



HAL
open science

**Évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez
l'adulte aux urgences du Centre Hospitalier de
Périgueux : Efficacité de l'analgésie après la mise en
place d'un protocole de prescriptions anticipées à
l'accueil**

Paul Manhes

► **To cite this version:**

Paul Manhes. Évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez l'adulte aux urgences du Centre Hospitalier de Périgueux : Efficacité de l'analgésie après la mise en place d'un protocole de prescriptions anticipées à l'accueil. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02440729

HAL Id: dumas-02440729

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02440729v1>

Submitted on 15 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R des SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N°237

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 Décembre 2019
Par Paul Manhes
Né le 20/10/1991 à Aurillac (15)

**Évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez l'adulte aux urgences
du Centre Hospitalier de Périgueux : Efficacité de l'analgésie après la mise en
place d'un protocole de prescriptions anticipées à l'accueil**

Directeur de thèse
Docteur **Jean-Paul LORENDEAU**

Jury

Professeur François SZTARK.....	Président
Professeur Michel GALINSKI.....	Rapporteur
Professeur Xavier COMBES.....	Membre
Docteur Pierre Henry DESSALLES	Membre
Docteur Jean-Paul LORENDEAU.....	Directeur

Remerciements :

Au président du jury,

Professeur Sztark ,Cher Professeur, vous avez accepté de présider mon jury de thèse, je vous remercie de l'honneur que vous me faites. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Professeur Galinski, Cher Professeur, vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail en tant que rapporteur.

Votre aide lors de la finalisation ainsi que lors de la réalisation des statistiques a été précieuse. Je sais que la douleur et sa prise en charge dans les services d'urgences est un sujet qui vous tient particulièrement à coeur. J'ai pu le constater tant par le nombre de travaux que vous avez dirigé à ce sujet que par le nombre d'articles que vous avez publié et que j'ai pu prendre comme références. Merci également pour votre investissement dans le DESC de médecine d'urgences ou vous m'avez fait l'honneur de m'accepter avec le Pr Revel. J'espère que ce travail était à la hauteur de vos attentes.

Professeur Combes, Cher Professeur, vous avez immédiatement accepté de juger mon travail, je vous remercie pour l'honneur que vous me faites. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Dr Dessalles,

Pierre Henry, tu as accepté de venir juger mon travail de thèse et rien ne pouvait me faire plus plaisir. Ton investissement dans les urgences de Périgueux et ta carrière au sein de cet Hôpital dans ces mêmes urgences puis en réanimation sont pour moi un exemple. J'ai adoré travailler avec toi durant mes 6 mois en réanimation. Ton humanité, ta bonne humeur, tes anecdotes, tes références musicales et cinématographiques que je ne comprenais pas toujours il faut que je te l'avoue maintenant resteront des moments dont je me souviendrai longtemps.

Merci de m'avoir enseigné autant de choses, en si peu de temps.

Dr Lorendau,

Jean-Paul, mon ami, tu as accepté de diriger ce travail de thèse, tu m'as proposé ce sujet très tôt durant mon internat ce qui m'a permis d'accéder au DESC d'urgences et maintenant de travailler avec vous à Périgueux. Je ne saurai jamais comment t'exprimer toute ma gratitude pour cela. Merci également pour toute ton aide, le temps que tu as investi dans ce travail et les nombreuses relectures durant la rédaction de cette thèse. Pour toi aussi, je sais que la douleur est un sujet qui te tient particulièrement à coeur et j'espère que tu es content de ce que nous avons réalisé avec Anne.

Merci à tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce travail.

Aux équipes médicales et paramédicales des urgences de l'hôpital de Périgueux. Vous m'avez permis de réaliser ce travail grâce aux questionnaires remplis par vos soins pendant le recueil de donnée.

Petite pensée aux moments d'écrire ces lignes pour mes collègues des urgences, je me délecte déjà des quelques heures que j'ai passé avec vous.

Merci à tous ceux qui ont participé à faire de moi un médecin...

Aux universitaires et médecins d'Aquitaine,

Merci aux nombreux services dans lesquels je suis passé au long de mon internat : le service des urgences de Mont de Marsan qui m'aura fait rentré de plein pied dans cet internat et avec qui je ne garde que de bons souvenirs. Merci au service de médecine interne de l'hôpital de Périgueux , et mention spécial au Dr Rouanes. Au service de médecine A de l'hôpital de Langon, sans doute mon stage le plus difficile mais un des plus formateur et psychologiquement constructeur. Merci au Dr Chomienne et Lacosse-Terrin de m'avoir donné une vraie idée de la médecine générale. Mention spéciale au service de réanimation de Périgueux, de loin le stage que j'ai préféré (Edouard, Sandrine, Mélanie, Pierre Henry, Yannick et toute l'équipe je ne voulais pas vous quitter... et enfin merci aux services de gynéco-ped de l'hôpital de Bayonne ce fût un plaisir de travailler sur la côte pendant un été.

