

**PROTAU**

PROGRAMME DE TRAITEMENTS  
ANTALGIQUES EN URGENCE

# *PROTAU*

Un outil adapté à la médecine d'urgence

# **PROTAU : PRO**gramme de **T**raitement **A**ntalgique en **U**rgence

## **Comité Scientifique**

- Docteur Axel Ellrodt, Hôpital Américain – Neuilly
- Bruno Garrigue, cadre IADE SAMU 93 –Bobigny
- Professeur Pierre-Yves Gueugniaud – CHU Lyon
- Docteur Frédéric Lapostolle, SAMU 93 – Bobigny

Sous la présidence du

Docteur Agnès Ricard-Hibon, SMUR – SAU- Beaujon - Clichy

# Pourquoi un programme Protau ?

- Un besoin => Oligo-analgésie en Médecine d'Urgence
- Une demande
- Un concept adapté au terrain et aux pathologies
  - fiches pratiques vs recommandations générales
- Un succès +++ de la première version

# Un besoin

## Etude PALIERS

### Prise en charge de la douleur dans les services d'urgences en France : l'étude observationnelle, transversale, multicentrique PALIERS

**Eric BOCCARD<sup>a</sup>, Frédéric ADNET<sup>b</sup>, Pierre-Yves GUEUGNIAUD<sup>c</sup>,  
Laurence SAYA<sup>d</sup>, Marie-Agnès GEOFFROY<sup>e</sup>, Agnès RICARD-HIBON<sup>f</sup>**

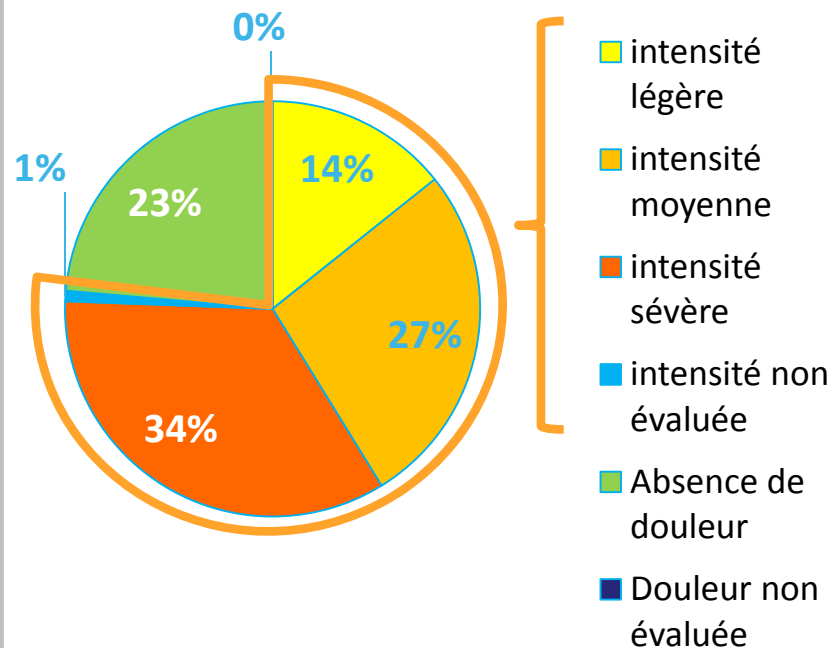
*<sup>a</sup>Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison ; <sup>b</sup>CH Avicenne, Bobigny ;*

*<sup>c</sup>Hôpital Edouard-Herriot, Lyon ; <sup>d</sup>Altius Pharma CS, Paris ;*

