

# Procédures de prise en charge de la douleur à l'accueil des urgences



Dr Coline MUSCAT, Urgences/SAMU, CHMS

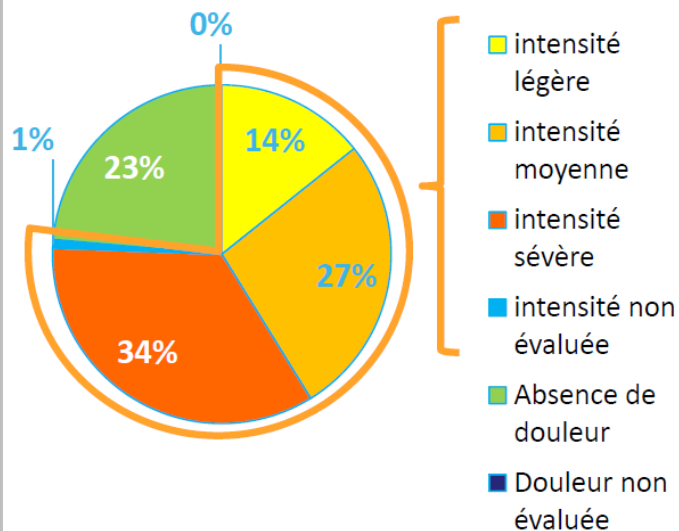
## Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010

Pain management in adult patients in emergency care units in France in 2010

E. Boccard · F. Adnet · P.-Y. Gueugniaud · A. Filipovics · A. Ricard-Hibon

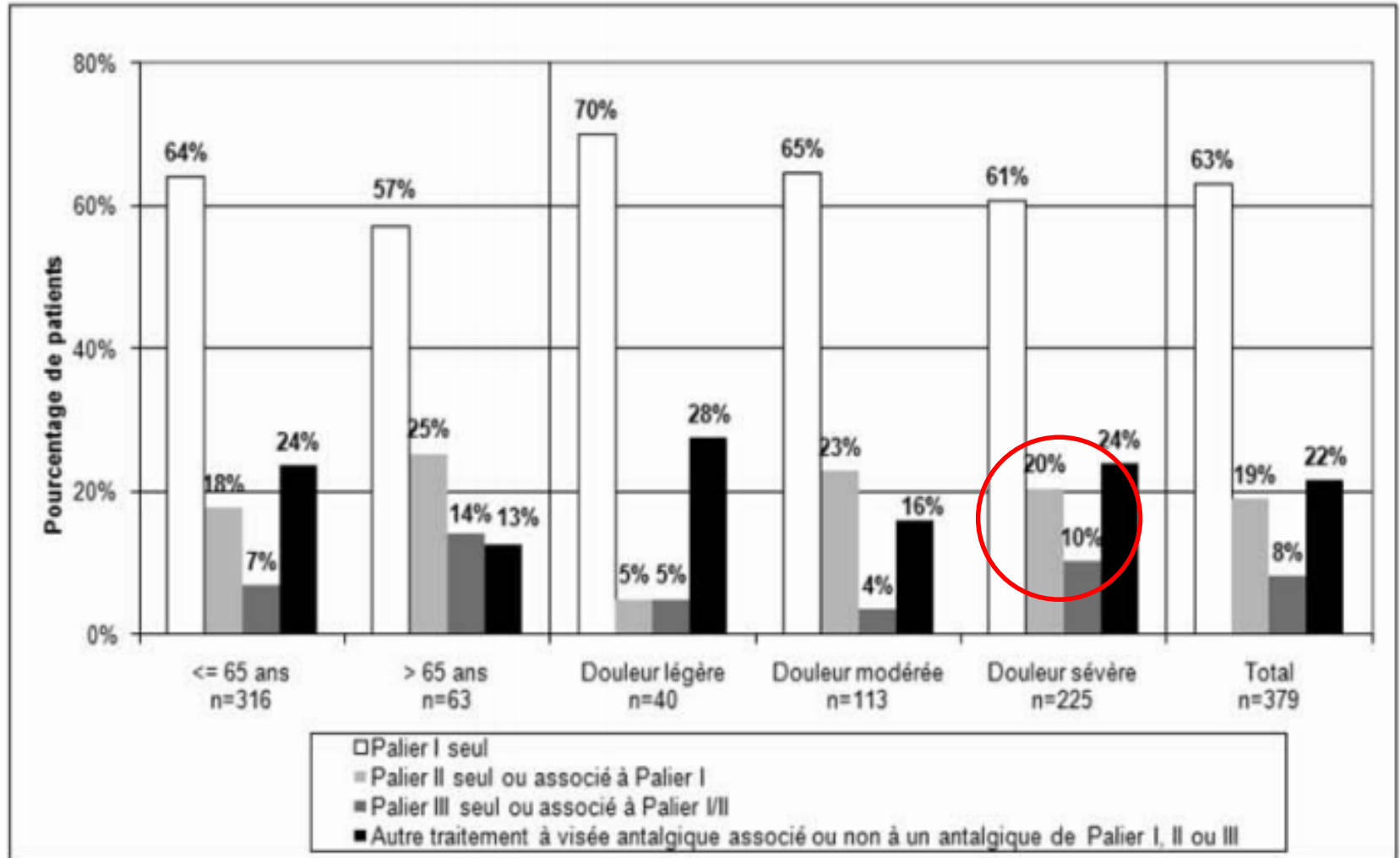
Reçu le 24 février 2011 ; accepté le 12 juillet 2011  
© SFMU et Springer-Verlag France 2011

