

Quand la fin justifie les moyens ou maltraiter pour mieux soigner

par Paul-André Lachance

Vous êtes de garde à l'urgence. Votre prochain patient est Sébastien, quatre ans, qui est installé dans la salle de suture pour une lacération frontale de 5 cm qu'il a subie en jouant il y a une heure. Il aura sans doute besoin de points de suture, vous dit l'infirmière. Vous sentez une certaine appréhension vous gagner par anticipation de la réparation à faire, et vous vous demandez si tout cela va finir en une « bataille » nécessitant l'aide de préposés et d'infirmières.

C'EST DONC AVEC UNE CERTAINE NERVOUSITÉ que vous entrez dans la salle. L'enfant est là avec ses parents. Vous vous adressez à la mère pour obtenir l'histoire de l'incident et vous regardez la plaie. Vous ressortez de la salle persuadé que la blessure est accidentelle et qu'il ne s'agit pas d'un cas de violence physique, mais convaincu que la pose de sutures est nécessaire à cause de l'étendue et de la profondeur de la plaie. Vous demandez à l'infirmière d'immobiliser l'enfant sur la planche et de vous appeler quand tout sera prêt.

Vous revenez un peu plus tard. L'enfant pleure alors qu'il est immobilisé sur la planche. Une infirmière et un préposé sont présents pour vous assister. Vous demandez aux parents de sortir en leur confiant l'ourson de l'enfant pour éviter de contaminer le champ stérile. Vous demandez ensuite au préposé de tenir fermement la tête de l'enfant pendant que l'infirmière parle à celui-ci pour le rassurer. Vous anesthésiez localement la plaie à l'aide de lidocaïne à 1 % avec épinéphrine, et vous vous pressez de poser les sutures avant que le préposé se fatigue de tenir la tête de cet enfant agité et non coopératif. Une fois la réparation terminée, vous sortez de la salle pour vous trouver devant des parents visiblement anxieux (la mère a la larme à l'œil), que vous rassurez en leur disant que tout s'est bien passé et en leur donnant les conseils d'usage. Vous êtes content d'avoir achevé cette tâche ardue.

Vous avez raison de vous féliciter, vous avez mené à bien une situation difficile avec les techniques rudimentaires

utilisées dans nos salles d'urgence, qui sont enseignées aux médecins en formation et appliquées avec plus ou moins d'automatisme.

Mais supposons un instant que nous revenions en arrière pour jeter un regard critique sur nos actions et interactions. L'approche habituelle, décrite ici, est-elle la meilleure possible? Cette question pourrait se scinder en plusieurs. Est-il justifié d'utiliser la coercition physique pour arriver au résultat final? Y a-t-il une autre approche (plus raffinée) possible? Si Sébastien avait 17 ans, utiliserions-nous la force qu'il nous semblait justifié d'employer ici? Était-il correct de demander aux parents de sortir? Mais que faire si, comme dans ce cas, l'enfant ne coopère pas?

Établissons d'abord que la situation décrite est source d'anxiété, tant pour le clinicien que pour l'enfant et les parents. L'anxiété est souvent perçue comme une perte de contrôle. Le clinicien réagit en augmentant son contrôle de la situation et en rationalisant le recours à la coercition physique et l'exclusion des parents. Malheureusement, l'enfant et les parents, qui ont des besoins similaires face à leur anxiété, voient leur possibilité de contrôle sur la situation dramatiquement réduite par les décisions du médecin. Cela augmente leur anxiété. L'anxiété et la douleur étant intimement liées, on peut soupçonner que cette approche rendra l'expérience plus difficile à vivre pour l'enfant.

Même si l'expérience de l'enfant ne risque pas d'entraîner la mortalité, une morbidité à long terme peut être associée à des expériences négatives précoces et créer une sensibilisation aux contacts avec la profession médicale. De plus, le traitement adéquat de la douleur aiguë, depuis longtemps négligé dans les salles d'urgence (et en pédiatrie en

Le Dr Paul-André Lachance, urgentologue, est directeur de l'Équipe de Recherche de l'Urgence de la Cité de la Santé de Laval (ÉRUC).

particulier)^{1,2}, devient une considération importante de nos jours.

Tout cela est bien beau, mais comment procéder du point de vue pratique ?

