

Gestion et traçabilité de la douleur chez le patient en urgence

M. MALEVILLE, M. VERGNE, P. GRÉVA,
R. LAMBERT, O. DUBOIS, J.-J. ARZALIER,

Points essentiels

- La loi du 4 mars 2002 affirme que soulager la douleur est un droit pour toute personne.
- La prise en charge de la douleur (évaluation et traitement) est une priorité pour les acteurs de soins.
- Le but est de supprimer la douleur ou de l'amener à un niveau tolérable.
- Dans les structures d'urgences, la douleur reste encore insuffisamment évaluée et traitée.
- La méthode d'évaluation de la douleur doit être identique et les critères communs à toutes les équipes médico-infirmières, afin de faciliter l'homogénéité des prises en charge et le suivi de l'efficacité de la stratégie thérapeutique.
- Les échelles d'autoévaluation (EN ou EVA) doivent être utilisées en première intention, car l'hétéroévaluation entraîne une constante sous-estimation de la douleur.
- Le traitement doit respecter les grandes fonctions : hémodynamiques, ventilatoires et neurologiques.
- Il existe une « mémoire de la douleur », d'où l'importance de la traiter de façon précoce et « agressive ».
- L'association des moyens médicamenteux et non médicamenteux doit s'intégrer dans le cadre d'une stratégie thérapeutique individualisée.
- L'IDE est un acteur essentiel dans la détection et l'évaluation de la douleur, en effet outre son rôle prescrit, il a un rôle propre dans la gestion de celle-ci.

Correspondance : Magali Maleville, avenue Olbius-Riquier, 83400 Hyères. Tél. : 06 60 12 90 38 10.
E-mail : malevillemagali@yahoo.fr
SAMU 83 – CHITS, 1208, avenue du Colonel-Picot, BP 1412, 83056 Toulon cedex.

1. Introduction

Pourquoi prendre en charge la douleur en urgence ? Quels traitements administrer ? Quelle est l'importance de l'évaluation de la douleur ? Comment la tracer pour optimiser la prise en charge des patients ? Qui doit effectuer la traçabilité... ? Nous nous efforcerons dans cet exposé d'apporter des éléments de réponse à toutes ces questions

2. Historique de la prise en charge de la douleur à l'hôpital

La lutte contre la douleur est depuis de nombreuses années en France un enjeu de santé publique, elle répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme (8). Diverses recommandations nationales et autres lois ont été mises en place au fil des années, témoignant ainsi de la volonté des pouvoirs publics, des établissements et des divers professionnels d'améliorer la prise en charge de la douleur (4). Parmi les actions et recommandations principales on retrouve :

- Conférence de Consensus en médecine d'urgence relative au traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un Service d'Accueil et d'Urgence. Avril 1993 (2).
- Circulaire DGS/DH/DAS n° 99.84 du 11/02/1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé.

De plus, le référentiel de 2004, publié par la société française de médecine d'urgence, a défini des compétences demandées aux médecins urgentistes parmi lesquelles (11) :

- objectif 2.01.2001, un médecin d'urgence « connaît au moins une méthode recommandée d'évaluation de la douleur » ;
- objectif 2.02.2010, un médecin d'urgence « est capable de mettre en œuvre les différentes stratégies recommandées de prise en charge de la douleur ».

Plan d'amélioration de la douleur 2006/2010. Ministère de la santé et de la solidarité (4).

Actualisation 2007 de la 3^e conférence de consensus en médecine d'urgence (avril 1993) relative au traitement médicamenteux de l'adulte dans le cadre de l'urgence (2).

Concernant les infirmiers, l'évaluation et le traitement de la douleur sont des actes prévus par le cadre réglementaire de leur décret de compétences (7).

Malgré cela, l'on constate suite à des enquêtes de pratique que la prise en charge et la traçabilité de la douleur ne sont pas des automatismes et seulement moins à la moitié des patients algiques sont traités.

