

Sédation et analgésie en structure d'urgence : jusqu'où ne pas aller trop loin ?

Sedation and analgesia in the emergency situation: how far is too far?

B. Vivien · J.-E. de La Coussaye

© SFMU et Springer-Verlag France 2010

C'est en 1999–2000 que la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) publie la première conférence d'experts sur la « Sédation et/ou l'analgésie en situation extrahospitalière » [1]. Celle-ci recommandait notamment l'utilisation de l'induction en séquence rapide pour intuber le patient en service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), que le médecin présent soit anesthésiste-réanimateur ou médecin urgentiste. Alors que bien souvent la connaissance de recommandations officielles par les médecins de la discipline concernée atteint péniblement les 10 %, celle-ci est connue d'environ 70 % des médecins urgentistes [2]. En effet, le choix s'était basé sur le principe médical simple de la meilleure efficacité pour le malade et non pas sur l'autorisation d'utiliser des techniques moins efficaces, mais transférables à une autre discipline. L'appropriation de ces techniques par les médecins urgentistes a été réalisée grâce à l'application des recommandations de la conférence d'experts en se donnant les moyens de formation, notamment par l'intermédiaire des collègues régionaux. Si l'on a souvent considéré qu'il s'agissait d'un transfert de compétences, il convient de rappeler que celui-ci n'existe pas entre médecins : c'est le savoir qui est partagé pour que chacun aboutisse à la connaissance. On peut être reconnaissant à la SFAR d'avoir accepté et accompagné cette conférence d'experts quelque peu polémique à l'époque.

Depuis, les mentalités ont changé, les anciennes sociétés savantes de l'urgence ont fusionné pour créer l'actuelle Société française de médecine d'urgence (SFMU), une

nouvelle discipline, la médecine d'urgence, est née, basée sur l'exercice à la fois pré- et intrahospitalier. La conférence d'experts vieillissait, et surtout elle ne concernait que la partie préhospitalière de la spécialité. Dans ce numéro des *Annales françaises de médecine d'urgence*, Légaut et al. [3] témoignent de cette évolution des pratiques. Ces auteurs rapportent leur expérience d'utilisation du propofol dans le cadre d'une sédation-analgésie pour réalisation d'actes douloureux dans un service d'urgences adultes. En 44 mois, 115 patients ont bénéficié de cette technique qui a permis de réaliser l'acte douloureux indiqué dans 97 % des cas. Avec une dose totale moyenne de propofol de 1,50 mg/kg titrée en intraveineux, aucune complication grave n'a été notée, et les effets secondaires observés chez près de 15 % des patients, essentiellement à type d'hypoventilation et d'hypotension, ont tous été régressifs en quelques minutes.

Il devenait donc indispensable de réactualiser la conférence d'experts de 1999 en appliquant les nouvelles méthodologies lourdes et complexes des référentiels pour concerner la médecine d'urgence dans sa globalité. La SFAR s'est associée à la SFMU pour mener à bien cette réactualisation, sous forme de recommandations formalisées d'experts (RFE), dont le texte court est présenté dans ce numéro des *Annales françaises de médecine d'urgence* [4]. Mais si ces recommandations « s'adaptent » à l'évolution des pratiques, dans le même temps elles posent très clairement les limites que l'on ne doit pas franchir en médecine d'urgence. À ce titre, le travail présenté ici par Légaut et al. [3] représente une illustration de ce risque. En effet, ces auteurs expliquent que dans leur étude, « Un médecin était responsable de l'ensemble de la sédation-analgésie procédurale, un deuxième médecin était requis pour pratiquer le geste douloureux ou aider à sa réalisation » [3]. Pour certains actes douloureux, comme la réduction de luxation de prothèse totale de hanche, probablement réalisée par un orthopédiste, cette pratique se place visiblement à l'encontre de ces recommandations 2010, qui ont clairement établi que « ce qui caractérise l'utilisation de ces techniques d'anesthésie par l'urgentiste est que ce dernier les pratique pour

B. Vivien (✉)

Samu de Paris, département d'anesthésie-réanimation
et université Paris-Descartes-Paris-V,
hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres,
F-75730 Paris cedex 15, France
e-mail : benoit.vivien@nck.aphp.fr

J.-E. de La Coussaye

Division anesthésie réanimation douleur urgence - Samu 30,
groupe hospitalo-universitaire Caremeau,
université Montpellier-I, F-30029 Nîmes, France

des actes indiqués et effectués en urgence par lui-même et non par un autre praticien » [4]. De même, Légaut et al. évoquent dans leur article l'utilisation fréquente du fentanyl pour l'analgésie du patient en ventilation spontanée [3]. Là encore, ces recommandations 2010 se sont clairement prononcées sur cette autre limite à ne pas franchir : « les agonistes comme le fentanyl et le sufentanil ne sont pas recommandés par les experts pour l'analgésie du patient en ventilation spontanée » [4]. La question que doit se poser l'urgentiste est donc en quelque sorte « jusqu'où ne pas aller trop loin ? » Pour mener à bien cette évolution des pratiques, comme l'avait permis en son temps la première conférence d'experts, la formation demeure indispensable : elle devra être organisée, notamment avec l'aide des collègues, la participation de médecins anesthésistes-réanimateurs et l'utilisation de toutes les méthodes modernes d'enseignement. L'accès à la connaissance est un parcours long et difficile, mais ne perdons pas cette opportunité...

Merci à la SFMU de mener scientifiquement notre progression, merci à la SFAR d'avoir montré le chemin à

partir de cette thématique et de ne pas avoir considéré les médecins urgentistes comme les médecins qui font la médecine que d'autres ne veulent pas ou plus faire...

Références

1. Société française d'anesthésie et de réanimation (2000) Conférence d'experts. Modalité de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière. *Ann Fr Anesth Reanim* 19:fi56–fi62
2. Gouin P, Damm C, Villette-Baron K, et al (2008) Impact de la conférence d'experts intitulée « Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière ». *Ann Fr Anesth Reanim* 27:390–6
3. Légaut C, Roche V, Chary I, Andronikof M (2011) Sédation avec le propofol dans un service d'urgences. Étude prospective observationnelle. *Ann Fr Med Urg* 1(in press)
4. Vivien B, Adnet F, Bounes V, et al (2011) 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 Urg* 1(in press)