Rassurer l'enfant pour réduire son anxiété exige d'établir un bon contact et une relation de confiance avec lui. C'est une tâche qui peut être ardue dans un contexte d'urgence, mais pas aussi impossible qu'on pourrait le croire.

Nos trois objets de réflexion seront :

- comment établir la relation avec l'enfant à l'urgence ?
- comment réagir face à la présence et au rôle du parent ?
- quels sont les adjuvants pharmacologiques utiles ?

Établir la relation

Lorsque l'on cherche à établir une relation avec quelqu'un, on doit d'abord lui témoigner du respect et de la considération. Ensuite, on doit se soucier de ses préoccupations et y répondre. Lorsque vous rencontrez un enfant, l'ignorez-vous en vous adressant d'abord verbalement à l'adulte qui l'accompagne ? Ne devrait-ce pas être l'inverse ? Je n'ai encore jamais rencontré de parents qui se soient offusqués que je m'adresse à l'enfant d'abord. Donnez-vous à l'enfant la chance de relater son expérience de l'accident ? Quand vous parlez à l'enfant, vous placez-vous verbalement et physiquement à son niveau ?

Faites-vous le nécessaire pour apaiser les anxiétés prévisibles de l'enfant ? Les enfants appréhendent la douleur, mais ont aussi souvent une phobie des aiguilles et n'aiment pas être contraints physiquement. S'ils ont déjà été attachés sur une planche pour une réparation de laceration, ce souvenir rejaillira dans le contexte actuel, et vous aurez fort à faire pour les rassurer. Choisissez-vous les mots que vous utilisez avec soin pour ne pas augmenter indûment l'anxiété ? L'anxiété de l'enfant augmente-t-elle durant l'attente dans la salle de suture, avec les seringues, aiguilles et autres « instruments de torture » à portée de vue ?

Comment allez-vous vous assurer que la douleur est

bien contrôlée ? Quelle méthode de distraction prévoyez-vous utiliser ? Quelle méthode pharmacologique ?³ Croyez-vous qu'il soit plus facile de faire des sutures à un enfant non coopératif, agité et immobilisé sur une planche, ou à un enfant coopératif, même s'il n'est pas sur une planche ? Dans le scénario d'entrée, nous mentionnions que l'enfant n'est pas coopératif. À l'autre pôle de la relation, il y a le médecin. Et si on soutenait l'idée inconfortable que, peut-être, le médecin a échoué dans sa tentative d'établir la relation avec l'enfant ? L'utilisation de la coercition physique reposait-elle sur ce constat d'échec, ou était-elle le fruit d'un automatisme qui annihile tout espoir d'établir une relation de confiance avec l'enfant par la suite ?

La présence et le rôle du parent

L'exclusion automatique des parents est encore pratiquée couramment dans nos salles d'urgence. Il est difficile de comprendre le but de cette pratique, si ce n'est qu'elle réduit l'anxiété du médecin en augmentant son contrôle sur la situation. Il rationalise souvent ce geste en avançant que les parents ne veulent pas être présents, qu'ils gênent l'intervention ou que l'enfant collaborera mieux en leur absence. Aucune étude n'appuie ces présomptions, bien au contraire⁴⁻⁷. Les études démontrent que la plupart des parents veulent être présents au chevet de leur enfant pour le soutenir psychologiquement et qu'ils n'ont pas d'influence négative pendant l'intervention. De plus, les enfants d'âge scolaire interviewés considèrent la présence parentale comme l'élément de réconfort le plus important pour eux lors d'interventions douloureuses. Sauf exception, on peut se demander comment se justifie l'exclusion des parents. Le médecin se sentirait-il quelque peu gêné d'avoir recours à des méthodes aussi peu sophistiquées que la force physique à l'égard d'un enfant de quatre ans ? Après tout, les parents sont en droit de s'interroger sur cet aspect plutôt primitif de l'exercice de la médecine dite moderne.

Bien des parents ne veulent pas voir l'intervention comme

Rassurer l'enfant pour réduire son anxiété exige d'établir un bon contact et une relation de confiance avec lui. C'est une tâche qui peut être ardue dans un contexte d'urgence, mais pas aussi impossible qu'on pourrait le croire.