3. La douleur

3.1. Définition

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP) a donné une définition de la douleur : « *C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en ces termes* ». La douleur aiguë est très fréquente en urgence, entre 50 % et 80 % aux urgences et 42 % en préhospitalier. La douleur peut rapidement être délétère pour l'organisme (agitation, augmentation de la consommation en oxygène, syndrome inflammatoire réactionnel...), de plus elle peut devenir une douleur chronique ; sa prise en charge doit donc être précoce et adaptée (5). Les objectifs de prise en charge pour les équipes soignantes sont donc une évaluation globale, quantitative et qualitative faite par le malade (auto-évaluation) ou par l'observateur (hétéro-évaluation), la mise en place d'un traitement efficace et adapté ainsi qu'une réévaluation régulière. Cela permettant une amélioration de la qualité des soins.

3.2. Méthodes d'évaluation en urgence

L'évaluation systématique de la douleur doit être un objectif prioritaire dans la prise en charge globale du patient. Les échelles d'autoévaluation, échelle numérique (EN) et échelle visuelle analogique (EVA) doivent être réalisées en première intention car des études ont montré que l'hétéroévaluation entraîne une sous-estimation constante de l'intensité douloureuse. Elles sont réalisables dans plus de 80 % des cas en situation d'urgence. La fiabilité respective de l'EVA et de l'EN est comparable. Elles ont l'avantage d'être simples à remplir, reproductibles permettant d'avoir un suivi de cette prise en charge (3). L'évaluation de la douleur doit être notée sur le dossier de soins et transmise au service receveur.

3.3. Les traitements en urgence

Pour soulager la douleur, plusieurs moyens, médicamenteux ou non, sont à disposition des professionnels.

3.3.1. Traitements non médicamenteux

Le froid : par son action anti-inflammatoire, il diminue l'œdème local et la douleur. Pour être efficace, il doit être prolongé et ne pas brûler la peau, on l'utilisera dans les douleurs traumatiques, viscérales ou les brûlures (5).

Le chaud : antalgique efficace lors de contractures posttraumatiques ou réflexes (lombalgies, cervicalgies...). À 50 °C, il détruit le venin thermolabile de certains poissons, calmant ainsi la douleur (5).

L'immobilisation : elle est la première mesure antalgique des fractures et traumatismes, divers moyens sont à disposition, matelas à dépression, colliers cervicaux, attelles de membres, attelles de Donway, ceinture pelvienne...

Le lavage des plaies : avant les sutures, il diminue la douleur par réduction du processus inflammatoire, favorise la cicatrisation et réduit les infections (5).

La réassurance et l'information : une attitude empathique, l'explication des soins et de la prise en charge diminuent l'angoisse du patient facilitant, ainsi son adhésion à la prise en charge qui lui est proposée.

3.3.2. Traitements médicamenteux

3.3.2.1. Les médicaments non morphiniques

- Le paracétamol (Doliprane[®], Perfalgan[®]) : s'utilise par voie *per os* ou parentérale, à visée analgésique et anti-pyrétique, à la dose de 1 g toutes les 6 heures, s'associe à d'autres antalgiques de niveau supérieur et/ou à des anti-inflammatoires.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS (Profenid[®]) : s'utilisent par voie *per os* ou parentérale, pour leurs actions anti-inflammatoire, antalgique et anti-pyrétique centrale, à la dose de 100 mg toutes les 8 heures ou 50 mg toutes les 6 heures.
- Le MEOPA (mélange gazeux d'oxygène et de protoxyde d'azote 50/50) : gaz analgésique et anti-hyperalgésique, efficace en 3 minutes, il s'élimine en quelques minutes. Il est très utilisé en attente d'une analgésie parentérale plus puissante ou comme coanalgésie pour des gestes douloureux (6).
- Antalgiques de niveau 2 : s'utilisent pour des douleurs cotées sur l'EVA entre 3 et 6, plus puissants que le paracétamol ; par voie orale (codéine, tramadol), leur prise facile permet de calmer la douleur rapidement, dès le contact avec l'IOA. Par voie parentérale, on peut utiliser le Tramadol, Topalgic[®] (à dose maximum de 100 mg en 30 minutes toutes les 6 heures), la Nalbuphine, Nubain[®] (0,3 à 0,5 mg/kg toutes les 4 heures), le Néfopam, Acupan[®] (action analgésique centrale, anti-hyperalgésique, 20 mg en 20 à 30 mn toutes les 4 heures) (6).