A tous les autres internes,

A mes confus, Andy mon grand Suisses et cette année de coloc avec Dodo, nos soirées à philosopher, les pintes inutiles qui servaient à rien en terrasse tu reviendras en Aquitaine on te laissera pas le choix !

Nilo (j'espère que t'auras matché pendant mon oral) ma petite rouquine t'es un peu mon besta quand même de cet internat haha, ces mots suffiront sinon tu vas te sentir pousser des ailes et puis je dois quand même te remercier de m'avoir présenter Tarboule et Zilou.

Aurélien ta folie de Périgueux et qu'on retrouve de temps à autres est géniale ne la perd pas, t'es un génie à mes yeux.

Maître Barisson merci pour tout également.

A tout périgueux, et ce deuxième semestre inoubliable Roro , Alice , Philou, Ophé, Nico, Pierre, Maxime que j'aurai ri. Les soirées déguisés, pas déguisés, Watson, billard, baby, repas améliorés, ventriglisses, resteront gravés à jamais.

Boudard, le premier à qui j'aurai parlé de cet internat sur ce parking de Layné HAHA je m'en rappelle comme si c'était hier de cette arrivée à Mont de Marsan. J'ai l'impression qu'on est pas prêt de se lâcher...

Lucie, Thomas, Louise, ces 6 mois à mont De, au château, à la Cantina, au patio ne furent que du bonheur à vos côtés !

A mon deuxième Périgueux et mes superbes colocs, Aurelie, Morgane, Manon, Alizée, Gaetan Arnaud, rata-touille ces 6 mois en coloc furent parfait.

A Mathieu , David, Marine, Charlotte, Lucien, Baptiste, Camille, Maxime et tous les autres.... Merci pour tout!!!

A tous ceux qui ont permis de rendre ces années meilleures,

Mes Srab, comment ne pas commencer par vous. Ces six premières années furent formidables et c'est grâce à vous.

Lélé, tu as été une de mes premières rencontre dans ces années de médecine, on a fini par faire l'internat ensemble pour éviter de nous séparer trop tôt. Même si tu estimes que tu es assez mûre pour m'abandonner pour un autre Paul j'espère qu'on restera toujours aussi proches, tu sais à quel point tu es importante à ma vie.

Totor, mon srab, je garde tellement de souvenir avec toi de toutes ces années, les voyages, les soirées, les skis... merci pour l'ensemble de ton oeuvre ça aurait été nul sans toi tout ça.

Doulien, c'est quand même un peu grâce à toi tout ça, je pense que j'aurai craqué avant la fin de cette première année sans ton soutien et toute tes conneries qui m'auront changé les idées. Et puis maintenant.. que dire t'es un peu inégalable.

Mathieu, on s'est connus sur le tard et c'est ce que je regrette le plus, t'inquiète on la montera notre clinique à Biarritz.

Aline, merci aussi pour toutes ces années « c'est l'heure d'aller au one au one » haha
C'est toujours un plaisir de venir vous revoir et de repartir en disant plus jamais. J'avais la chance d'être avec les meilleurs !

A mes amis de toujours: Marco , flow, Patou, bat, sylv, France, ben et Adri. On se sera connu au rugby à Aurillac maintenant une vingtaine d'années qu'on se côtoie. On en aura fait des déplacements ensemble, on en aura passé du bon temps à Duclaux...que ça me manque tout ça !! Heureusement qu'on continue à se donner des nouvelles, à se retrouver aux quatre coins du monde , c'est toujours des moments aussi exceptionnels. Petite dédicace à toi Flow au milieu de tout ça pour tous les dimanches passés chez toi, m'avoir fait venir au rugby avec toi et toutes les fois ou tu m'auras remonté le moral. (avec tes bons petits plats à base de légumes).

A tous les joueurs du Rc La plaine et tous les mecs inoubliables qui font de ce club un truc à part. Vous avez rendu la vie à Clermont plus douce. Ces boucliers gagnés et fêtés comme il se doit resteront gravés dans ma mémoire.

Cocal, mon copain, tu m'épates par la facilité que tu as de toujours tout réussir ! Ces années n'auraient pas été les mêmes sur Clermont sans toi, j'ai tellement de souvenirs qui reviennent en écrivant ces lignes « on me voit , on me voit plus » J'espère que la paire infernale n'a pas fini de se réunir !!

Wawa, je me rappellerai toujours la première fois ou je me suis assis dans ce vestiaire et ou on m'a dit si tu veux que ça se passe bien, c'est avec lui qu'il faut être pote haha. Je crois qu'on a plutôt bien réussi ça.