Les études démontrent que la plupart des parents veulent être présents au chevet de leur enfant pour le soutenir psychologiquement et qu'ils n'ont pas d'influence négative pendant l'intervention.

telle. Cela ne pose pas de problème dans la majorité des cas. Lors d'une ponction lombaire, par exemple, le parent est à la tête de l'enfant alors que l'intervention se déroule de l'autre côté, loin de son champ de vision. Dans notre scénario du début, le parent peut maintenir le contact verbal sans regarder directement la plaie.

Si les parents sont présents, quel rôle doit-on leur attribuer ? Les techniques de distraction peuvent être appliquées par le médecin, l'infirmière ou le parent. Ce dernier sait souvent ce qui intéresse l'enfant, mais a peur de déranger le médecin. Si vous lui donnez la permission et lui suggérez de réciter un conte ou de chanter une chansonnette, ou si vous incitez l'enfant à raconter sa vie familiale ou scolaire, le parent saisit rapidement son rôle et prend la relève. Assurez-vous que les objets de réconfort de l'enfant, tel l'ourson, sont présents à son chevet. Les « cadeaux » sous forme d'autocollants provoquent une fascination chez l'enfant dont on peut tirer avantage. Le parent est donc beaucoup plus un allié qu'un adversaire.

Les adjuvants pharmacologiques, et pourquoi ça ne marche pas !

Il existe plusieurs adjuvants pharmacologiques pour la réparation de plaies chez l'enfant.

L'adhésif tissulaire est évidemment un premier choix lorsqu'il n'y a pas de tension importante et que l'hémostase est acquise.

Il restera toujours des situations où des points de suture seront requis. Dans ces cas, l'anesthésie locale à la lidocaïne est habituellement utilisée.

On entend encore des médecins prétendre qu'il ne vaut pas la peine de faire une anesthésie locale lorsqu'il n'y a que deux points à effectuer parce que l'anesthésie fait aussi mal et que, de toute façon, l'application des sutures ne dure pas longtemps. Cela apparaît comme une affirmation gratuite et intenable, qui tient plus du désir d'éviter de prendre le temps de faire une infiltration que du souci du bien-être de l'enfant.

Premièrement, le souvenir négatif d'une expérience douloureuse a peu à voir avec la durée réelle d'une intervention, et beaucoup à voir avec la douleur ressentie ainsi que le contexte. Une réparation dentaire prend peu de temps. Il est beaucoup plus long d'attendre que le bloc anesthésique fasse effet avant de réparer. S'il s'agissait de nous, choisirions-nous de nous faire réparer une dent sans anesthésie locale sous prétexte que cela ne durera pas longtemps et que nous oublierons tout ça rapidement ? Parions

que ceux qui auraient le courage de choisir la solution « rapide » qu'ils offrent aux enfants garderaient longtemps le souvenir de leur expérience et seraient peu susceptibles de refaire ce même choix à l'avenir...

Deuxièmement, l'infiltration d'une plaie se fait par voie sous-cutanée en passant à travers les bords⁸ avec une aiguille 27 G et de la lidocaïne tamponnée au bicarbonate (1 pour 10)^{9,10}, alors que les points s'appliquent à travers l'épiderme, qui est beaucoup plus sensible. Les bords de la plaie sont peu sensibles après l'accident, et l'infiltration est peu douloureuse si on la fait lentement avec l'aiguille et l'anesthésique appropriés. Il faut éviter d'utiliser un produit contenant de l'épinéphrine, qui est acide et irritante et augmente la douleur de l'infiltration.

L'efficacité de l'anesthésie locale suppose cependant qu'on attende pour l'obtenir, surtout si on fait une infiltration sous-cutanée (moins douloureuse) plutôt qu'intradermique (un « bouton » d'action rapide, mais douloureux). N'est-ce pas ce que fait le dentiste ? À nouveau, s'il s'agissait de nous, suggérerions-nous au dentiste de procéder immédiatement à la réparation avant d'avoir obtenu l'effet anesthésique pour gagner du temps ? Et pourtant, prenons-nous le temps de vérifier le niveau d'anesthésie obtenu avant de commencer la réparation de la plaie ?

