

RÔLE DE L'IOA/IDE DANS LA PRISE EN CHARGE ET LA SURVEILLANCE DE LA DOULEUR EN URGENCE *

La prévention de la douleur provoquée par les soins

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage (Association internationale de l'étude de la douleur).
- La douleur peut être provoquée par les soins et doit être prévenue.
- En présence d'une détresse vitale, appliquer les procédures du service en matière de gestes d'urgence.

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

- Sensorielle
- Affective et émotionnelle
- Cognitive et intellectuelle
- Comportementale
- Socio-culturelle

CLASSIFICATION DES DOULEURS ET DES ANTALGIQUES

Douleur faible à modérée	- Paracétamol - MEOPA** - Anti-inflammatoires non stéroïdiens - Aspirine
Douleur modérée à intense	- Codéine - Néfopam - MEOPA
Douleur intense et très intense	- Morphiniques - MEOPA

** MEOPA: mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène

IOA: Infirmier(e) d'Organisation de l'Accueil
IDE: Infirmier(e) Diplômé d'Etat

1 - RECONNAÎTRE LA DOULEUR, LA CARACTÉRISER

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

Cette démarche doit être entreprise dès le premier contact avec le patient, en même temps que l'évaluation de ses fonctions vitales.

Le patient ne s'exprime pas

Interroger l'entourage si présent (évaluation par rapport à l'état habituel du patient)

Le patient s'exprime

Demander de décrire cette douleur :

- l'aspect qualitatif (piqûre, brûlure, fourmillement)
- le mode d'apparition (progressif, brutal, post-traumatique)
- la localisation, irradiations
- la durée (permanente, intermittente, pulsatile, rémissions, paroxysmes)

Dans le cas de la pédiatrie et suivant l'âge de l'enfant, utiliser les outils adaptés à l'âge. Interroger les parents ; ce premier contact est primordial pour établir un climat de confiance.

2 - ÉVALUER LA DOULEUR***

En urgence, seule une méthode d'évaluation simple et rapide est envisageable.

- Les échelles unidimensionnelles sont les plus appropriées à l'urgence. L'EVA et l'EN n'ont pas montré de supériorité d'évaluation l'une par rapport à l'autre. L'EVA est la méthode recommandée en pré-hospitalier.
- Le choix est fait au niveau du service et respecté par tous les soignants. Il doit être compatible avec le patient.

ADULTE	ENFANT	
Échelles unidimensionnelles - EVA (Échelle Visuelle Analogique) - EN (Échelle Numérique) - EVS (Échelle Verbale Simple)	- EVA adaptée (Échelle Visuelle Analogique) - EN (Échelle Numérique) - Échelle 6 visages	
Échelle de sédation - Score de Ramsay - Score de Sédation	- Score de Rosen	
Échelles comportementales - Échelle à 3 niveaux - Échelle DOLOPLUS-2	- Échelle Amiel-Tison - CHEOPS	- Échelle EDIN - OPS

- Expliquer le but de cette évaluation au patient : efficacité optimale du traitement administré. Cette évaluation permet d'établir un premier contact, essentiel, avec le patient douloureux.
- Utiliser l'échelle retenue et noter le résultat dans le dossier de soin dans la partie dédiée à cet effet.

*** Cf. fiche Évaluation de la douleur aiguë en urgence préhospitalière et intrahospitalière.

3 - DÉBUTER LA PRISE EN CHARGE

- Mettre en route le traitement antalgique sur prescription médicale et/ou selon protocole pré-établi après contrôle d'absence d'allergie ou de contre-indication. Vérifier l'absence d'incompatibilité physico-chimique avec les autres traitements en cours (si traitement IV).
En cas de doute, prévenir le médecin.
- Si prise orale, limiter la quantité d'eau dans le gobelet.
- Recueillir les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, SpO₂, fréquence respiratoire, température. Noter ces éléments dans le dossier patient.

4 - SURVEILLER

SURVEILLANCES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

- Pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, SpO₂, fréquence respiratoire, température.
- Utiliser les outils précisés du protocole de départ pour évaluer régulièrement l'efficacité et adapter le traitement.

SURVEILLANCE EN FONCTION DU TYPE D'ANALGÉSIE

DOULEUR FAIBLE À MODÉRÉE ET MODÉRÉE À INTENSE

- Vérifier l'absence de troubles de la déglutition pour la prise de médicaments per os.
- Vérifier les incompatibilités physico-chimiques.

DOULEUR INTENSE À TRÈS INTENSE

- Morphine : 10 mg dilués dans 10 ml.
- Surveillance continue de la conscience par le score de Ramsay ou le score de sédation, de la fréquence respiratoire, de la SpO₂ et de l'hémodynamique.
- Chariot d'urgence et matériel de réanimation fonctionnel à proximité.

ANALGÉSIE LOCORÉGIONALE

- Monitoring (scope saturimètre, pression artérielle non invasive (PNI))
- Reconnaître les signes d'allergie : hypotension, malaise, rougeur.
- Reconnaître les signes de surdosage : agitation, somnolence, convulsions.
- Chariot d'urgence et matériel de réanimation fonctionnel à proximité.