La Mart, Tibs c'est toujours un plaisir à chaque fois que je vous vois de découvrir ce que vous avez encore inventé de nouveau. A tout le groupe des « sepolas », que c'est bon de voir vos bêtises tous les jours.

A ma famille,

À mes parents,

Je profite de ces remerciements pour être un peu impudique avec vous ... car nous n'avons pas l'habitude d'exprimer nos sentiments. Peut-être nous n'en avons pas besoin. Merci d'avoir su me transmettre les bonnes valeurs. Merci d'avoir su me laisser trouver ma voie sans jamais m'empêcher de faire ce que je voulais.

Merci à toi maman pour tout ce que tu as fait pour moi depuis ma naissance puis pendant ces 10 années d'études. Merci pour le soutien sans failles que tu m'as apporté, tes attentions, ta tendresse...MERCY ! T'es une femme exceptionnelle, j'en ai de la chance...

Papa, cette année aura été difficile, on ne peut pas dire le contraire. On va continuer à se serrer les coudes et ça va le faire !! Merci à toi aussi pour m'avoir permis de réaliser tout cela et merci pour ce que tu as fait de moi.

A mes grands parents, François ça s'est joué à peu... rien ne peut me rendre plus triste que de ne pas t'avoir auprès de moi ce soir... Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées. Louis tu m'épates tous les jours. Merci à Annie et Jacky d'avoir été les parrain et marraine les plus cools possible.

Merci également à Valérie, Jean-François, Jacques, Jules, Chloé, Lucas ...

Ines,

Au cours de mes études médicales, tu es bien entendu ma plus belle rencontre... La personne qui me connaît le plus, celle qui illumine mes journées par sa joie de vivre quotidienne. Merci pour tous ces bons moments, tous ces voyages, tous ces restaurants, la vie est douce avec toi !

Tu y es aussi pour beaucoup dans ce travail... Pour commencer, merci de m'avoir supporté pendant l'écriture (parce que c'est facile le reste du temps). Merci également pour les relectures, corrections et les nombreuses fois ou il a fallu me remotiver (surtout à la fin).

Rien ne pouvait me rendre plus heureux que de terminer ces études avec toi à mes cotés...

Résumé

Évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez l'adulte aux urgences du Centre Hospitalier de Périgueux : Efficacité de l'analgésie après la mise en place d'un protocole de prescriptions anticipées à l'accueil

Introduction : La douleur est un problème d'actualité en médecine d'urgence, 60 % des patients consultant aux urgences rapportent une douleur. Si l'analgésie doit être optimale, de nombreux freins persistent et l'oligoanalgésie perdure chez un tiers des patients à la sortie des urgences. L'objectif principal de notre étude est donc de décrire l'efficacité et la qualité de la prise en charge de la douleur aiguë après la mise en place d'un protocole de prescriptions anticipées chez les patients de plus de 18 ans, afin de comparer les résultats obtenus à ceux de l'étude réalisée en 2018.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique avant après, réalisée au Centre Hospitalier de Périgueux (CHP). Les critères d'inclusion regroupaient les patients adultes communicants admis avec une douleur d'intensité modérée à sévère. Les critères d'inclusion regroupaient les patients adultes communicants admis avec une douleur d'intensité modérée à sévère. Le critère de jugement principal était l'efficacité de l'analgésie effectuée aux urgences représentée par l'évaluation de la douleur à la sortie du service. L'analgésie était considérée comme suffisante ou de qualité lorsque l'échelle numérique (EN) était inférieure ou égale à 3/10 à la sortie des urgences.

Résultats : 1048 patients ont été inclus du 19 mars 2018 au 16 juin 2019. On note une très légère augmentation du taux de soulagement des patients (62,6% IC95% [58,4- 66,8] pour la période I et 64,9% IC95% [60,6-69,2] pour la période II) mais cette différence n'est pas significative.

Conclusion : Cette étude a permis de constater un changement dans les pratiques, sans que cela soit traduit par une amélioration significative de l'efficacité globale de l'analgésie dans le service. Une nouvelle étude serait nécessaire à distance pour évaluer avec plus de recul l'impact potentiel de ce protocole.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Douleur, Oligoanalgésie, Urgences, Protocole antalgique

Intitulé et Adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.

Abstract

Pain management assessment in the adult emergency department of Périgueux Hospital: Efficacy of analgesia after the implementation of a protocol of anticipated prescriptions at admission

Study objective : Pain is a topical issue in emergency departments, with 60% patients reporting pain. If analgesia must be optimal, many brakes persist and oligoanalgesia still remain in one third of patients at discharge. The main objective of our study is therefore to describe the effectiveness and quality of the management of acute pain after the implementation of a protocol of anticipated prescriptions in patients over 18, in order to compare the results obtained with those of the study carried out in 2018.