Malgré toutes ces précautions, l'anesthésie locale peut sembler un échec. L'enfant peut ne pas collaborer, non à cause de la douleur, mais parce qu'il est effrayé. Cela explique sans doute le peu de popularité des solutions TAC (tétracaïne, adrénaline, cocaïne) et LET (lidocaïne, épinéphrine, tétracaïne) chez nous. Ces solutions dont on imbibe une gaze et que l'on applique dans la plaie pour l'anesthésier avant la réparation étaient très prisées dans la littérature américaine de ces dernières années^{11,12}. L'une des raisons de cette popularité était la non-disponibilité des adhésifs tissulaires¹³ aux États-Unis, alors qu'ils étaient couramment utilisés chez nous. Outre les effets secondaires possibles de ces solutions (particulièrement la cocaïne) et la nécessité d'avoir parfois à faire quand même une anesthésie locale à l'aiguille pour compléter l'analgésie, le maintien d'une solution irritante dans une plaie pendant plusieurs minutes avant la réparation risque fort d'indisposer l'enfant et de le sensibiliser davantage à la façon d'approcher sa plaie. De plus, le problème principal de la peur de l'aiguille n'est pas abordé ou résolu par l'utilisation de ces solutions topiques.

Pour gérer la douleur efficacement, il faut donc, en plus d'utiliser une technique soignée pour réduire le malaise au

minimum, gérer les peurs de l'enfant. C'est plutôt sur ce plan que les cliniciens échouent le plus souvent. Ce qui nous ramène à nos propos de départ, à savoir comment établir la relation avec l'enfant.

Des moyens pharmacologiques peuvent être utilisés pour réduire l'anxiété de l'enfant. La kétamine produit un effet dissociatif et analgésique qui dispense le clinicien d'avoir à s'efforcer d'établir une relation avec l'enfant et rend ce dernier amnésique des événements entourant la réparation. Celle-ci s'effectue aisément. L'ennui, c'est que son effet utile est court (environ 30 minutes), mais que l'enfant peut dormir deux heures après son administration. On peut donc être obligé de le garder en observation pendant deux heures pour une réparation de 15 minutes. Bref, cette méthode est utile pour les lacérations multiples, mais pas pour les lacérations mineures simples courantes.

Une autre option consiste à utiliser une benzodiazépine comme le midazolam (Versed®) par voie orale pour réduire l'anxiété¹⁴. Deux opinions circulent parmi ceux qui ont utilisé le midazolam : « ça fonctionne » et « ça ne fonctionne pas ».

Outre le faible échantillonnage et la possibilité d'avoir eu à faire face à une réaction paradoxale d'agitation à la première utilisation, qu'est-ce qui explique ces expériences divergentes ?

Une des réponses à cette question peut se trouver dans la définition de ce qui constitue un « échec ». Cette définition repose, en partie, sur les attentes du clinicien par rapport au sédatif. Contrairement à la kétamine, le midazolam n'est ni analgésique, ni dissociatif. C'est un sédatif anxiolytique qui, aux doses administrées pour la sédation légère, ne provoque pas de sommeil profond. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que l'enfant dorme sans se réveiller pendant l'intervention. Cela nécessiterait des doses supérieures qui pourraient provoquer une dépression respiratoire. À quoi bon l'utiliser, direz-vous ? Le but d'un anxiolytique est de réduire l'anxiété excessive chez l'enfant pour permettre d'établir la relation. Son emploi ne dispense donc pas d'une bonne relation patient-médecin. On y revient toujours. L'enfant très anxieux et agité n'arrive pas à fixer son attention. Si, une fois que l'on a capté son attention,

celle-ci se porte sur un plateau exposant des instruments et un médecin à l'attitude froide qui manipule des aiguilles et des seringues avec peu de discrétion alors que maman est à l'extérieur avec son ourson favori, il est peu probable que le midazolam soit efficace. Ce qui nous ramène à l'importance du contexte et de la relation.

LES PRODUITS PHARMACOLOGIQUES sont des adjuvants utiles qui peuvent aider le clinicien, mais ne peuvent remplacer tout le travail relationnel que la prise en charge optimale de ce genre de situation exige.

Dans votre pratique, qui fait ce travail ? ☞

Date de réception : 6 mai 2002.

Date d'acceptation : 18 juin 2002.

Mots clés : plaies, relations médecin-patient, communication médecin-patient, douleur, pédiatrie.