3.3.2.2. Les morphiniques

Ils s'utilisent pour des douleurs cotées sur l'EVA à plus de 6, leur utilisation est soumise à l'élaboration de protocoles de soins comprenant les modalités d'administration et de surveillance. Ils sont indispensables en médecine d'urgence mais nécessitent une bonne maîtrise afin d'éviter les complications (dépression respiratoire). Il en existe plusieurs et leur choix se fera en fonction de la pathologie rencontrée, du terrain du patient et du contexte (5).

- La morphine (Morphine[®]) est le médicament de référence en urgence par son puissant effet analgésique. Elle s'utilise par la méthode de titration : un bolus initial de 0,05 mg/kg suivi de boli de 2 à 4 mg toutes les 5 minutes jusqu'à l'obtention d'une EVA inférieure ou égale à 3/10. Il n'y a pas de posologie maximale tant que les effets indésirables sont contrôlés (1) (2).
- Le fentanyl (Fentanyl[®]) : s'utilise pour des douleurs aiguës sévères posttraumatiques et en urgence pour des douleurs aiguës sévères, on l'utilise à la dose de

1 µg/kg, son délai d'action est de 2 à 3 min et sa durée d'action de 20 à 30 min. Son utilisation en urgence se fera de façon ponctuelle afin d'éviter la survenue d'effets indésirables en cas d'accumulation (risque de rigidité thoracique) (1), (2).

3.3.2.3. Les adjuvants co-analgésiques

- La kétamine (Ketalar®) : s'utilise pour des douleurs aiguës sévères posttraumatiques. Administrée à faible dose (0,15 à 0,30 mg/kg), on l'associe à de la morphine titrée (0,1 mg/kg puis 3 mg toutes les 5 mn), elle a un effet anti-hyperalgésique et permet la diminution de consommation des morphiniques. Il faut maîtriser les modalités d'administration et connaître les antécédents du patient car elle provoque des effets secondaires de type hallucinations, diplopie, vertiges, dysphorie (1), (2).
- Les sédatifs anxiolytiques : ils n'ont pas d'effets antalgiques mais calment l'angoisse liée au contexte et à la douleur et potentialisent la sédation des opioïdes. On utilise le midazolam (Hypnovel®) par titration de 1 mg (5).

La prise en charge de la douleur en urgence doit donc être précoce (mémoire de la douleur) (dès la phase préhospitalière), rapide, multimodale (association de plusieurs médicaments), efficace (évaluation répétée), régulière et adaptée à la pathologie et au terrain (5).

Surveillance des traitements : L'administration de ces médicaments nécessite une surveillance associée, au vu des effets indésirables possibles. On surveillera d'une part les paramètres vitaux : pouls, pression sanguine artérielle, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, le niveau de sédation (Ramsay), d'autre part l'apparition d'effets secondaires tels que nausées, vomissements, prurit et enfin on surveillera l'efficacité des antalgiques administrés avec l'EVA.

4. Enquête de pratique dans la structure d'urgence toulonnaise

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le groupe de travail du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La-Seyne-sur-Mer (CHITS) a réalisé une enquête de pratique concernant la « prise en charge de la douleur au CHITS en médecine d'urgence » en 2007/2008 (10). Cette enquête s'inscrit dans le processus de la démarche qualité et dans le cadre de la mutualisation du service des urgences et du SMUR. Les objectifs sont :

- « améliorer la prise en charge de la douleur au SAU du CHITS et au cours des interventions SMUR », « Installer une démarche pérenne (ressources humaines et organisation du suivi) » ;
- « organiser des actions transversales », « Certification du CHITS en mars 2009 » (10).