76 % douleur présente



- La douleur est le motif de consultation pour **64%** des patients douloureux
- délai médian de **60 minutes** pour l'administration d'antalgique
- **38 %** des patients douloureux recevaient un antalgique à l'arrivée

## A : À l'admission aux urgences



# Bénéfices d'une procédure de prise en charge de la douleur par l'IOA ?

- augmentation de l'évaluation initiale de la douleur
- majoration de l'administration d'antalgique
- amélioration du délai de prise en charge antalgique

# L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions

## Emergency nurse at admission in the emergency department

T. Desmettre · A.F. Baron · G. Capellier · K. Tazarourte

Reçu le 24 septembre 2013 ; accepté le 28 septembre 2013

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

ges. L'exercice de cette mission nécessite préalablement une expérience clinique d'une année dans le service. La mise à disposition d'outils uniformisés, la mise en place d'une échelle de tri validée, fiable et reproductible, la mise en place de protocoles formalisés vis-à-vis de la douleur sont des éléments complémentaires au premier rang des compétences de l'IOA. La formation à la gestion de la douleur est d'abord : accueillir, évaluer et traiter la douleur.

d'abord : accueillir, évaluer et traiter la douleur.

Cela comprend un soin relationnel infirmier qui a pour but de faire comprendre et accepter le soin ; dans ce cadre, l'IOA aide le patient dans sa gestion du stress, l'informe, l'écoute, l'installe, veille à son confort et prend en charge la douleur.

L'évaluation du degré d'urgence consiste à effectuer un tri à

La réalisation du triage nécessite des conditions d'accueil et d'examen adaptées, et une excellente collaboration de l'équipe médicale et paramédicale. L'évaluation et l'initiation sur protocole d'une prise en charge de la douleur sont autorisées en France, tout comme la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), d'un examen biologique ou radiologique sur la base d'un protocole de service. Ces pratiques exposent cependant au risque de prescriptions inappropriées [18]. Le temps moyen nécessaire à l'accueil et au tri est de

## LA LEGISLATION

DECRET N° 2004-802 DU 29 juillet 2004 du code de la santé publique :

Art 7 : « L'infirmier 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 »

« Participation de l'IDE à la prévention, l'évaluation, et au soulagement de la douleur, et à la détresse physique et psychologique des personnes particulièrement en fin de vie ... »

### **REFERENTIEL DE COMPETENCE INFIRMIER(E) EN MEDECINE D'URGENCE : SFMU 2008**

« un infirmier en médecine d'urgence maîtrise la mise en œuvre de soins et thérapeutiques sur protocole (ex prise en charge de la douleur ) »

# Place des antalgiques « paliers 2 » ?

- **Variabilité individuelle** influencée par l'activité de l'isoenzyme CYP 2D6 du cytochrome P450  
⇒ **Risque de sous dosage et de surdosage.**
- Exposit au **même risque d'effets indésirables** dose dépendant que la morphine.
- Risque d'**interactions médicamenteuses** (antiépileptiques, amiodarone, antidépresseurs...)
- A efficacité antalgique équivalente, **pas moins de risque de dépendance** et d'addiction que la morphine à doses faibles.
- Le tramadol expose en plus à des syndromes sérotoninergiques, des hypoglycémies, hyponatrémies et convulsions.