*<sup>e</sup>DOCS International, Sèvres ; <sup>f</sup>Hôpital Beaujon, Clichy*

## A l'arrivée (N=1352)

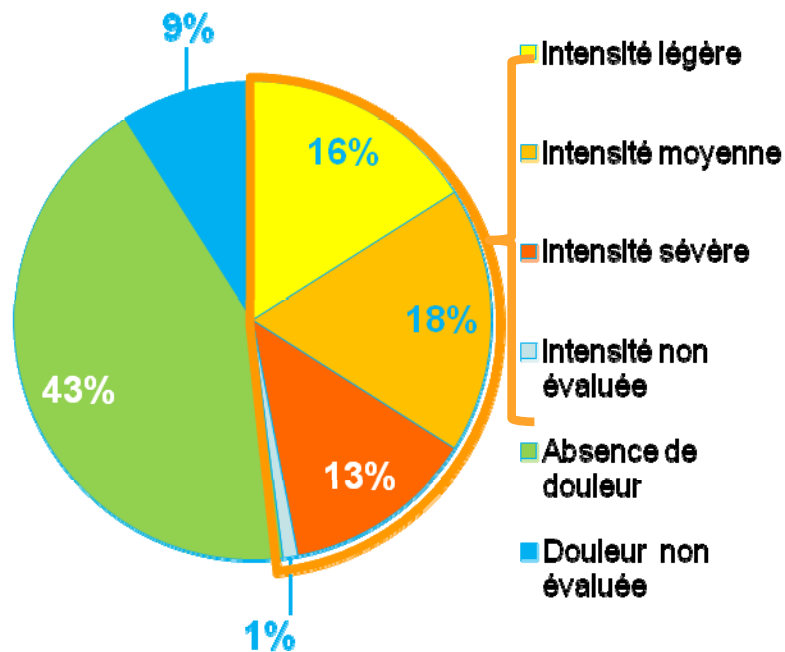
76 % douleur présente



- Douleur = motif de consultation pour 64 % des patients douloureux
- **38 % des patients douloureux à l'arrivée ont reçu un traitement antalgique, le plus souvent un palier I**
- Délai médian de 1 heure [min-max: 0h-7,15h] après leur arrivée

## A la sortie (N=1352)

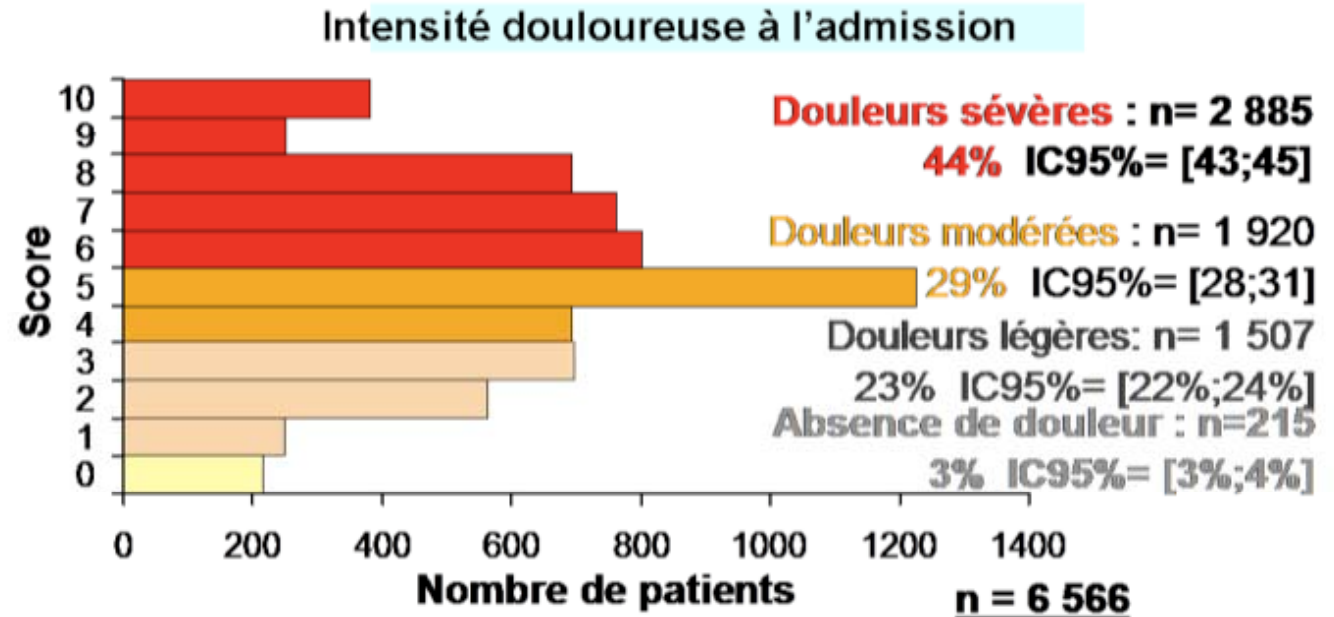
47 % douleur présente



- Parmi les patients présentant une douleur modérée à sévère à l'admission, **47 %** présentaient encore une douleur modérée à sévère à la sortie
- Douleur présente chez 51 % des patients non hospitalisés, **sans prescription d'antalgique pour 26 %** d'entre eux.
- **Absence de prescription d'antalgiques pour 30 %** des patients non hospitalisés atteints d'une **douleur sévère** à la sortie.

