



## 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 15/09/2020

#### 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.

#### 2. Domaine d'application :

Structures d'urgence du RENA.

#### 3. Abréviations :

- IOA : infirmier(e) organisatrice de l'accueil.
- EVA : échelle visuelle analogique.
- EN : échelle numérique.
- VVP : voie veineuse périphérique.
- SpO<sub>2</sub> : saturation partielle en oxygène.
- PSE : pousse seringue électrique.
- FC : fréquence cardiaque.
- TA : tension artérielle.
- FR : fréquence respiratoire.
- HTIC : hypertension intracrânienne.
- CI : contre-indication.
- SP : sapeur-pompier.

#### 4. Cadre légal :

- **Selon le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique** :

"l'IDE est habilitée 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."

- Selon le référentiel de compétences de l'infirmier en médecine d'urgence. SFMU. Juin 2008 : "Un infirmier en médecine d'urgence maîtrise la mise en œuvre des soins et thérapeutiques en protocole (ex: prise en charge de la douleur)."

- **Article L. 1110-5 du code de la santé publique** :

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.

- **Journal officiel - Arrêté du 12 mars 2013** relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants : l'administration de tout médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants fait l'objet d'un enregistrement sur un état récapitulatif d'administration des stupéfiants mentionnant les données suivantes : nom de l'établissement, désignation du service, date et heure de l'administration, nom et prénom du malade, dénomination du médicament et sa forme pharmaceutique, dose administrée, identification du prescripteur, identification de la personne ayant procédé à l'administration et sa signature.

Les substances préparations et médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangements fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, réservés au stockage des médicaments.

## I. ACCUEIL DU PATIENT

### 1. Accueil :

L'IOA réalise un entretien d'accueil ciblé et pertinent du patient en moins de 5 minutes afin de déterminer le degré de gravité. Elle/Il évalue le patient et attribue un niveau de priorité de sa prise en charge.

### 2. Ecouter, rassurer, expliquer les soins à venir :

Une attitude professionnelle empathique et explicative des actes et examens prescrits facilite l'adhésion du patient à sa prise en charge et mobilise l'effet placebo. Ainsi, l'efficacité des analgésiques donnés dès l'accueil peut être augmentée de 30 à 40 % et modifier l'EVA.

### 3. Installation :

- Installation confortable du patient algique sur brancard ou fauteuil.
- En cas de traumatisme : immobilisation du membre traumatisé : garder le plus possible l'attèle mis en place par les pompiers. Sinon poser une attèle, un collier cervical, une écharpe...  
Surélever le membre traumatisé. Respecter la position antalgique.  
Enlever bijoux, bagues, bracelet.
- Appliquer du froid (vessie de glace) sur le membre traumatisé le plus tôt possible.
- En cas de brûlure : si pas de refroidissement réalisé par les SP et brûlure datant de moins de une heure : refroidissement par une eau à 15°C pendant les 15 premières minutes de la brûlure. Il doit être stoppé si analgésie totale obtenue ou si sensation de froid. Ce refroidissement ne sera pas réalisé chez un patient hypotherme, chez les petits enfants, la personne âgée et brûlures > 30 % de la surface cutanée.
- Laver à l'eau contrôlée ou au sérum physiologique les plaies. Couvrir avec un pansement humide. L'utilisation de topiques cutanés anesthésiants est possible dès l'accueil.
- En cas de douleur thoracique : réaliser un ECG dans les 10 minutes. Avis médical.
- En cas de douleur d'origine médicale : installation du patient en position antalgique et confortable.

### ➤ **EN CAS DE DOULEUR A L'INSTALLATION D'UN PATIENT AVEC TRAUMATISME ISOLE DE MEMBRE => PROTOCOLE MEOPA :**

(Mélange équimolaire de 50 % de protoxyde d'azote et 50 % d'oxygène).

C'est un gaz inodore qui permet d'obtenir une analgésie de surface pour les gestes douloureux de courte durée. Il a un effet anxiolytique et amnésiant.

**Indication** : patient hyperalgique dès l'arrivée aux urgences présentant un traumatisme isolé de membre, nécessitant une analgésie pour un geste court notamment lors de l'installation (installation sur brancard, déshabillage fastidieux, chaussures de ski difficiles à enlever, pose de VVP etc...)

**Recherche des contre-indications** :

Troubles de la conscience, traumatisme crânien, pneumothorax, bulles d'emphysème, embolie gazeuse, accident de plongée, distension gazeuse abdominale, traumatisme facial, déficit en vitamine B12 non substitué, patient ayant reçu un gaz ophtalmique utilisé dans la chirurgie oculaire.