Method : This is a retrospective monocentric observational study before after, performed at the Hospital Center of Périgueux (HCP). Inclusion criteria included admitted communicating adult patients with moderate-to-severe pain. The main outcome was defined by the effectiveness of emergency room pain relief represented by pain assessment at discharge. Analgesia was considered sufficient or of quality when the Numeric Rating Scale (NRS) was less than or equal to 3/10 at discharge.

Results : 1048 patients were included from March 19, 2018 to June 16, 2019. There was a very slight increase in the rate of patient relief (62.6% 95% CI [58.4- 66.8] for period I and 64.9 % IC95% [60.6-69.2] for period II) but this difference is not significant.

Conclusion : This study has shown a change in practices, without being translated into a significant improvement in the overall effectiveness of analgesia in the service. A new study would be needed remotely to evaluate with more hindsight the potential impact of this protocol.

Discipline : General Medicine

Tags : Pain, Oligoanalgesia, Emergency, Pain protocol

Title and Address of the UFR : Faculty of Medical Sciences of the University of Bordeaux.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	5
Table des matières	7
Lexique	9
Tableau des illustrations	10
Introduction	11
1. Généralités sur la douleur	11
1.1 Définition	
1.2 Evaluation de la douleur	
1.2.1 Echelle d'auto-évaluation de la douleur nociceptive aigue	
1.2.2 Echelle d'hétéro-évaluation de la douleur nociceptive aigue	
2. La douleur aux urgences et oligoanalgsie	14
2.1 Généralités	
2.1.1 Présentation	
2.1.2 Etude PALIERS	
2.1.3 Oligoanlagésie : Définition	
2.2 Conséquence de l'oligoanalgsie	
2.3 Causes de l'oligoanalgsie	
2.4 Axes d'amélioration	
3. La douleur aux urgences de Périgueux	21
3.1 Présentation du Centre Hospitalier de Périgueux	
3.2 Etude préliminaire	
3.3 Protocole douleur	

Matériels et méthodes	24
1. Schéma d'étude	24
2. Population de l'étude	24
3. Protocole	24
4. Critère de jugement principal	25
5. Analyse statistique	26
Résultats	27
1. Caractéristique de la population étudiée	27
2. Résultat principal	29
3. Résultats secondaires	29
Discussion	35
Conclusion	39
Bibliographie	40
Annexes	46
<i>Annexe 1 : Echelle Algo-plus</i>	
<i>Annexe 2 : Echelle EOC</i>	
<i>Annexe 3 : Protocole Antalgique CHP</i>	
Serment d'Hippocrate	49

Lexique

AINS Anti inflammatoire Non stéroïdiens

CHP Center hospitalier de Périgueux

CIMU Classification infirmière des malades aux urgences

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ECG Electrocardiogramme

EHPAD Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EN Echelle d'évaluation Numérique de la douleur

EVA Echelle visuelle analogique

EVS Echelle verbale simple

EOC Echelle d'observation comportementale

HAD Hospitalisation à domicile)

IASP International association for the study of pain

IOA Infirmier Organisateur d'accueil

OR Odd ratio

SAUV Salle d'accueil des urgences vitales

SFAR société française d'anesthésie réanimation

SFMU Société française de médecine d'urgence

SSR Soins de suites et de réadaptation

SU Structure d'urgence

Tableau des illustrations

Tableau 1 : Descriptif de la population des deux études

Tableau 2 : Nombre et nature des traitements administrés

Tableau 3 : Répartition des antalgiques et de la voie d'administration en fonction du motif de recours lors de la période II

Figure 1 : Intensité de la douleur à T0 lors de la période I et de la période II (%)

Figure 2 : Intensité de la douleur à T fin lors de la période I et de la période II (%)

Figure 3 : Variation de l'intensité de la douleur entre T0 et T fin lors de la période 1 et de la période 2

Figure 4 : Variation de l'intensité de la douleur entre T0 et T fin lors de la période II (DEN)

Figure 5 : Taux de douleurs sévères (IC 95%) à T0 aux périodes I et II

Figure 6 : Taux de soulagement (IC95%) à T fin aux périodes I et II

Figure 7 : Taux de douleurs sévères (IC 95%) à T fin aux périodes I et II

INTRODUCTION

1. Généralités sur la douleur

1.1 Définition

L'algologie et la médecine ont une histoire qui semble liée depuis les débuts de la civilisation. Depuis les premiers écrits médicaux, la douleur est une permanence dans l'histoire de l'art médical. Dans son livre « Histoire de la médecine » paru en 2004, le Professeur Jean Charles Sournia auteur de nombreux ouvrages à ce sujet, s'interroge : la médecine a-t-elle commencé au moment où la première douleur a été soulagée ou au moment où la première pathologie a été guérie ? (1)

Les premiers écrits s'intéressant à la prise en charge de la douleur sont datés de la Grèce antique. Au V^{ème} siècle avant J-C, Sophocle dispose déjà d'un riche langage afin de caractériser le syndrome de la douleur. Puis, Hippocrate au IV^{ème} siècle avant J.-C., lui accorde une valeur diagnostique et la considère comme un signal d'appel majeur doté d'une importance sémiologique considérable.