# Un besoin

- Prospectif :
  - 50 services
  - Prospectif
  - 11 617 patients
  - 7 265 douloureux
  - EN T0 : 90 %



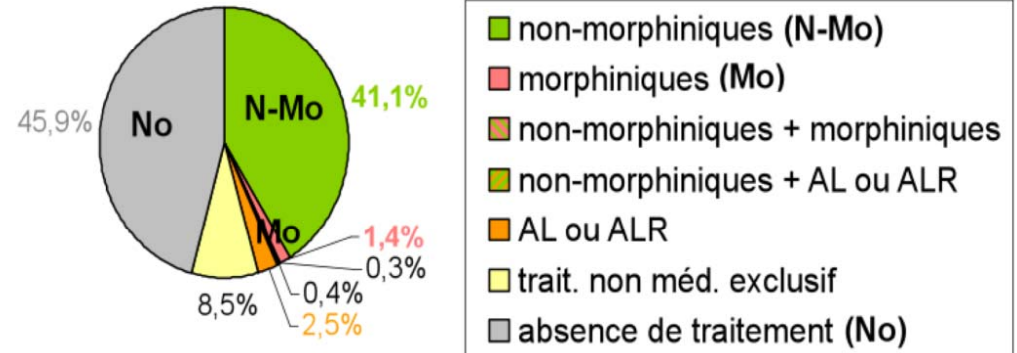
4<sup>e</sup> Congrès de la Société  
Française de Médecine d'Urgence

Guéant, Ricard-Hibon,  
U d'Argent  
Congrès Urgences 2010,  
EJA 2011

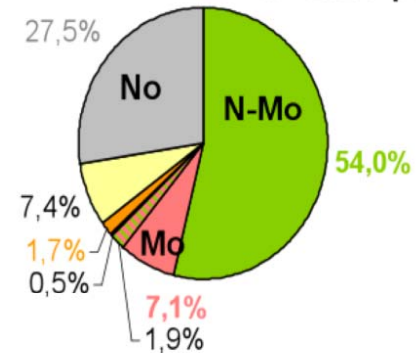
# Audit national SFMU-MEAH

- 51% de patients traités
- Délai traitement moyen = 45 min
- Douleurs sévères
- Morphine = 8%

Type de traitement : antalgique  
A. Douleurs modérées (n= 1849)  
n= 1001 patients traités