4.1. Méthodologie

Une étude rétrospective a été réalisée : 100 dossiers du SAU et 100 fiches de liaison du SMUR ont été tirés au sort parmi les 1 000 derniers dossiers précédant chaque évaluation. Les indicateurs d'évaluation ont été : « Existence d'une procédure d'évaluation de l'intensité douloureuse et de prise en charge thérapeutique de la douleur, conforme aux référentiels », « Nombre de patients qui ont une évaluation initiale systématique de l'intensité de la douleur », « Nombre de patients algiques qui ont reçu un traitement antalgique », « nombre de patients pour lequel le traitement était adapté à l'intensité de leur douleur », « nombre de patients ayant une réévaluation systématique de leur douleur au cours de leur prise en charge et à quelle fréquence » (10). Des mesures correctrices ont été mises en place à l'issue des évaluations.

4.2. Résultats de l'enquête initiale

Les résultats montrent que la douleur est sous, voire non évaluée et insuffisamment calmée (seulement moins de la moitié des patients algiques sont traités...) tant en SMUR qu'au SAU.

Indicateurs	SAU	SMUR
Évaluation initiale de la douleur	12 %	11 %
Administration d'antalgiques	25 %	16 %
Adéquation de l'antalgie à l'évaluation initiale de la douleur	10 %	29 %
Réévaluation de la douleur	50 %	14 %

4.3. Mesures correctrices mises en place

Des mesures correctrices ont été mises en place pour pallier à ce défaut de prise en charge :

Élaboration de « protocoles d'analgésie en médecine d'urgence », communs aux 2 services, conformes aux recommandations, diffusés au cours de formation avec support informatique et papier dans les 2 services (9).

Création d'un réseau de référents douleur médecins et IDE (4 par service).

Aménagement d'un poste d'IOA au SAU (évaluation systématique, consignation et antalgie niveau 1 et 2 *per os*).

Élaboration de « la douloureuse », fiche de traçabilité préimprimée, dédiée à la traçabilité et à la continuité de l'antalgie au sein et entre les deux services (validée par la Direction des Soins du CHITS et le CLUD, en mars 2009, duplicata carboné mis en place juillet 2009).

4.4. Résultats postmesures correctrices

Indicateurs	Objectifs	SAU	SMUR
Évaluation initiale de la douleur	80 %	83 %	27 %
Administration d'antalgiques	80 %	59 %	45 %
Adéquation de l'antalgie à l'évaluation initiale de la douleur	80 %	84 %	38 %
Réévaluation de la douleur	80 %	96 %	38 %

On constate une amélioration de la prise en charge du patient algique, une progression de l'intérêt pour la douleur, une amélioration de l'adéquation de l'antalgie à l'évaluation de la douleur initiale. La réévaluation de la douleur en cours d'antalgie est davantage réalisée en SMUR mais abandonnée au SAU (9).

Mais seulement la moitié des patients algiques sont traités...

De façon générale, au SAU, il faut traiter davantage la douleur et réévaluer la qualité de l'antalgie mise en place, au SMUR, il faut faire un effort global quant à l'évaluation de la douleur, sa prise en charge, sa réévaluation... (9)

Nous nous intéresserons ici à « *la douloureuse* », son utilisation et son efficacité quant à la traçabilité et la prise en charge de la douleur.

4.5. « La douloureuse »

Fiche de traçabilité de la douleur et des traitements antalgiques administrés au patient, elle comporte l'identité du patient, les paramètres hémodynamiques (FR, SPO₂, pouls, TA), l'évaluation de la douleur (EVN, EVA), les traitements antalgiques administrés et les effets indésirables. La fiche se présente sous forme de duplicata carboné, une partie est remise au service receveur, et l'autre jointe au dossier SMUR (au SAU, elle est intégrée au dossier patient et remplie par l'IOA en première intention puis par l'équipe qui s'occupe du patient). Au SMUR, « la douloureuse » est présente dans les sacs d'intervention (accès facile) au même titre que les fiches SMUR, elle peut être remplie par le médecin ou l'IDE et transmise au service receveur. Au recto de cette fiche on trouve différents scores d'évaluation (Ramsay, Evendol) avec les protocoles d'antalgie correspondants.