L'église joue également un rôle important dans la prise en charge de la douleur en la qualifiant de châtiment de Dieu ou de promesse de récompense dans l'au-delà...

Les premiers antalgiques furent quand à eux découverts et utilisés très tôt dans l'histoire. Dès l'œuvre d'Homère, Hélène offrait du vin à Télémaque pour calmer ses blessures. Il a été également retrouvé des œuvres d'art représentant l'utilisation d'opium datant de 3200 avant JC.(2)

De nos jours, la douleur est définie selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) (3) comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. Cette définition affirme une dimension sensorielle indissociable des dimensions affective, émotionnelle et psychologique. Il est donc communément acquis qu'il existe une part subjective à la douleur et que c'est une construction multidimensionnelle assez complexe où il est difficile de faire la part des choses entre les signes objectifs, biologiques de la maladie et celle de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement.

Contrôler la douleur devient une obligation légale à la création du code de déontologie médicale en 1979. Elle est également imposée aux établissements de santé avec la loi du 4 février 1995 et se retrouve au centre de l'article 3 de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, comme un droit fondamental. (4)

1.2 Evaluation de la douleur

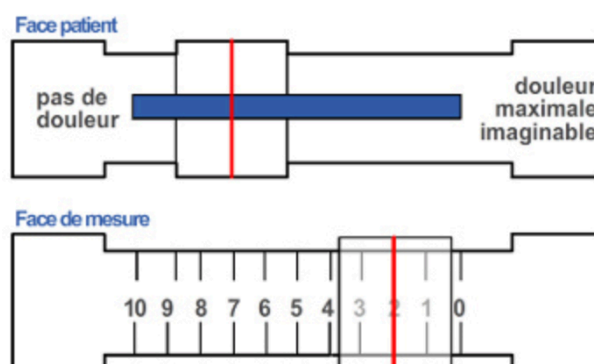
L'aspect subjectif et multidimensionnel de l'expérience douloureuse a rendu son évaluation réellement difficile. Karcioglu et al. (5) ont conclu dans leur étude sur les différentes échelles de mesure de la douleur que le principe le plus important pour les cliniciens est que « la douleur ne peut être traitée si elle n'a pas été évaluée ». Quelque soit la méthode d'évaluation disponible il faut savoir apprécier la douleur. Ils concluent que certaines échelles ont des avantages dans certains domaines et d'autres des inconvénients mais que ces échelles sont toutes valides. Leur utilisation diffère selon les habitudes du praticien, l'âge du malade, le type de douleur (nociception, neuropathique..), la durée de la douleur et la possibilité ou non de communication avec le malade.

1.2.1 Echelles d'auto-évaluation de la douleur nociceptive aiguë

L'échelle d'auto-évaluation permet à l'adulte communiquant d'évaluer lui-même sa douleur. Plusieurs échelles d'auto évaluation de la douleur sont disponibles, l'échelle numérique (EN) est la plus utilisée. (6)

Une seconde échelle est l'échelle visuelle analogique (EVA). Le patient place une marque sur une règle en fonction de l'intensité de sa douleur à un temps donné.

Elle a été mise au point pour la cotation de la douleur par Huskisson en 1974.



Pour ces deux échelles, 0 est considéré comme une absence de douleur, entre 1 et 39 la douleur est considérée comme supportable, entre 40 et 59 comme modérée, intense entre 60 et 79, et insupportable entre 80 et 100. Une prise en charge de la douleur est nécessaire à partir d'une douleur mesurée à 4/10.(7)

La dernière échelle est l'échelle verbale simple (EVS), parfois plus accessible au patient car moins abstraite. Elle lui propose une série de qualificatifs hiérarchisés allant de douleur absente à douleur intense en passant par douleur faible et modérée. Douleur absente = 0 ; douleur faible = 1 ; douleur modérée = 2 ; douleur intense = 3 ; extrêmement intense = 4.

Le patient nécessite une prise en charge de la douleur si $EVS \geq 2$ (échelle de 0 à 4). (6)

1.2.2 Echelles d'hétéro-évaluation de la douleur nociceptive aiguë

Les échelles d'hétéro-évaluation de l'adulte ne doivent être utilisées qu'après avoir essayé de recueillir la douleur par le biais d'une auto-évaluation de la douleur.

L'échelle la plus utilisée est l'échelle ALGOPLUS (8) qui permet une évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée (> 65 ans) présentant des troubles de la communication verbale. Elle a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé dans les cas où une auto-évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale). L'échelle comporte cinq items (domaines comportementaux d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui» l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelque soit les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré existence.