Bibliographie

1. Selbst SM, Clark M. Analgesic use in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990 ; 19 (9) : 1010-3.
2. Selbst SM, Henretig FM. The treatment of pain in the emergency department. *Pediatr Clin North Am* 1989 ; 36 (4) : 965-78.
3. Zeltzer LK, Jay SM, Fisher DM. The management of pain associated with pediatric procedures. *Pediatr Clin North Am* 1989 ; 36 (4) : 941-64.
4. Emergency Nurses Association. *Position Statement: Family presence at the bedside during invasive procedure and resuscitation* (révisé en juillet 2001). Se trouve : URL : <http://www.ena.org/publications/index.htm> [page Web consultée le 2 mai 2002].
5. Sachetti A, Lichenstein R, Carraccio CA, Harris RH. Family member presence during pediatric emergency department procedures. *Pediatr Emerg Care* 1996 ; 12 (4) : 268-71.
6. Wolfram RW, Turner ED, Philput C. Effects of parental presence during young children's venipuncture. *Pediatr Emerg Care* 1997 ; 13 : 325-8.
7. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MG. Parents and procedures: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 1996 ; 98 (5) : 861-7.
8. Bartfield JM, Sokaris SJ, Raccio-Robak N. Local anesthesia for lacérations: Pain of infiltration inside vs outside the wound. *Acad Emerg Med* 1998 ; 5 (2) : 100-4.

Le but d'un anxiolytique est de réduire l'anxiété excessive chez l'enfant pour permettre d'établir la relation. Son emploi ne dispense donc pas d'une bonne relation patient-médecin.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

S U M M A R Y

When the end justifies the means, or mistreating to treat. The common use of physical restraints on children to allow wound closure with sutures is questioned. The automatic use of physical force neglects the possible use by the clinician of his (her) communication skills to achieve the same result. A more sophisticated approach would enlist parents as allies in the use of distraction techniques. The use of oral sedatives such as midazolam to reduce anxiety may contribute to success but does not dispense from establishing a trusting relationship with the child.

Key words: wound, physician-patient relationship, communication, pain, pediatrics.

9. Scarfone RJ, Jasani M, Gracely EJ. Pain of local anesthetics: rate of administration and buffering. *Ann Emerg Med* 1998 ; 31 (1) : 36-40.
10. Bartfield JM, Gennis P, Barbera J, Breuer B, Gallagher EJ. Buffered versus plain lidocaine as a local anesthetic for simple laceration repair. *Ann Emerg Med* 1990 ; 19 (12) : 1387-9.
11. Schilling CG, Bank DE, Borchert BA, Klatzko MD, Uden DL. Tetracaine, epinephrine and cocaine (TAC) versus lidocaine, epinephrine, and tetracaine (LET) for anesthesia of lacerations in children. *Ann Emerg Med* 1995 ; 25 (2) : 203-8.
12. Smith GA, Strausbaugh SD, Harbeck-Weber C, Shields BG, Powers JD, Hackenberg D. Comparison of topical anesthetics without cocaine to tetracaine-cocaine and lidocaine infiltration during repair of lacerations. *Pediatrics* 1996 ; 97 (3) : 301-7.
13. Knapp JF. Updates in wound management for the pediatrician. *Pediatr Clin North Am* 1999 ; 46 (6) : 1201-13.
14. Hennes HM, Wagner V, Bonadio WA, Glaeser PW, Losek JD, Walsh-Kelly CM, et al. The effect of oral midazolam on anxiety of preschool children during laceration repair. *Ann Emerg Med* 1990 ; 19 (9) : 1006-9.

Février 2003

13, 14 **La neurologie**
Centre des congrès, Québec

Mars 2003

13, 14 **La thérapeutique**
Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Avril 2003

4 et 11 **Diabète : suivi clinique et paraclinique**
Québec (4) et Montréal (11)

Mai 2003

7-17 **La FMOQ sous d'autres cieux**
Barcelone, Espagne

Juin 2003

12, 13 **Urologie/Néphrologie/Allergies**
Hôtel Le Montagnais, Saguenay

Septembre 2003

18, 19 **La santé des femmes**
Palais des congrès, Montréal

Octobre 2003

16, 17 **La gastro-entérologie**
Hôtel Radisson Québec