La « douloureuse » est donc un outil de traçabilité simple, accessible et complet.

NB : Au SAU, l'IOA utilise une fiche de tri où l'EVA doit être notée, au SMUR les fiches d'intervention comportent une case EVA et une case traitement.

5. Qu'en est-il de la douloureuse au SMUR Toulon ?

Une étude a été réalisée suite à la mise en place de la « douloureuse » (juillet 2009). 50 dossiers SMUR ont été tirés au sort pour la période du 01/07/2009 au 01/11/2009. Les indicateurs choisis pour l'évaluation de la traçabilité de la douleur sont : « nombre de douloureuses remplies », « nombre de dossiers où l'EVA initiale est tracée », « nombre de dossiers où l'EVA est supérieure à 3 (critère d'antalgie) », « nombre de dossiers où un traitement antalgique est mis en place », « nombre de dossiers où l'EVA est réévaluée régulièrement », pas de doublons fiches SMUR/douloureuses.

5.1. Résultats préliminaires

11 « douloureuses » remplies (chutes, accident de la voie publique, fractures) :

EVA initiale tracée : 11 (100 %). EVA > 3 : 10 (91 %). Traitements antalgiques mis en place (si EVA > à 3) : 10 (100 %) (Perfalgan[®], Morphine[®], Ketamine[®]). EVA réévaluée post antalgie jusqu'à l'arrivée au service receveur : 10 (100 %). On constate que les « douloureuses » sont remplies par les IDE SMUR présentes sur l'intervention.

50 fiches SMUR tirées au hasard, interventions primaires.

44 dossiers ayant un motif d'intervention pouvant engendrer une douleur (AVP, douleur thoracique, précordialgies, chute, fracture, lombalgies, menace d'accouchement prématuré...).

Dossiers où EVA initiale est tracée : 20 (50 %). Dossiers dont EVA > 3 (critère d'antalgie) : 11 (55 %). Traitements antalgiques administrés (dossiers où EVA est tracée et > 3) : 7 (64 %). Réévaluation EVA post antalgiques : 4 (57 %). Antalgiques administrés sans traçabilité EVA : 2.

Analyse de dossiers SMUR

	Fiches SMUR (dossiers douloureux)	« Douloureuses »
Nombre total de dossiers	44	11
EVA initiale tracée	20	11
EVA > 3	11	10
Traitement antalgique instauré (EVA > 3)	7	10
EVA tracée postantalgie	4	10

5.2. Discussion

Il y a en moyenne 345 sorties primaires SMUR par mois.

« La douloureuse » :

Cet outil spécifique permet une prise en charge optimale de la douleur, en effet, elle rappelle les principes de prise en charge de la douleur et encourage à la prescription d'antalgiques, cf. tableau précédent : quand elle est utilisée, 100 % des douleurs sont correctement traitées et réévaluées...

Mais seulement 11 « douloureuses » ont été remplies en 4 mois alors que sur 50 interventions SMUR (tirées au sort), 44 sont susceptibles d'engendrer une douleur, la fiche spécifique de traçabilité de la douleur est donc peu utilisée. Elle est essentiellement remplie par l'IDE (plus de temps, plus de sensibilisation ??). Serait-ce un papier supplémentaire à remplir dans des situations où une certaine rapidité de prise en charge est nécessaire ??

De façon plus générale, nous avons vu dans le tableau précédent après l'étude des dossiers SMUR que 50 % des douleurs sont tracées, 64 % de celles-ci sont traitées, et 57 % réévaluées. Ces résultats, certes préliminaires et sur un faible collectif, montrent que la traçabilité et la prise en charge de la douleur ne sont pas encore des automatismes. De plus, on s'aperçoit que la douleur est parfois traitée sans être tracée malgré la mise en place d'outils spécifiques et de formations institutionnelles or, « tout ce qui n'est pas écrit n'est pas fait ».

