CONCLUSION :

La douleur induite existe et nous ne devons pas la nier. 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. Une sensibilisation et une réflexion de tous les intervenants auprès des patients sont indispensables. La prévention des douleurs induites passe par un travail pluridisciplinaire centré sur une communication interpersonnels orale et écrite performante et sur les problématiques spécifiques de chaque situation de soin. L'éventail des moyens à notre disposition, si nous savons l'utiliser, est suffisamment large pour permettre une prévention de qualité.

La prévention de la douleur induite doit s'inscrire dans une démarche qualité des équipes soignantes. Des audits des équipes soignantes ainsi qu'une évaluation régulière du soulagement des patients par des enquêtes de satisfaction répétées 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.

L'objectif « zéro douleur » induite est probablement irréaliste mais, étant donné les moyens à notre disposition, tendre au maximum à s'en approcher est possible.

BIBLIOGRAPHIE

- Les douleurs induites, Institut UPSA de la douleur, 2005
- « Prévenir la douleur des gestes thérapeutiques », M. Olivier, B.Coustets, T. Mauline, 1999
- « Douleur provoquée par les soins : prévention et optimisation de la prise en charge en cancérologie adulte », C. Courtiol
- L'infirmière et la douleur, Institut UPSA de la Douleur, 2003
- « La douleur causée par les actes de soins est mal prise en charge », P. Benkimoun, Le Monde, 2005
- « Soigner un enfant sans lui faire mal », E. Cohanier, N. Febvre, C. Maury Zing, journal de l'infirmière de neurologie et de neurochirurgie, vol. 8, n°3, 1998
- « Rôle propre infirmier, douleur provoquée par les soins », B. Lombart, Soins Pédiatrie Puériculture, n°189, 1999
- « Ces examens qui font mal », E. Questiaux Lukacs, Soins Pédiatrie Puériculture, n°131, 1992
- « Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. Douleur liée aux actes invasifs chez l'enfant et l'adulte. », I. Krakowski et al, 1996
- Douleur chez l'enfant : usage de la crème Emla », journal de pédiatrie et de puériculture, vol. 9, 1996
- « Utilisation du protoxyde d'azote (N2O) pour les actes douloureux en pédiatrie », D. Annequin, La douleur de l'enfant : quelles réponses ? Quatrième journée, UNESCO, Paris, 1995
- « Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte », Enquête multicentrique, ASRA, SOFRES, 1998
- « Douleur et qualité de vie », O. Burrus, Revue de l'infirmière, numéro hors série, 1999
- « La douleur iatrogène : la reconnaître, la traiter, la prévenir », Dr Paolo Marchettini, Milan, La lettre de l'institut UPSA de la Douleur, 2002
- Soulager la douleur, P. Queneau, G. Ostermann, Editions Odile Jacob, 1998
- Le médecin, le malade et la douleur, P. Queneau, G. Ostermann, Masson, 2000
- Stratégies infirmières de prise en charge de la douleur de l'enfant, Groupe infirmier PEDIADOL, 1999
- Guide pratique de l'antalgie, P. Ginies, J. Sirot, Sauramps médical, 2000
- Atlas de la douleur, P. Ginies, Len Médical, 1999
- « Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé », Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mai 2002
- L'infirmière et la douleur, Institut UPSA de la douleur, 1998
- Guide pour la prise en charge de la douleur de l'enfant, Editions scientifiques et médicales Elsevier, 1999
- Les aspects juridiques de la prise en charge de la douleur en médecine générale, Cyril Clément, L'entreprise Médicale, Rhône-Poulenc, Théraplix
- Soignants et prise en charge de la douleur : les règles juridiques, N.Lelièvre, Masson, 2004