MEOPA

- Vérifier l'absence de contre-indications.
- Vérifier le matériel : bouteille du mélange équimolaire protoxyde d'azoteoxygène (N₂O/O₂) munie d'un manodétendeur avec débitlitre spécifique.
La quantité de gaz restante dans l'obus exprimée en bars sur le manomètre doit toujours être > 10 bars pour administrer le mélange gazeux. Respecter les conditions de stockage et d'utilisation préconisées par le fabricant (position, température de la bouteille).
- Expliquer la technique au patient et le prévenir des éventuels effets secondaires (sensations ébrieuses).
- Masque adapté à la morphologie muni d'une réserve. L'inhalation doit obligatoirement durer un minimum de 3 minutes avant le début du geste.
Le masque doit être appliqué sans fuite sur le visage durant ces 3 minutes.
- Source d'oxygène et monitoring cardio-vasculaire.
- Chariot d'urgence et matériel de réanimation fonctionnel à proximité.

LÉGISLATION

MORPHINE

- Médicament classé comme stupéfiant relevant d'une législation stricte. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.
- La prescription doit être nominative. Toutes les mesures doivent être prises afin d'empêcher le détournement de ces médicaments.
- Conservation dans un coffre fermé, conserver les ampoules vides afin de les échanger.
- Remplir soigneusement le formulaire (nom du patient, dose utilisée, prescripteur, date) et signer.
- Etablir un état contradictoire des stupéfiants lors de la prise de poste.
Malgré toutes ces mesures, l'organisation du service doit permettre l'accès du personnel autorisé aux morphiniques à toute heure du jour et de la nuit.

MEOPA

- En cas de disparition d'une bouteille, une déclaration auprès du pharmacien hospitalier est obligatoire.

KÉTAMINE

- Procédures à établir en fonction des exigences de la pharmacie de l'établissement.

EN PRÉHOSPITALIER

D'une manière générale, en exercice SMUR, établir un protocole spécifique avec le pharmacien hospitalier pour la détention individuelle de morphiniques et de kétamine (médecin, IDE, IADE).

PROTOCOLES¹

LES PROTOCOLES DE SOINS SONT :

- élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre, avec le CLUD
 - validés par l'ensemble de l'équipe médicale, l'encadrement, le pharmacien hospitalier ou pharmacien-gérant de l'établissement et le directeur des soins
 - obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service
 - diffusés à l'ensemble du personnel médical et non médical du service, au directeur de l'établissement, au directeur des soins, au pharmacien hospitalier
 - remis à chaque nouveau personnel dès son arrivée (y compris les stagiaires), (intégration dans le livret d'accueil)
 - accessibles en permanence dans le service (informatique)
 - placés dans un classeur identifié et, selon l'organisation du service, affichés et intégrés dans la base documentaire de l'établissement (service qualité gestion des risques)
 - évalués et, si nécessaire, réajustés et, dans ce cas, datés à nouveau et signés
 - revus obligatoirement au moins une fois par an
 - revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et rediffusés.
- Les actions mises en œuvre par l'infirmier pour la prise en charge de la douleur doivent faire l'objet de transmissions écrites.

Le protocole établi doit, d'une part, annoncer explicitement qu'il peut être mis en œuvre à l'initiative de l'infirmier et, dans ce cas, il doit préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention; d'autre part, il doit indiquer précisément les conditions dans lesquelles cette initiative de l'infirmier est autorisée.

Références bibliographiques :

- Association internationale de l'étude de la douleur.
- Wrobel J et al. L'infirmière et la douleur. Ed. Institut Upsa de la douleur 1998.
- Ricard-Hibon A, Ducassé JL. Prise en charge de la douleur en urgence. Urgences 2002.
- ANAES. Evaluation et stratégie de prise en charge ambulatoire de la douleur de l'enfant de moins de 15 ans. 2000.
- Rollo S, Ricard Hibon A, Vinh MP, Marty JP . Comment évaluer la douleur en urgence? Journées des infirmiers anesthésistes et d'urgence. Ed Scientifiques Elsevier 2002.
- Giniès P, Verrière JL, Benmedjahed et al. Mise à disposition d'une échelle tactile analogique de la douleur pour les patients non-voyants « SensscaleTM » : développement, description, validation et intérêt. Douleurs. 2003 : 4-6.
- Décret n° 2004-802 du 29/07/04, Livre III, titre 1er relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Art. R4311 et aux règles professionnelles Art.R4312
- Recommandations AFSSAPS sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant, mise à jour 2011 <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-aigue-et-chronique-chez-l-enfant-Recommandations-de-bonne-pratique/%28langage%20fre-FR>
- Sfmou et Sfar. Conférence d'experts : « Sédation et analgésie en structure d'urgence » http://www.sfmou.org/documents/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf

¹ <http://www.cnrd.fr/Prevention-de-la-douleur-provoquee.html>

¹ Plan gouvernemental douleur 2006/2010 + Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999)