Les attitudes face à la douleur sont donc très hétérogènes, malgré une sensibilisation individuelle et institutionnelle (lors des « staffs » médecins, infirmiers ou encore des formations continues).

6. Rôle de l'infirmier dans la traçabilité et la prise en charge de la douleur

L'IDE a une place à part entière dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur, en effet, outre son rôle prescrit, il a un rôle propre dans le traitement de la douleur.

Le décret de compétences du 29 Juillet 2004 définit le cadre réglementaire (7) :

Art. R 4311-1 précise que l'infirmier « contribue au recueil de données cliniques ».

Art. R 4311-2 prévoit l'infirmier pour :

- paragraphe 2, le « recueil des informations utiles aux autres professionnels et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions » ;
- paragraphe 4, « contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application de prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ».

Art. R 4311-5 énumère les actes relatifs au rôle propre de l'infirmier, notamment « le recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne », l'appréciation des « principaux paramètres servant à sa surveillance », « l'évaluation de la douleur ».

Art. R 4311-8 met l'accent sur les antalgiques et sur la possibilité pour l'infirmier « d'entreprendre et d'adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin ».

Au SMUR, les « douloureuses » sont remplies par les infirmiers et la décision d'administrer des antalgiques incombe au médecin, l'infirmier doit donc avoir un rôle suggestif auprès du médecin.

L'IDE joue un rôle essentiel dans la détection et l'évaluation de la douleur, il est le premier acteur auprès du patient dans l'organisation du travail quant à la surveillance de la douleur, l'efficacité des traitements et la réévaluation régulière de leur efficacité (2).

7. Conclusion

La prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique et une préoccupation nationale, malgré des volontés personnelles et institutionnelles, on remarque que moins de la moitié des patients algiques sont correctement pris en charge.

La prise en charge de la douleur en urgence ne peut être efficace et optimale que si on la reconnaît, l'évalue correctement et la traite selon des protocoles préétablis. Cela appelle une sensibilisation, une bonne formation des personnels et une collaboration médecin-infirmier pour apporter au patient les meilleurs soins et s'inscrire dans une démarche qualité.

On note donc une réelle place pour l'infirmier quant à l'évaluation de la douleur, sa transmission et son traitement. Des formations et une bonne maîtrise des thérapeutiques sont nécessaires pour optimiser la prise en charge du patient.

La douleur ne doit plus être ni rester une fatalité.

Références

1. SFAR. Quelles sont les modalités de réalisation d'une sédation et/ou d'une analgésie du malade en ventilation spontanée ? In : SFAR éd Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière. Conférence d'experts. Paris : Elsevier, 2000 :37-51.
2. SFUM. Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence. III Conférence de consensus en médecine d'urgence, 24 avril 1993. réanim Urg 1993 ;2 (3bis) :321-7.
3. Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M, Leberre A, Chollet C, Marty J. Évaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière. Ann Fr Anesth Reanim 1997 ;16 :945-9.

4. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006. 2010. Ministère de la Santé et des Solidarités. Mars 2006.
5. Olivier M, Lecoules N, Quintard M. Prise en charge thérapeutique d'une douleur aiguë en médecine d'urgence chez l'adulte et le grand enfant. La revue des SAMU. Février 2007.
6. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence : Thérapeutique. Réanimation, volume 16, issues 7-8, nov.-déc. 2007, p. 652-659.
7. Décret de compétence de la profession d'infirmière n° 2004-802 du 29 Juillet 2004.
8. Circulaire du 2 Mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte des personnes hospitalisées.
9. SAU de Toulon et SAMU 83 : Protocoles d'analgésie en médecine d'urgence. 1^{er} juin 2008.
10. EPP « Prise en charge de la douleur en médecine d'urgence ». Évolution des pratiques au CHITS 2007.2008. Groupe de travail douleur. D' Istria J. Mars 2009.
11. SFUM. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. Juin 2004. 106 p.