En pratique, pour remplir la grille, il faut observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général. Si le résultat est supérieur ou égal à 2, une analgésie est nécessaire.

(Annexe 1)

Il est prévu que si l'échelle ALGOPLUS retrouve un score strictement inférieur à 2, une nouvelle échelle d'hétéro-évaluation soit utilisée. Les autres échelles d'hétéro-évaluation de la douleur aiguë sont par exemple les échelles DOLOPLUS, ECPA et PASCLAC. (8)

L'échelle d'observation comportementale (EOC) de François Boureau qui représente une version simplifiée des échelles d'évaluation de la douleur chez les patients adultes non communicants (sans limite d'âge) semble adapté à son utilisation aux urgences et pourra donc venir compléter l'échelle ALGOPLUS, plus adaptée pour la personne âgée non communicante. Seuil d'intervention thérapeutique lorsque le score est supérieur ou égal à 3/10. (9)

(Annexe 2)

2. La douleur aux urgences et oligoalgésie :

2.1 Généralités

2.1.1 Présentation

De nombreux travaux ont dressé un état des lieux épidémiologique de la douleur aux urgences. Dès 1993, l'étude de Tempelhoff et al. (10) tire la sonnette d'alarme car près de 86,4 % des patients admis aux urgences ont alors une échelle numérique moyenne de 5,99 ne diminuant pas pour la plupart durant la prise en charge aux urgences. Ces travaux sont un peu nuancés par les investigations menées en 2002 par Cordell et al. (11) qui retrouvent une douleur initiale présente chez 61,8 % des patients. Parmi ces patients, 85,4 % ont comme motif principal de consultation la douleur. L'étude PALIERS, plus récente et plus complète, dresse un portrait plus précis de la prise en charge de la douleur dans les services d'urgence en France.

2.1.2 Etude PALIERS

L'étude PALIERS (12), a été réalisée en 2010 par Boccard et al. sur une période de 48 heures dans 11 services d'urgences français. Elle a permis à l'aide de questionnaires complétés par des infirmiers extérieurs aux services d'inclure 1352 patients.

Dans les résultats de cette étude, on retrouve que la douleur est présente chez 61 % des patients et se trouve être le motif principal de consultation pour deux tiers d'entre eux.

Pour 21 % des patients, la douleur avait débuté moins de 2 h avant l'admission et pour 55 % des patients moins de 24 heures avant l'admission aux urgences.

L'étude montre également que seulement 38 % des patients douloureux bénéficient d'un traitement antalgique à l'admission dans le service d'urgence. Celui-ci n'étant pas adapté à l'intensité de la douleur dans la plupart des cas. La réalisation d'actes médicaux (ECG, réduction de luxation d'épaule ou de fractures...) était pratiquée chez 84 % des patients alors que seulement 8 % d'entre eux recevaient un antalgique.

A la sortie des urgences, la douleur était toujours présente chez 47 % des patients avec une intensité modérée à sévère retrouvée pour 65 % des patients douloureux à l'entrée aux urgences soit 30% des patients.

2.1.3 Oligoanalgésie : Définition

Etymologiquement, l'oligo-analgésie provient des mots grecs « analgesia » absence de douleur et « oligos » faible quantité. Il existe plusieurs définitions. Celle issue de la conférence d'experts de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgences) de 2010 où les objectifs recommandés pour une analgésie efficace sont une EVA ≤ 30 mm, une EN ≤ 3 avec un score de sédation Ramsay = 2 ou score EDS < 2 ou score d'ATICE ≥ 4 . (13)

Une approche plus subjective est proposée par l'EMA (Emergency Medicine Australia) pour caractériser une analgésie réussie. Les patients définissent eux mêmes quel est le niveau d'antalgie jugé satisfaisant après une action médicale. Il en ressort une définition de l'antalgie efficace comme, une diminution de la douleur initialement évaluée de 2 points ou correspondant à un niveau strictement inférieur à 4/10.(14)

2.2 Conséquences de l'oligoalgésie

De nombreuses études ont démontré ou émis des hypothèses quant aux effets secondaires imputables à l'oligoalgésie :

- une revue de la littérature publiée en 2015 (15) a révélé l'existence d'un lien entre une prise en charge efficace de la douleur et une diminution du temps de ventilation mécanique, une baisse du taux d'infections, une amélioration de l'instabilité hémodynamique, une diminution du nombre d'épisodes confusionnels, une diminution de la dis-immunité et une amélioration du taux de survie global.

- une étude évaluant les complications post-opératoires (16) a révélé une tendance à la chronicisation de la douleur chez les patients ayant une douleur initiale plus importante et une moyenne de douleur plus élevée à la suite de la prise en charge. Cette étude préconise donc une antalgie plus efficace et plus rapidement mise en place pour diminuer les douleurs chroniques.