Ces contre-indications sont difficiles à rechercher pour l'IOA, c'est pourquoi l'utilisation du MEOPA par l'IOA est limitée aux traumatismes isolés de membre.

En cas de doute => avis médical.

**Administration** :

Il s'agit d'une sédation consciente avec conservation des réflexes laryngés, ne nécessitant ni jeûne préalable, ni monitoring, ni salle de surveillance particulière.

- Adapter un masque à la morphologie du patient.
- Commencer l'administration du mélange à un débit de 6 L/min puis adapter le débit initial en fonction de la consommation du patient : système de réserve jamais vide. Vérifier que le ballon ne soit jamais collabé, ni distendu. Son oscillation est le reflet de la ventilation. L'efficacité du Meopa n'est pas lié au débit : le débit doit être adapté à la respiration pour que le ballon reste en permanence bien gonflé. Il n'y a pas de débit maximum
- Masque appliqué sans fuite et maintenu pendant 3 minutes. Une inhalation de 3 minutes minimum est nécessaire avant de débiter l'acte douloureux.
- Le soignant garde le contact verbal avec le patient.
- L'auto administration doit être privilégiée, mais le maintien du masque par un agent reste possible.
- L'administration doit être interrompue en cas de perte du contact verbal.
- Surveillance de la SpO<sub>2</sub> inutile.
- Arrêt de l'administration juste après la fin du soin ou de l'installation.
- Durée maximum d'administration = 60 minutes par soins.
- Noter dans le dossier du patient, la durée d'administration.
- Pas de surveillance nécessaire par la suite.

**Précautions** :

- . Garder la bouteille debout.
- . Conservation température > 0°C.
- . Pièce ventilée.
- . Chariot d'urgence et source d'O<sub>2</sub> à proximité.

**Effets secondaires** :

- . Nausées, vomissements, impression de malaise.
- . Céphalées.
- . Euphorie, excitation, modification des perceptions sensorielles.
- . Sédation importante avec perte du contact verbal.

Ces effets cédant rapidement à l'arrêt de l'administration.

### Le terrain :

- . Age
- . Antécédents
- . Allergie
- . Poids
- . Grossesse, allaitement
- . Toxicomanie

### Le motif d'admission

**Les fonctions vitales :** conscience, FC, FR, TA, SpO<sub>2</sub>.

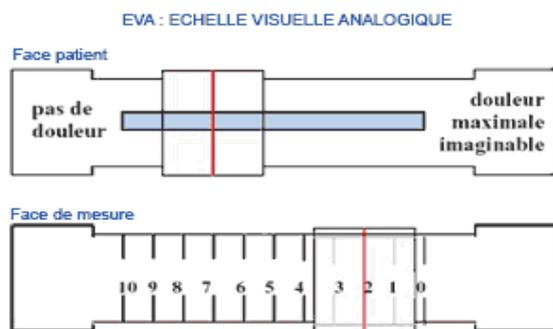
**La prise d'antalgique récente :** type de molécule, horaire.

### La douleur :

La recherche de la douleur doit se faire avec une écoute attentive. Le soignant doit croire la plainte nociceptive du patient. L'évaluation doit être systématique et doit concerner tous les patients admis aux urgences. Elle permet de repérer les patients douloureux qui n'auraient pas exprimé leur douleur.

La douleur est un phénomène subjectif complexe, polymorphe, multifactoriel, qu'aucune mesure objective ne peut intrinsèquement quantifier. Intégrer la pratique évaluative dans la démarche de soins invite le malade à communiquer sur sa douleur, à participer au processus thérapeutique et permet à l'infirmier d'éviter de projeter ses propres ressentis, sa manière à lui de ressentir ce qui se passe. L'utilisation d'échelle validée permet d'identifier les patients douloureux, d'avoir une traçabilité et un suivi de l'évolution de la douleur et permet d'adapter les thérapeutiques.

EVA : échelle visuelle analogique



Le patient positionne un curseur entre l'extrémité gauche qui indique l'absence de douleur et droite qui indique une douleur d'intensité maximale imaginable. Une graduation au verso de l'échelle permet au soignant de quantifier l'intensité entre 0 et 100mm.

EN échelle numérique : échelle quantitative de 0 à 10 : "Donnez une note à votre douleur de 0 à 10"

Note de 0 = je n'ai pas de douleur ; note de 10 = j'ai la pire douleur imaginable.