Variabilités individuelles:  
le cas de la codéine

CYT P2D6

Métaboliseurs lents: PM

déficience complète

5-10% caucasiens

Métaboliseurs intermédiaires: IM

activité enzymatique réduite

10-15% caucasiens

Bons métaboliseurs: EM

activité enzymatique normale

60-70% caucasiens

Métaboliseurs ultrarapides UM

métabolisme accéléré

1-10% caucasiens

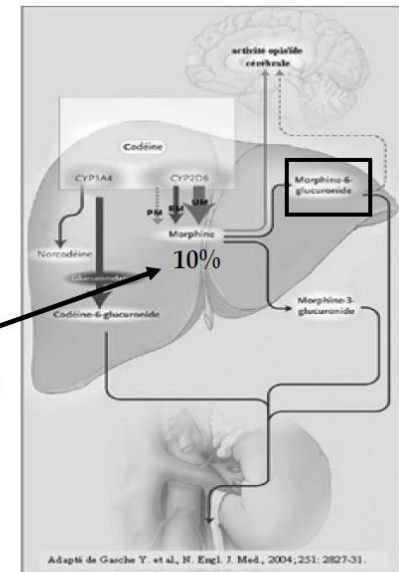


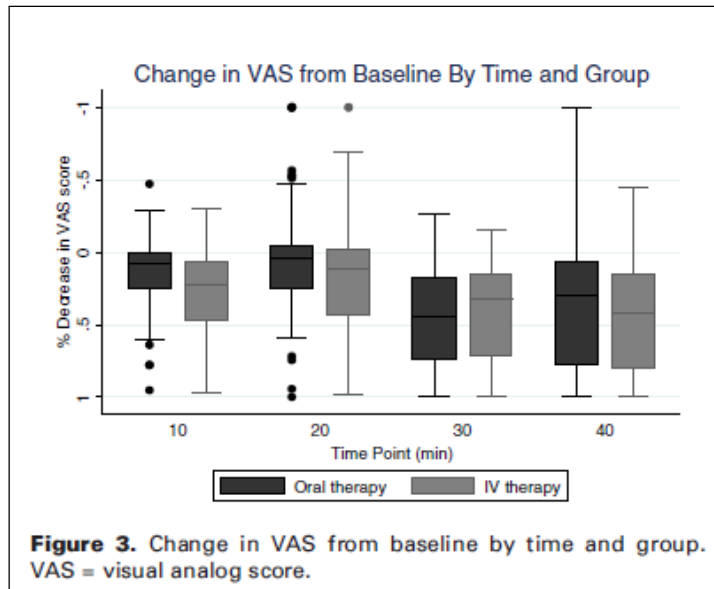
Figure 3.- Métabolisme de la codéine. L'efficacité de la codéine est liée au profil de métaboliseur du patient.

# Et les antalgiques morphiniques ?

Effets peu influencés par l'activité de l'isoenzyme

SECURITE = Antidote NARCAN

Per os versus IV ?



## CLINICAL INVESTIGATION

Oral versus Intravenous Opioid Dosing for the Initial Treatment of Acute Musculoskeletal Pain in the Emergency Department

James R. Miner, MD, Johanna Moore, MD, Richard O. Gray, MD, Lisa Skinner, MD, Michelle H. Biros, MS, MD

Comparaison d'une dose de morphine IV 0.1 mg/kg contre oxycodone 0.125 mg/kg per os  
Même résultats à 30 minutes sans effets secondaires  
Effet plus rapide en IV mais compensé par la rapidité de l'instauration du traitement per os

Facilité d'utilisation : médicament de l'accueil

Pic à une heure (oxycodone à libération immédiate 30 min) ; durée d'action de 4 à 6h

Voie IV ; installation en salle de soins, préparation du matériel, pose de VVP , temps infirmier 15 à 20 minutes



# Choix de l'oxycodone

Pas de 1<sup>er</sup> passage hépatique d'où ½ dose.

Forme orodispersible = rapidité d'action de 15 à 30 min et facilité d'administration

Même effets secondaires que la morphine

Faciliter l'accès aux paliers 3 tout en respectant le cadre législatif

Arrêté du 12 mars  
2013  
réglementation des  
stupéfiants

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R.5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur



**Coordination médicale:**  
**Dr Loïc BELLE - Dr François-Xavier AGERON - Dr Cécile VALLOT**

**Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)**  
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tessy - BP 90074  
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40  
Mail : [renau.secr@ch-annecygenevois.fr](mailto:renau.secr@ch-annecygenevois.fr)

<http://www.renau.org>

## COMMISSION PARAMEDICALE



### **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 18 ANS PAR L'IOA**

REDACTION : Commission paramédicale du RENA  
VALIDATION : Commission scientifique du RENA

MAJ du 01/01/2018

#### **1. Objet :**

Décrire la prise en charge de la douleur d'un adulte de plus de 18 ans, dès son arrivée dans une structure d'urgence, par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). Cette procédure propose une base de prise en charge antalgique ponctuelle à l'accueil des urgences, en attente d'une prescription médicale personnalisée.

La traçabilité de cette prise en charge est une priorité, garante de la continuité des soins.

# Accueil du patient

- **Ecouter , rassurer , expliquer les soins à venir**
- **Installation confortable** : immobilité, attitude antalgique, élévation, application de froid, refroidissement, couverture, lavage des plaies

## **DOULEUR THORACIQUE**

= **ECG** dans les 10 minutes à montrer au médecin

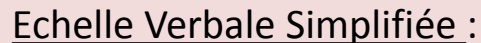
### Indication de MEOPA ?

Patient hyperalgique avec **membre**, nécessitant une analgésie lors de l'installation

**ATTENTION** : beaucoup de contre-indications donc en cas de doute => avis médical

**Arthrose isolée de**

- Terrain (= potentielle CI pour la procédure) / Motif d'admission / Fonctions vitales / Prise d'antalgique récente ?
- Douleur : **EVA, EN** ou **EVS** et **Algoplus** si hétéroévaluation
- Recherche de contre- indications à la procédure



### Echelle Verbale Simple :

Echelle  
**ALGOPLUS**

### Identification du patient

[illegible]

# Traitement

**DOULEUR FAIBLE :  $EN < 4$  ou  $EVA < 40$  ou  $EVS = 1$  ou  $ALGO+ \leq 2$  : PARACETAMOL**

PARACETAMOL : 1 g (poids > 50 kg) ou 500 mg (poids < 50 kg).