- une étude évaluant les causes et conséquences d'une prise en charge inadéquat de la douleur aiguë (17) a mis en avant que l'oligoalgésie avait un impact négatif sur la qualité de vie avec une diminution de la mobilité, des relations sociales, du sommeil (diminution du temps de sommeil ou réveils nocturnes dus à la douleur chez 50 % d'entre eux et 71 % rencontrent des difficultés à l'endormissement), des relations sexuelles. Cette oligoalgésie est également le motif principal de reconsultation précoce et donc de coût supplémentaire (18).

La diminution des fonctions motrices entraîne aussi une augmentation de la fréquence des rendez-vous manqués (kinésithérapie, suivi spécialistes, etc.).

- une revue de littérature portant sur 8 articles (19,20) ne met pas en évidence de lien entre une prise en charge antalgique bien conduite et des difficultés plus importantes à déterminer un diagnostic ou un retard de prise en charge.

- une étude réalisée à l'aide d'un questionnaire a démontré une corrélation entre satisfaction des patients et meilleure prise en charge antalgique suite à leur passage aux urgences. (21)

2.3 Causes d'oligoalgésie

Afin d'expliquer ce déficit de prise en charge, de nombreux travaux ont étudié les facteurs limitants ou ralentissant la mise en place d'une antalgie efficace. Les barrières et différences les plus fréquemment mises en évidence sont :

-des connaissances générales insuffisantes concernant les antalgiques :

° En 2004, en France une enquête téléphonique (22) a été réalisée par le Dr Galinski auprès de 360 médecins smuristes. Il en est ressorti un déficit de connaissance concernant la prise en charge des douleurs aiguës sévères, imputable aussi bien à l'évaluation de la douleur que la nature du traitement à entreprendre (49 % des médecins interrogés ne connaissent pas les recommandations de la SFAR société française d'anesthésie réanimation sur les antalgiques).

° L'effet positif liés à une augmentation des connaissances des professionnels de santé est mis en avant lors d'une étude scandinave (23) portant sur les bénéfices d'une intervention éducative sur les antalgiques dans la pratique des professionnels de santé. Cette dernière décrit une différence significative concernant le gain en connaissances théoriques des professionnels avant et après intervention, mais n'est pas retrouvée lors de l'application en pratique.

° Un manque de connaissances également sur les effets secondaires et délétères dus à une mauvaise antalgie a été mis en évidence. (24)

- L'absence d'évaluation initiale de la douleur est également une cause importante d'oligoalgésie, comme le montre une étude comparant la prescription d'antalgie avant et après la mise en place d'une évaluation systématique de la douleur. Le pourcentage de patient recevant des antalgique est passée de 25 % à 36 % et le temps moyen d'administration est passé de 152 minutes à 113 minutes. Cette étude montre bien la nécessité d'une évaluation systématique de la douleur dès l'entrée des urgences.(25)

- Une autre cause d'oligoalgésie est une mauvaise estimation du niveau de la douleur par les IDE. Il est fréquemment relaté certaines situations où il n'est pas tenu compte de la douleur verbalisée par le patient et les antalgiques administrés plus en fonction du ressenti personnel. (24,26-28)

-Selon une étude menée en 1999 (29), l'anticipation de la douleur liée au soins est insuffisante. En effet on retrouve une discordance entre douleur supposée liée à un soin (pose de sonde naso-gastrique, le drainage d'abcès etc ...) et la prescription antalgique anticipée par les urgentistes.

- la persistance des idées préconçues

◦ des patients, sur les opioïdes, entraîne un refus fréquent de ces derniers lors de la prise en charge et cela malgré une balance bénéfice risque qui est connu comme favorable. (17)

◦ des professionnels de santé, selon lesquelles une sédation de la douleur pourrait masquer les signes permettant d'établir un diagnostic. La littérature nous montre que cela ne modifie pas le taux de bon diagnostic et facilite l'examen clinique par ailleurs. (18,19)

- certaines caractéristiques individuelles des patients entraînent des différences de prise en charge :

◦ une étude menée aux Etats-Unis (30) a mis en évidence des différences d'administration d'antalgiques en fonction de critères ethniques. Il apparaît que les patients blancs non hispaniques bénéficient en moyenne des doses antalgiques plus importantes et d'une utilisation plus fréquente de morphiniques.

◦ une étude révèle par ailleurs que le degré de compréhension influence la prise en charge de la douleur. Celle-ci étant trois fois moins soulagée chez les patients déments (31)

◦ Une difficulté d'évaluation de la part subjective de la douleur par les échelles d'hétéro-évaluation (32) suppose une prise en charge insuffisante de celle-ci chez les patients non communicants comme les patients déments. L'étude préconise une approche plus adaptée à l'angoisse du patient et en fonction de son milieu culturel et social.