B. Douleurs sévères (n=2767)  
n= 2007 patients traités



4<sup>e</sup> Congrès de la Société  
Française de Médecine d'Urgence

Guéant, Ricard-Hibon,  
EJA 2011



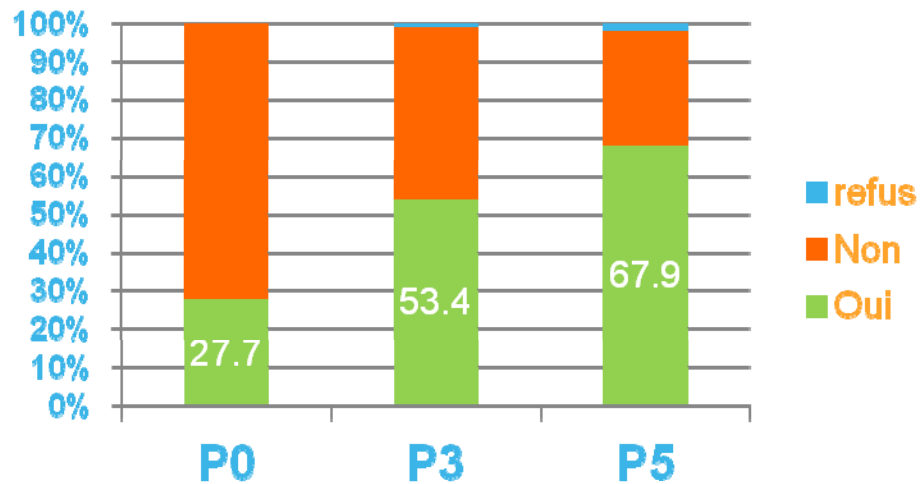
# *Une demande - un résultat*

## Projet ONDU

Etude SFMU-MEAH :  
Etude rétrospective d'amélioration des pratiques

# Etude ONDU rétrospective

## Evaluation initiale en fonction de la période



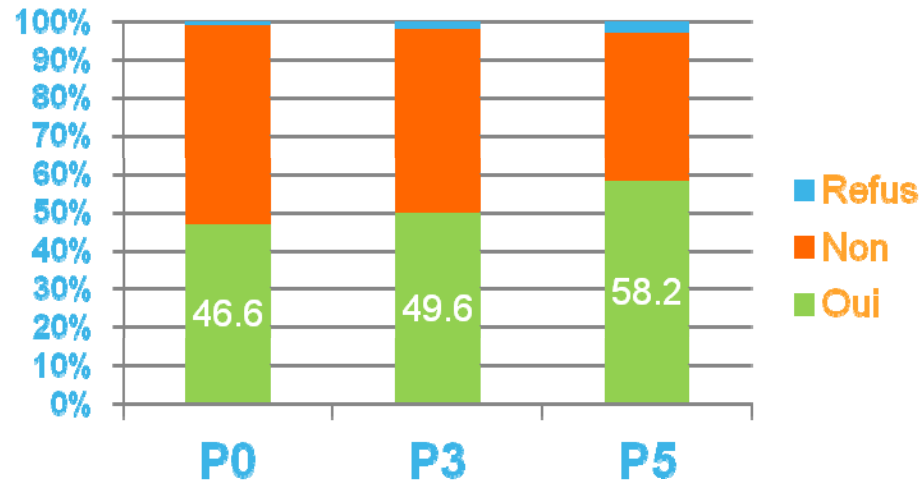
- Audit rétrospectif :
  - 49 services
  - 7 516 fiches sur 3 périodes
  - 62 % de patients douloureux

4<sup>e</sup> Congrès de la Société  
Française de Médecine d'Urgence

Guéant, Ricard-Hibon,  
AFMU 2010

# Etude ONDU rétrospective

## Patients traités par période



- Audit National SFMU–MEAH :  
3 périodes successives

→ 46% de patients traités

→ Arrivée – Traitement = 40 min

→ Utilisation de la morphine = 3 %

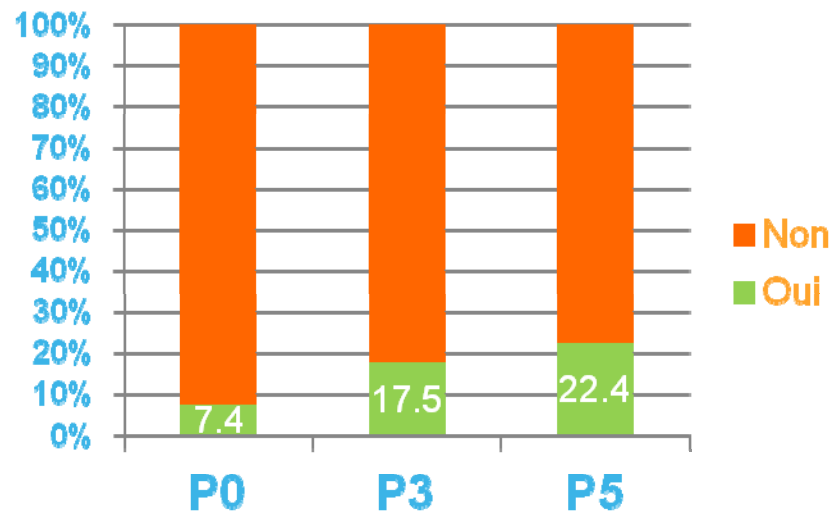
4<sup>e</sup> Congrès de la Société  
Française de Médecine d'Urgence