Préférer les formes orodispersibles. Sinon forme comprimé avec un fond d'eau.

En l'absence de contre-indication : allergie au paracétamol, insuffisance hépatique, cirrhose.

Respecter un délai de 4h entre 2 prises.

**DOULEUR MODEREE :  $4 \leq EN < 6$  ou  $40 \leq EVA < 60$  ou  $EVS = 2$  ou  $2 < ALGO+ \leq 4$   
PARACETAMOL + OXYCODONE**

PARACETAMOL : 1 g (poids > 50 kg) ou 500 mg (poids < 50 kg).

Préférer les formes orodispersibles. Sinon forme comprimé avec un fond d'eau.

En l'absence de contre-indication : allergie au paracétamol, insuffisance hépatique, cirrhose.

Respecter un délai de 4h entre 2 prises.

ASSOCIE A UNE DOSE D'OXYCODONE : OXYNORMORO® 5 mg.

En absence de contre-indication : insuffisance respiratoire décompensée, insuffisance hépatique sévère, HTIC, épilepsie non contrôlée, grossesse, allaitement, intoxication, alcoolisation.

Morphinique stocké à l'accueil selon les recommandations de l'arrêté du 12 mars 2013.

# Traitement

**DOULEUR SEVERE: EN  $\geq 6$  ou EVA  $\geq 60$  ou EVS = 3-4 ou ALGO+  $> 4$   
PARACETAMOL + OXYCODONE A DOUBLE DOSE**

PARACETAMOL : 1 g (poids  $> 50$  kg) ou 500 mg (poids  $< 50$  kg).

Préférer les formes orodispersibles. Sinon forme comprimé avec un fond d'eau.

En l'absence de contre-indication : allergie au paracétamol, insuffisance hépatique, cirrhose.

Respecter un délai de 4h entre 2 prises.

ASSOCIE A UNE DOUBLE DOSE D'OXYCODONE OXYNORMORO® 10 mg

SAUF CHEZ LE PATIENT  $> 75$  ans et /ou poids  $< 50$  kg : OXYNORMORO® 5 mg

En l'absence de contre-indication : insuffisance respiratoire décompensée, insuffisance hépatique sévère, HTIC, épilepsie non contrôlée, grossesse allaitement, intoxication, alcoolisation.

TOUT PATIENT PRESENTANT UNE EVA  $> 6$  DOIT ETRE SIGNALE A UN MEDECIN : installation en salle de soins rapides pour pose de VVP si besoin. La prise de morphine per os ne contre indique pas la morphine IV par la suite

# Réévaluation à 60 minutes

- Douleur
- Etat clinique
- Score de sédation
- Fréquence respiratoire :  
seuil d'alerte < 12 L/min
- SpO2 : si > 90% => O2 aux  
lunettes
- TA

```
graph LR; A[Score de sédation] --> B[0 = bien éveillé<br/>1 = patient somnolent éveillable<br/>par stimulation verbale<br/>2 = patient somnolent éveillable<br/>par stimulation physique<br/>3 = patient difficilement ou non<br/>réveillable]; B --> C[Sédation à 2 => installation en salle de soin, prévenir le médecin<br/>Sédation à 3 ou FR < 10 /min => SAUV, scope, oxygénothérapie, prévenir le médecin,<br/>pose VVP, préparer Naloxone 0,4 mg IVD];
```

0 = bien éveillé  
1 = patient somnolent éveillable  
par stimulation verbale  
2 = patient somnolent éveillable  
par stimulation physique  
3 = patient difficilement ou non  
réveillable

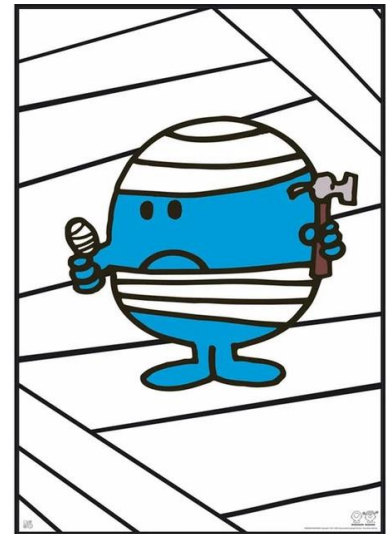
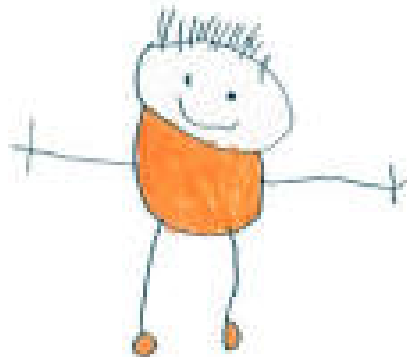
**Sédation à 2** => installation en salle de soin, prévenir le médecin