Il existe une bonne corrélation entre EVA et EN.

L'EN et l'EVA sont les échelles validées en médecine d'urgence, sensibles et reproductibles.

EVS : échelle verbale simplifiée. Chaque descripteur est associé à une valeur numérique. Echelle validée lorsque le patient ne peut utiliser l'EVA ou l'EN.

- 0 = pas de douleur
- 1 = douleur faible
- 2 = douleur modérée
- 3 = douleur intense
- 4 = douleur atroce

**Echelle d'hétéroévaluation ALGOPLUS** : permet une évaluation de la douleur aiguë des sujets âgés et des personnes non communicantes dans les cas où une auto évaluation n'est pas praticable. Elle permet sur la base d'une simple observation du patient, une évaluation rapide de la douleur. Elle s'attache à rechercher des éléments douloureux sur l'observation du visage, du regard, du corps, du comportement ainsi que l'écoute des cris du patient.



### Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

### Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....						
Heure	.....h .....											
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

### Classification de la douleur

Douleur faible : EN < 4 ou EVA < 40 ou EVS = 1 ou ALGO + ≤ 2

Douleur modérée : 4 ≤ EN < 6 ou 40 ≤ EVA < 60 ou EVS = 2 ou 2 < ALGO+ ≤ 4

Douleur sévère : EN ≥ 6 ou EVA ≥ 60 ou EVS = 3-4 ou ALGO+ > 4

On insistera sur la détection des douleurs sévères qui sont encore sous évalués et sous traités.

### CRITERES D'EXCLUSION AU PROTOCOLE :

- REFUS du patient : le patient doit être prévenu de la procédure mise en place. Si le patient refuse un traitement antalgique, le préciser dans le dossier médical et lui proposer une solution alternative (froid, immobilisation.). Avis médical si besoin.
- Grossesse et allaitement => Avis médical.
- CI aux thérapeutiques : insuffisance respiratoire décompensée, insuffisance hépatique sévère, cirrhose, insuffisance rénale sévère, HTIC, épilepsie non contrôlée, intoxication, alcoolisation, toxicomanie.

### III. TRAITEMENT

La voie per os est privilégiée pour sa rapidité de mise en place. Si impossible => pose de VVP.

#### **TOUJOURS : DE LA DOULEUR FAIBLE à SEVERE : PARACETAMOL**

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

Préférer les formes orodispersibles. Sinon forme comprimée 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.

#### **EN CAS DE DOULEUR D'ORIGINE TRAUMATIQUE :**

**ASSOCIER EN PLUS ET DES LA DOULEUR FAIBLE : IBUPROFENE 400 mg en absence de CI**

##### **IBUPROFENE : 400 mg**

Avec un fond d'eau

(Possibilité d'utiliser un autre AINS : le choix de l'ibuprofène repose sur l'harmonisation avec la version pédiatrique de la procédure et la mise à disposition à l'accueil d'un seul AINS pour la pédiatrie et les adultes.)

En absence de contre-indication :

Allergie aux AINS et aspirine,

ATCD d'ulcère gastrique sur prise d'AINS,

Hémorragie digestive en cours

Age > 75 ans

Grossesse

Insuffisance hépatique, rénale et cardiaque grave

#### **Si DOULEUR SEVERE : EN $\geq 6$ ou EVA $\geq 60$ ou EVS = 3-4 ou ALGO+ > 4**

**ASSOCIER EN PLUS OXYCODONE**

- **POIDS < 50 kg :** OXYNORMORO® 5 mg
- **POIDS > 50kg :** si Age < 75 ans : OXYNORM® 10mg  
si Age > 75 ans : OXYNORM® 5 mg

En l'absence de contre-indication :

Insuffisance respiratoire décompensée

Insuffisance hépatique sévère,

HTIC, épilepsie non contrôlée,

Grossesse, allaitement,

Patient suivi pour des douleurs chroniques, neuropathiques, lombalgies chroniques

Intoxication, alcoolisation, toxicomanie

**EN CAS DE DOUTE sur le terrain et la recherche des contre-indications => l'IOA prend un AVIS MEDICAL**

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

TOUT PATIENT PRESENTANT UNE EVA > 6 DOIT ETRE SIGNALÉ A UN MEDECIN ; installation en salle de soins rapide pour pose de VVP si besoin. La prise de morphine per os ne contre indique pas la morphine IV par la suite (l'analgésie multimodale est recommandée ; association AINS, ACUPAN etc.... sur décision médicale). Sinon installation confortable sur fauteuil sous surveillance de l'IOA.