Guéant, Ricard-Hibon,  
AFMU 2010

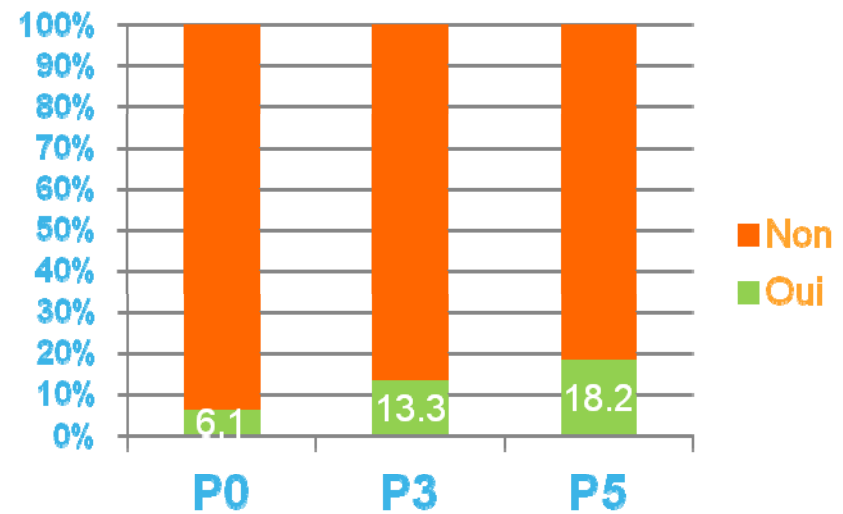
# Etude Sfm-Meah :

## Etude rétrospective d'amélioration des pratiques

Patients ayant eu une évaluation finale



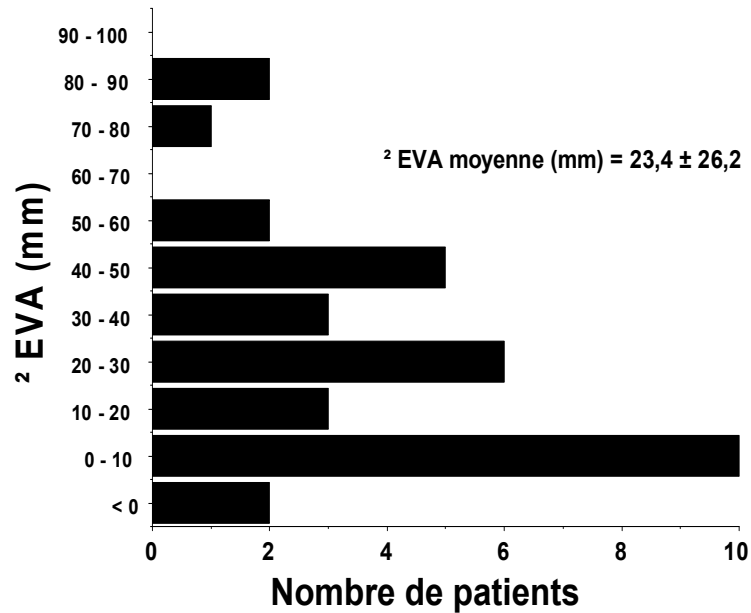
Taux de patients soulagés



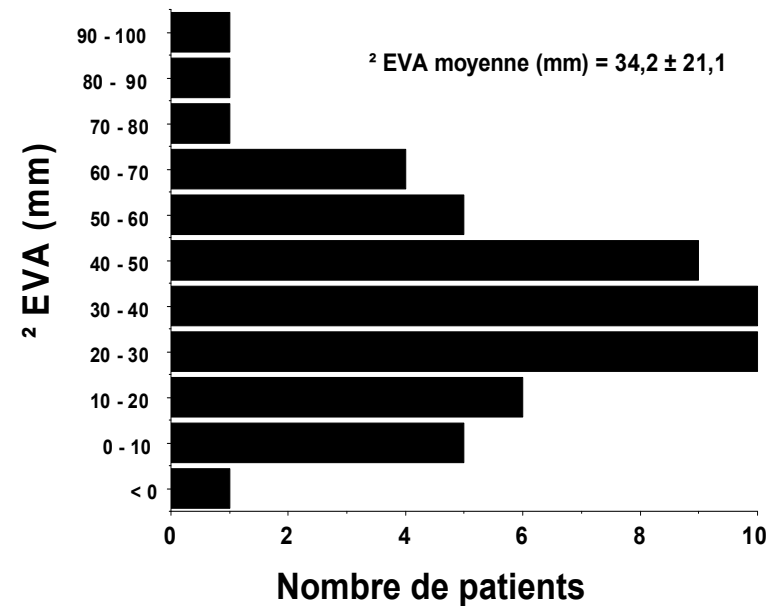
4<sup>e</sup> Congrès de la Société  
Française de Médecine d'Urgence