**Sédation à 3 ou FR < 10 /min** => SAUV, scope, oxygénothérapie, prévenir le médecin,  
pose VVP, préparer Naloxone 0,4 mg IVD





**Prise en charge de la  
douleur de l'enfant à  
l'accueil des urgences**





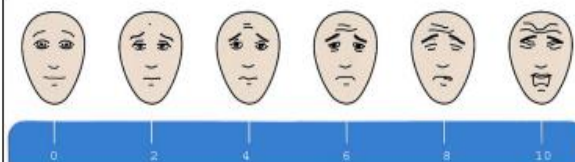
# Evaluation

Évaluation de la douleur chez TOUS les enfants se présentant à l'accueil à l'aide d'une échelle adaptée

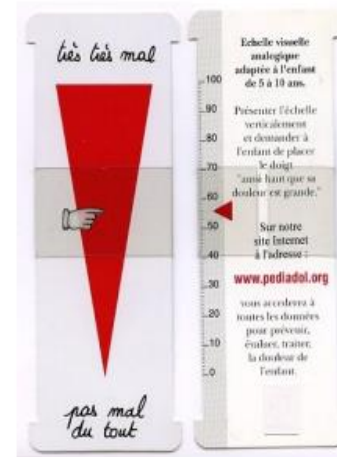
0-3 ans : hétéro-évaluation par Evendol

Evendol		Échelle visuelle de la douleur à l'usage de 0 à 15 ans			
Signe observé	Signe faible ou passager	Signe moyen ou constant la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Évaluation à l'arrivée	
Expérience visuelle ou verbale					
pleurs et/ou cri et/ou gémissement et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3	
Intensité					
si le front plisse et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3	
Mouvements					
si rigide et/ou se raidit et/ou se crispé	0	1	2	3	
Position					
si une attitude inhabituelle et/ou atypique et/ou se protège et/ou refuse l'examen	0	1	2	3	
Relation avec l'environnement					
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3	
Remarques	Score total /15				
	Date et heure				
	Initiales évaluateur				

4-6 ans : hétéro-évaluation par Evendol et/ou auto-évaluation Échelle des visages.



A partir de 6 ans : auto-évaluation Échelle des visages, EVA ou EN.



IMPORTANCE de bien recueillir le POIDS de l'enfant

# Traitement

Quand donner?	Douleur faible EVA<4 ou EVENDOL <6/15	4<EVA<6 ou 6/15<EVENDOL<8/15	EVA>6 ou EVENDOL>8/15
Après évaluation par l'IOA.	<b>PARACETAMOL</b> 15 mg/kg/prise per os	<b>PARACETAMOL</b> 15 mg/kg/prise per os + IBUPROFENE per os adapté à l'âge	<b>PARACETAMOL</b> 15 mg/kg/prise per os + IBUPROFENE per os adapté à l'âge + ORAMORPH® 0.5 mg/kg
Adaptation selon Antalgie pré-hospitalière déjà délivrée	<u>Si Paracétamol déjà délivré:</u> compléter avec IBUPROFENE adapté à l'âge.	<u>Si un des deux antalgiques a déjà été délivré :</u> compléter avec l'antalgique manquant. <u>Si les deux antalgiques ont déjà été donné:</u> compléter avec ORAMORPH® 0.2 mg/kg	<u>Si un ou plusieurs des antalgiques a(ont)été délivré:</u> compléter avec le ou les antalgiques manquants
Réévaluation toutes les 30 à 60mn après toute prise d'antalgique	ORAMORPH® 0.2mg/kg		ORAMORPH® 0.2mg/kg EMLA et avis médical.

## PARACETAMOL

Poids (kg)	3-6	7-9	10-14	15-19	20-22	23-24	25-32	33-39	40-49	>50
Doliprane sirop	Suppositoire	Dose "poids" avec pipette "Doliprane" graduée en kg								
Doliprane sachet		150mg	200mg	300mg	400mg	450mg	500mg	650mg	800mg	1000mg
Paracétamol IV (Bilan biologique ou chirurgie prévisible)	50mg	100mg	200mg	300mg	400mg	450mg	500mg	650mg	800mg	1000mg

## IBUPROFENE 30mg/kg/jour

**1. CONTRE INDICATION:** Age < 3 mois/ Allergie / varicelle/ Traumatisme crânien

**2. Avis médical si:** infection pulmonaire, ORL, cutanée ou tissus mous / troubles de la coagulation / risque de déshydratation

	Age > 3 mois et poids 7 à 30 kg	Poids 20 à 30 kg	Poids >30 kg
ADVIL (Per os)	dose " poids" avec pipette "Advil" graduée en kg	ADVIL 200mg	ADVIL 400 mg: 1 comprimé Per Os
NUROFEN ( Per os)	dose " poids" avec pipette "Nurofen" graduée en kg		
IV PROFENID ( Kétoprofène)	<u>AVIS MEDICAL</u> : A partir de 1 an ( Hors AMM) : 1 mg/kg/8h IV lent 20 minutes		AMM à partir de 15 ans