##### ▪ **TRACABILITE des stupéfiants :**

L'IDE réalise la traçabilité des stupéfiants

Sur le relevé nominatif d'administration : nom et prénom du patient, molécule et dose ; la signature médicale pourra se faire a posteriori. Possibilité de noter "protocole IOA" (modalités à préciser avec la pharmacie de chaque centre).  
Dans le dossier médical du patient: horaire de prise, molécule, dose.

▪ **REEVALUATION à 60 minutes de la douleur, de l'état clinique, de la sédation du patient :**

⇒ **Score de sédation**

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

⇒ **Dépression respiratoire**

Le seuil d'alerte de la fréquence respiratoire (FR) chez l'adulte est de : < 12 cycles par minutes.

⇒ **La SpO<sub>2</sub>**

Si SpO<sub>2</sub> < 90 % débuter l'oxygénothérapie en lunettes 3 l/min.

⇒ **La TA**

Mesure de la TA avant le début du traitement et à chaque EN pour les patients de plus de 80 ans.

▪ **SI EFFETS INDESIRABLES**

- Si sédation = 2 ou ronflements => installation en salle de soins, surveillance scope, prévenir le médecin.
- Si sédation = 3 et/ou FR < 10 ou respiration irrégulière ou pause : installation en SAUV, scope, oxygénothérapie, prévenir le médecin, pose VVP et PREPARER NALOXONE (NARCAN®) 0,4mg IVD.

▪ **SITUATIONS PARTICULIERES**

⇒ **DOULEUR OCULAIRE**

- Indication : coup d'arc, corps étrangers.
- Instillation de deux gouttes d'oxybuprocaine dans l'œil douloureux et application d'une compresse occlusive.
- CI plaie pénétrante, corps étranger pénétrants.

⇒ **PLAIE**

- Laver à l'eau contrôlée ou au sérum physiologique les plaies. Couvrir avec un pansement humide. L'utilisation de topiques cutanés anesthésiants est possible dès l'accueil.
- Immobilisation si plaie importante.

⇒ **DOULEUR THORACIQUE :**

Faire l'ECG dans les 10 minutes.  
Appliquer le protocole et avis médical pour pose de VVP.

▪ **SORTIE DES URGENCES**

L'aptitude à la rue après prise de morphinique per os sera décidée par le médecin.

## 5. Références bibliographiques :

- *Recommandations formalisées d'experts : sédation et analgésie en structure d'urgence : réactualisation 2010 de la conférence d'experts de la SFAR de 1999.*
- *Recommandations formalisées d'experts 2008 : prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant.*
- *Les antalgiques opioïdes faibles : La revue prescrire. 2015; 35 : 831-838.*
- *E. Boccard, F. Adnet, P.Y Gueugniaud. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans un service d'urgence en France en 2010. Ann Fr. Med Urgences.*
- *(4) M. Galinski, F. Adnet : Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. Réanimation (2007) 16,652-659.*
- *HAS. Commission de transparence. Avis du 19 septembre 2012. Oxycontin- oxynorm-oxynormoro.*
- *(5) Kong J, Gollub RL, Rosman IS. Brain activity associated with expectancy-enhanced placebo analgesia as measured by functional magnetic resonance imaging. J neurosci 2006; 26: 381-8.*
- *(6) De pascalis V, Chiardia C, Carotenuto E. The contribution of suggestibility and expectation to placebo analgesia phenomenon in an experimental setting. PAIN 2002; 96 : 393-402.*
- *PROTAU Programme de traitement antalgique de l'urgence : MEOPA. Institut UPSA de la douleur. Axel Ellrodt, B Garrigue, PY Gueugniaud, F Lapostolle, A. Ricard Hibon.*
- *Camilla Staahl, Lona Loring Christrup. A comparative study of oxycodone and morphine in a multi-nodal, tissue-differentiated experimental pain model. PAIN 123 (2006) 28-36.*
- *James R. Miner, MD, Johanna Moore, MD, Richard O. Gray. Oral versus intravenous opioid during for the initial treatment of acute musculo skeletal pain in the emergency department. ACAD EMERG MED. 2008. Vol 15. N12.*

*Procédures locales du CHU de Grenoble Alpes, CH Chambéry, CH Saint Julien, CH Sallanches, CH Saint-Jean de Maurienne.*