Guéant, Ricard-Hibon,  
AFMU 2010

## A Quality Control Program for Acute Pain Management in out- of-hospital Critical Care Medicine



49 % des patients soulagés



67 % des patients soulagés

Ricard-Hibon,  
Ann Emerg Med 1999, 34:738

# Un concept adapté à l'urgence

- Des recommandations générales
- Une mise en application aléatoire



## RFE 2010

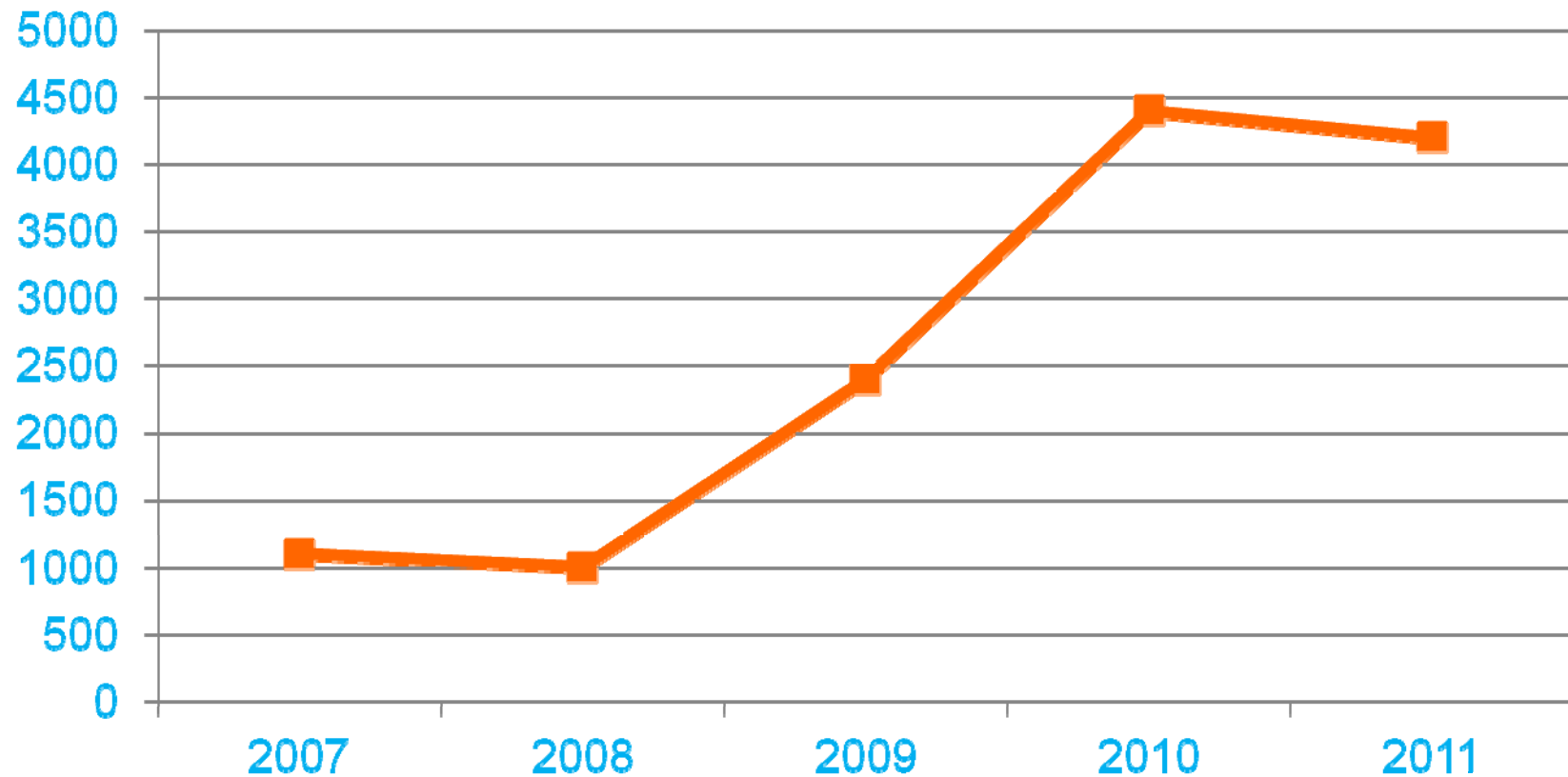


# Un concept adapté à l'urgence

- Des recommandations générales / Une mise en application aléatoire
- Des fiches techniques facilitant la prescription et la réalisation :
  - Fiches pratiques
  - Par pathologie
  - Algorithmes adaptés à la pratique de l'urgence
  - Une partie dédiée au personnel paramédical

# Un succès de la première version

## Evolution de la distribution/téléchargements des classeurs PROTAU





**GÉNÉRALITÉS**

L'analyse clinique est particulièrement cruciale dans le diagnostic d'une céphalée aiguë en urgence pour distinguer les céphalées primaires des céphalées secondaires. Les graves conséquences médico-légales potentielles imposent d'en laisser la trace dans le dossier.

**ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX**

- Cancer, infection, immunodépression, alcoolisme, altération de l'état général.

• Date des dernières règles;

**ANTÉCÉDENTS DE CÉPHALÉES**

- Sont-elles chroniques ou par crises?
- Cette crise est-elle comme les autres?
- Est-ce la pire céphalée de la vie du patient?

**TRAITEMENT EN COURS**

- S'informer du traitement en cours (anticoagulants, antiagrégants, etc.) et/ou du traitement pris pour la crise.

**HISTORIQUE**

- Mode de début : en coup de tonnerre (< 1 minute) ou pas.
- Signes d'accompagnement en particulier symptômes neurologiques et leur chronologie, exposition au monoxyde de carbone.
- Signes vitaux dont température, pression artérielle, évaluation de la douleur.
- Traumatisme de la tête ou du cou (alcool, psychotropes...).

**EXAMEN CLINIQUE**

- Examen de la conscience, de l'orientation.
- Recherche d'un syndrome méningé.
- Bref examen des fonctions supérieures, recherche d'une aphasie.
- Examen visuel et manuel du crâne et du cou.
- Auscultation des carotides à la recherche d'un souffle.
- Recherche de marques de traumatisme.
- Palpation des artères temporales après 60 ans.
- Recherche de signes cérébelleux, déficitaires.
- Champ visuel, acuité visuelle (sommaire), oculomotricité.
- Étude de la marche.
- Examen cutané immédiat si céphalée + fièvre à la recherche d'un purpura.

\* Sous la responsabilité de l'auteur

**Généralités**

**Code couleur pour chaque partie**

DATE DE CRÉATION : Avril 2012

**CÉPHALÉES AIGÜES ET MIGRAINES CHEZ L'ADULTE\***

**SPECIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE**

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

<b>VASCULAIRE</b>	<b>CÉPHALÉES PRIMAIRES</b>	<b>INTOXICATIONS/ ENVIRONNEMENT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie méningée</li> <li>- Thrombose veineuse cérébrale</li> <li>- Anévrisme artériel non rompu</li> <li>- Dissection artérielle cervicale</li> <li>- Hématome sous/extradural</li> <li>- AVC</li> <li>- HTA maligne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migraine</li> <li>- Algie vasculaire</li> <li>- Céphalée de tension</li> <li>- Néuralgies</li> <li>- Céphalée d'effort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monoxyde de carbone</li> <li>- Abus d'analgésiques (migraine, céphalée de tension)</li> <li>- Céphalée d'altitude</li> <li>- Hyperthermie</li> <li>- Céphalée d'effort/maligne</li> </ul>
<b>SYNDROMES TUMORAUX</b>	<b>TRAUMATISMES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypertension intracrânienne idiopathique</li> <li>- Tumeurs</li> <li>- Abscès</li> <li>- Apoplexie pituitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie méningée traumatique</li> <li>- Thrombose veineuse cérébrale</li> <li>- Dissection artérielle cervicale</li> </ul>	

**REMARQUES!**

- L'efficacité d'un traitement, même spécifique - n'a jamais de valeur diagnostique (un triptan peut soulager une hémorragie méningée).
- Le soulagement de la douleur permet un meilleur examen et surtout une médication appropriée, permettant d'orienter au mieux le diagnostic étiologique.
- Mais ce n'est pas parce que la douleur est soulagée que le patient n'a pas une hémorragie méningée, une méningite, une intoxication, etc.

**DEVENIR DU PATIENT**

- Le retour au domicile est indiqué s'il s'agit d'une céphalée de cause bénigne, ou dont le traitement spécifique n'est pas urgent : prescrire un traitement des crises ultérieures<sup>1</sup>.
- Confier le patient au médecin traitant ou à un neurologue pour discuter de distance de la crise et du traitement de fond.
- Hospitalisation en UHCD ou service adapté si non soulagé : traitement symptomatique et/ou spécifique de la douleur et poursuite des investigations.