Poids	ORAMORPH 10mg/5mL (dose de charge initiale)		ORAMORPH 10mg/5mL ( dose de titration)	
	Dose en mg	Dose en mL	Dose en mg	Dose en mL
5	<b>1ère administration</b>	<b>0,08 mg/kg</b>	<b>Administrations suivantes</b>	<b>0,08 mg/kg</b>
	0.5	0.25	0.5	0.25
8	<b>1ère administration</b>	<b>0,1 mg/kg</b>	<b>Administrations suivantes</b>	<b>0,1 mg/kg</b>
	1	0.5	1	0.5
	<b>1ère administration</b>	<b>0,5 mg/kg</b>	<b>Administrations suivantes</b>	<b>0,2 mg/kg</b>
10	5	2.5	2.5	1.25
15	7.5	3.5	2.5	1.25

# Réévaluation

## SURVEILLANCE

### Seuil d'Alerte Fréquence respiratoire

Age	FR
<1an	<20/min
1-5 ans	< 15/min
>5 ans	< 10/min

### Score de sédation ( EDS)

0 = bien éveillé  
 1 = patient somnolent éveillable par stimulation verbale  
 2 = patient somnolent éveillable par stimulation physique  
 3 = patient difficilement ou non réveillable

score 2: STOP Morphine  
 score 3: STOP Morphine, Naloxone selon FR, Avis Médical

### Antidote: NARCAN ( Naloxone)

1 ampoule de 400µg + 9mL de NaCL 0.09% (40 µg/mL)  
 Titration 0.1mL/kg jusqu'à FR suffisante

Entretien PSE: 0.25-0.5g/kg/h

#### 4. Feuille de surveillance :

Patient		Date :
Nom :		IDE :
Prénom :		
Age :		
Poids :		

#### Traitement entrepris en ambulatoire :

- ☐ Paracétamol dose poids.
- ☐ AINS dose poids.
- ☐ Autre :

#### Antalgie aux urgences :

	Heure	Traitement donné	Dose ORAMORPH® donné	EVA/ Evendol	FR	EDS
T0						
T1						
T2						
T3						
T4						
T5						

# Etude U-DOLIOA



Evaluation de la procédure de prise en charge de la douleur par l'IOA aux urgences du Centre Hospitalier de Chambéry, mise en place en octobre 2016.



# OBJECTIFS

- Principal : mettre en évidence une **différence du taux d'administration d'antalgique** par l'IOA depuis la mise en place de la procédure, dans les douleurs modérées à sévères.
- Secondaires :
  - Mettre en évidence une diminution du **délai** d'administration d'antalgique à l'accueil des urgences
  - Evaluer la traçabilité de la **réévaluation** après administration d'antalgique
  - Evaluer la **conformité** de l'administration d'antalgique au protocole
  - Mettre en évidence une **différence de prescription d'antalgique** par le médecin dans les secteurs des urgences
  - Mettre en évidence une absence de différence en termes de survenue **d'effets indésirables graves**

# METHODE

Etude rétrospective, mono-centrique, observationnelle.

Patients de 16 ans et plus, présentant une douleur modérée à sévère lors de l'évaluation initiale par l'IOA et consultant aux urgences adultes du CHMS dans les périodes suivantes :

AVANT	APRES
<ul style="list-style-type: none"><li>- du lundi 04 au dimanche 10 janvier 2016 inclus</li><li>- du lundi 16 au dimanche 22 mai 2016 inclus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- du lundi 02 au dimanche 08 janvier 2017 inclus</li><li>- du lundi 15 au dimanche 21 mai 2017 inclus</li></ul>

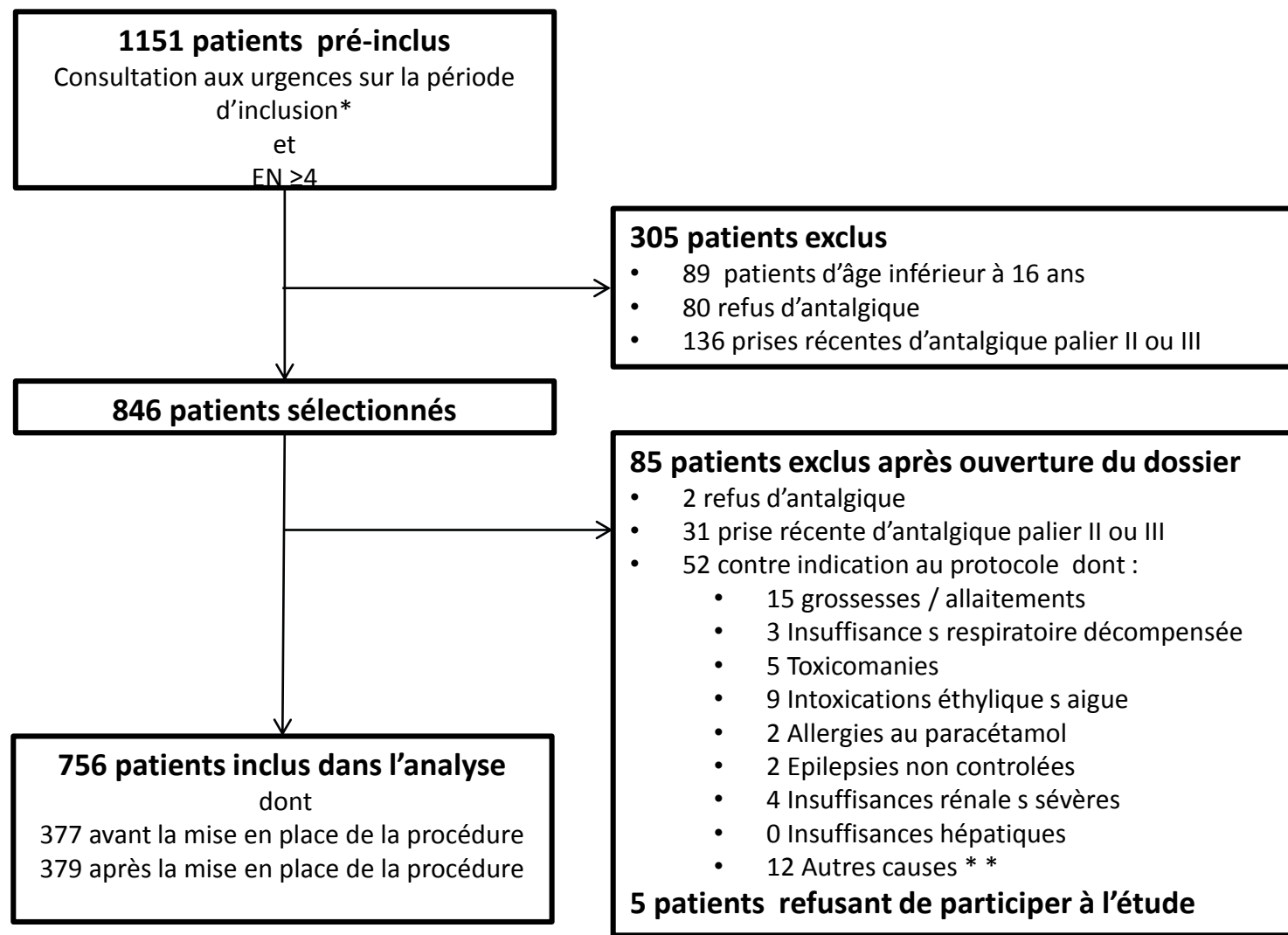
Douleur modérée => EN à 4 ou à 5.

Douleur sévère => EN supérieure ou égale à 6.

- **patients exclus du protocole :**
  - âge inférieur à 16 ans
  - refus d'antalgique
  - grossesse ou allaitement,
  - contre-indication aux thérapeutiques : Insuffisance respiratoire décompensée, insuffisance hépatique sévère, cirrhose, insuffisance rénale sévère, HTIC, épilepsie non contrôlée, intoxication, éthylisme aigu, toxicomanie, troubles de la déglutition
  - prise récente d'antalgiques dans les 6 heures d'antalgique palier 2 ou 3
- **patients non vus par l'IOA** (arrivés par le SMUR, urgence vitale directement installée en salle d'accueil des urgences vitales)
- **patients partis avant une prise en charge médicale**