**Indication**

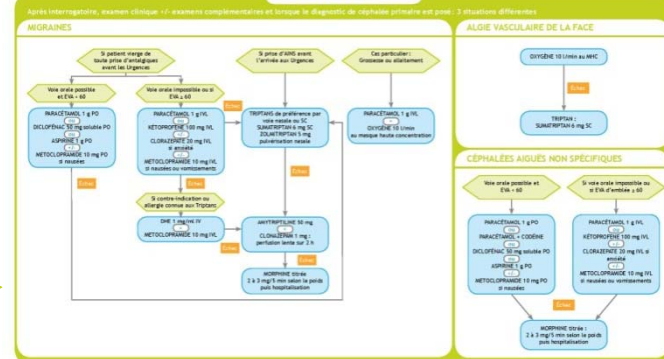
**Algorithme de prise en charge**

**Spécificité soins infirmiers**

DATE DE CRÉATION : Avril 2012

DATE DE CRÉATION : Avril 2012

**STRATÉGIE D'ANALGÉSIE**



**SOINS INFIRMIERS**

**L'infirmier(e) d'Organisation de l'Accueil (IOA) et/ou des Urgences**

1. Reconnaître la douleur, la caractériser.
2. Installer si possible le patient dans un box calme (baisser l'intensité lumineuse si photophobie).
3. Choisir et appliquer une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Reueillir et surveille les paramètres cliniques et paracliniques : fréquence respiratoire, pression artérielle, fréquence cardiaque, température et douleur. Note ces éléments sur le dossier patient.
5. Rassurer le patient malgré la douleur le plus souvent très sévère et explique les gestes entrepris.
6. Met en route le traitement antalgique sur prescription médicale ou protocole préétabli après contrôle d'absence d'allergies ou de contre-indications.
7. Surveiller spécifiquement la titration morphinique.
8. Explique les consignes de sortie et de suivi au patient et la famille, s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.

Références bibliographiques :

1. Acute Headache in Emergency Departments D Valade and A Ducros. Handbook of clinical neurology headache 2006.
2. Triptan therapy in Migraine. E Loder, NEJM 2010
3. Management of primary headaches in adult Emergency Departments. P Torelli et al Neurool Sci 2010
4. Prise en charge étiologique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant: aspects cliniques et épidémiologiques. JAMES 2003. [www.afm.fr/asset/publications/01/02/740464803140007C74ACC200597188/0186/migraine\\_reccos.pdf](http://www.afm.fr/asset/publications/01/02/740464803140007C74ACC200597188/0186/migraine_reccos.pdf)
5. Sina et Sina. Conférence d'experts : - Sédation et analgésie en structure d'urgence - [http://www.sfsu.org/documents/consensus/1efe\\_sedation\\_analgésie\\_2010.pdf](http://www.sfsu.org/documents/consensus/1efe_sedation_analgésie_2010.pdf)

**Références bibliographiques**

# Liste des fiches actualisées

- Anesthésie loco-régionale de la main
- Bloc du nerf fémoral
- Brûlures
- Céphalées aiguës et migraines chez l'adulte
- Colique néphrétique
- Douleurs abdominales
- Douleurs abdominales chez l'enfant
- Douleurs gynécologiques
- Douleur thoracique du syndrome coronaire aigu
- Effets secondaires des morphiniques
- Evaluation de la douleur aiguë en urgence préhospitalière et intrahospitalière
- Evaluation de la douleur de l'enfant
- Evaluation multilingue de la douleur
- Lombalgie aiguë avec ou sans radiculalgie
- Prise en charge de la douleur chez le sujet âgé
- Rôle de l'IDA/IDE dans la prise en charge de la surveillance de la douleur en urgence
- Sections de membres
- Titration intraveineuse de morphine en urgence

## Bientôt à votre disposition ...

- Anesthésie loco-régionale (ALR) de la face et maxillo-faciale et dentaire
- Entorses, luxations et fractures des membres de l'adulte
- Luxation gléno-humérale de l'épaule
- Plaies et sutures chez l'adulte
- Plaies et sutures chez l'enfant

## Liste des fiches nouvelles

- Anesthésie locale topique : fiche pratique (EMLA)
- Fiche technique MEOPA (Mélange équimoléculaire de protoxyde d'azote et d'oxygène)
- Place de l'échographie dans l'ALR (anesthésie locale régionale)