# RESULTATS

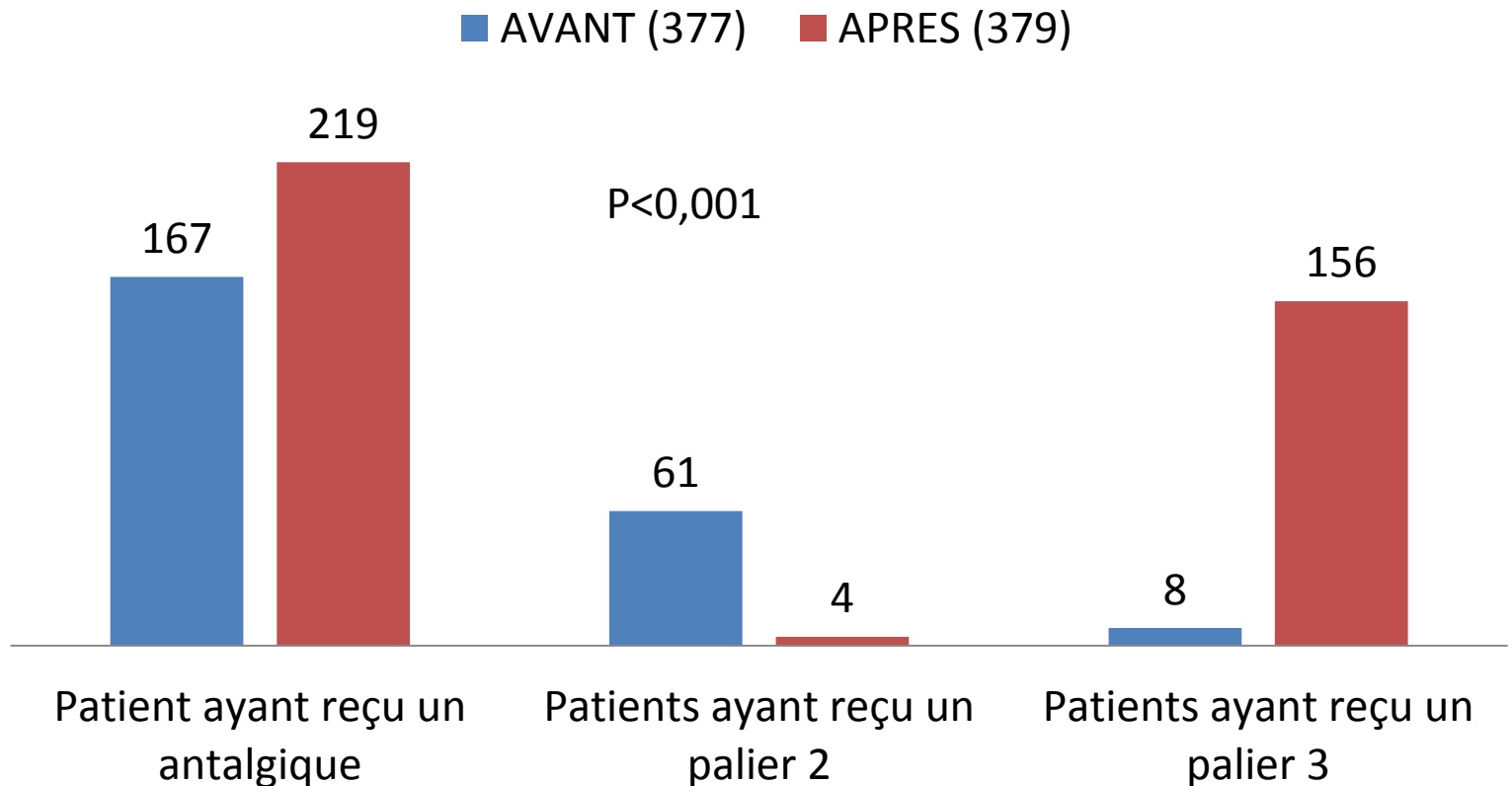


\*: du 04 au 10 /01/2016 inclus, du 16 au 22/05/2016 inclus, du 02 au 08/01/2017 inclus, du 15 au 21/05/2017 inclus

\*\* : défaut de compréhension du patient, problème informatique, dossier non retrouvé, patient parti sans être vu.

# Critère de jugement principal

## Comparaison de l'administration d'antalgique par l'IOA



# Critères de jugement secondaires

		AVANT (n=377)	APRES (n=379)	p
Patients ayant reçu un antalgique à l'accueil	Douleur modérée (EN à 4 et 5)	49 (34,5%)	55 (33,5%)	> 0,999
	Douleur sévère (EN > 5)	118 (50,2%)	164 (76,5%)	< 0,001
Patients ayant reçu un antalgique de palier III à l'accueil	Douleur modérée (EN à 4 et 5)	2 (1,4%)	22 (13,3%)	< 0,001
	Douleur sévère (EN > 5)	6 (2,6%)	134 (62,6%)	< 0,001

- **Diminution du délai médian** entre arrivée du patient et administration d'antalgique : 18 minutes avant [11-28] vs 16 minutes après [9-28] ( $p < 0,01$ )
- **Pas de différence en terme de réévaluation** de la douleur qui reste faible : 1,3 % dans l'heure suivant l'administration
- **Diminution** significative de l'**administration complémentaire d'antalgique par le médecin** en secteur de soin 28,6% avant vs 21,3% après ( $p = 0,028$ ) avec posologie moyenne de morphine administrée passant de 10 à 3 mg.

- **Absence d'effets indésirables graves** constatés après la mise en place de la procédure (administration O2 ou naloxone)
- **Conformité** au protocole dans 138 cas (36,4%)
- Causes de non-conformité :

	<b>241</b>
Aucun antalgique administré	157 (41,4)
Paracétamol mais pas d'oxycodone	61 (16,1)
Oxycodone sous dosé (5mg au lieu de 10 mg)	15 (4,0)
Oxycodone surdosé (10 mg au lieu de 5 mg)	0 (0,0)
Oxycodone donné sans paracétamol	8 (2,1)

# CONCLUSION

- Amélioration globale de la prise en charge de la douleur modérée et sévère dès l'accueil du patient par l'IOA depuis la mise en place de la nouvelle procédure
- Importance de la formation continue à l'évaluation initiale et à la réévaluation de la douleur.

# PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...  
J'AI MAL  
PARTOUT !



PHILIPPE TASTET

*Merci pour votre attention*