◦ l'âge des patients serait également un facteur modifiant la prise en charge, avec une attention moins importante portée sur la douleur des personnes âgées. En effet selon Jones et al., plus les patients sont jeunes (entre 20 et 50 ans), plus ils reçoivent des antalgiques et dans un délai moindre. (33)

- le type fractures joue également un rôle dans l'antalgie réalisée :

◦ une étude menée en 2015 (34) a démontré que les fractures et les luxations ont de meilleures chances de recevoir des antalgiques adaptés et donc une meilleure sédation de la douleur que les entorses, foulures ou contusions.

◦ une autre recherche (35) a montré que l'antalgie est plus rapide, plus efficace, avec un soulagement décrit comme plus important pour les patients présentant une douleur d'origine traumatique. Les douleurs abdominales sont quant à elles, significativement moins bien prises en charge.

- l'absence de protocole antalgique, notamment pour la prescription et titration de morphine, fait apparaître des différences prescripteur dépendant. Cela entraîne une diminution importante de l'efficacité de la morphine (douleur diminue de 73 % quand protocole bien conduit contre 53 % quand réalisé sans protocole). (36)

- la surcharge de travail des infirmiers dans les services d'urgences est démontrée dans certaines études comme étant un facteur de retard à la prise en charge (lorsque corrélée au nombre de box d'examen occupés ou au taux de remplissage des urgences) (37), d'autres études (38) n'ayant néanmoins pas retrouvé de liens significatifs entre le taux de remplissage et le retard à la prise en charge. La réévaluation de l'intensité de la douleur durant le passage aux urgences est souvent considérée comme insuffisante avec un taux de réévaluation selon une revue de littérature de 2014 (39) qui varie entre 32 et 50 %.

2.4 Axes d'amélioration

La mise en place d'un protocole de service permettrait de systématiser dans le dossier patient une échelle de douleur dès son entrée dans le service d'urgence.(19,25)

Cela permettrait également d'optimiser notre partialité dans l'évaluation de la douleur et la mise en place d'une antalgie correspondante. (40)

Le protocole limiterait également un mésusage médicamenteux souvent rapporté concernant la morphine en fixant un protocole facilement accessible pour les professionnels de santé et que l'infirmier pourrait suivre à la lettre durant la prise en charge (41)

Cela majorerait également l'intérêt suscité par les paramédicaux à cette prise en charge, ces derniers participant au diagnostic et à la prise en charge de la douleur sans avoir forcément besoin d'un aval médical, ce qui améliorerait par la suite la prise en charge du patient. (42)

La mise en place d'un protocole permettrait également de systématiser l'utilisation d'une notion importante née dans des recherches menées par Kehlet H (43) au début des années 90 : l'analgésie multimodale.

Elle consiste en une administration concomitante d'antalgiques avec des mécanismes d'action différents (centraux et périphériques par exemple). Elle est née d'une volonté de diminution des doses administrées de morphine dans le soucis d'atténuer les effets secondaires qui lui étaient attribués comme : les nausées , les vomissements , la sédation, ou la rétention d'urine. Ces effets néfastes de l'administration des opioïdes ayant pour tendance d'augmenter les durées d'hospitalisation des patients. L'autre explication était la non efficacité sur les douleurs neuropathiques et les douleurs à la mobilisation de la morphine qui limiterait la mise en place d'une rééducation précoce.

Les premières études ont été réalisés dans le cadre de douleurs post opératoires ou comme solution à cette diminution de doses de morphine il a été essayé d'associer la morphine systématiquement à un pallier 1 comme les AINS ou le paracetamol par exemple. Grâce à différentes études (44) il a donc été prouvé que l'association Paracetamol + morphine était additif avec une diminution en moyenne sur les premières 24 heures de 9 mg de la dose de morphine administrée (soit 20 % de la dose administrée) sans diminution franche des effets secondaires. L'association AINS et morphine est quand à elle synergique avec une diminution en moyenne de 25 mg de la dose de morphine administrée soit une diminution de 50 % associée à une diminution significative des effets secondaires que sont la sédation et les nausées.

La triple association AINS, Paracetamol, Morphine montre quand à elle une diminution de 60 % des besoins. Cette notion d'analgésie multimodale est donc primordiale dans la réalisation de notre protocole afin de limiter les doses de morphine administrées.

Plusieurs études ont montré un impact significativement positif à la mise en place d'un protocole antalgique applicable dès l'entrée aux urgences. Une revue de littérature, réalisée en 2018, par Varndell et al. (45) regroupe douze de ces études. Elle porte sur 6641 patients dans 6 pays différents. Plusieurs domaines sont touchés. Tout d'abord le délai de mise en place d'une analgésie efficace a diminué en moyenne de 35,8 minutes variant de 30 minutes pour 6 études à 60 minutes pour deux études, ce qui montre donc une accessibilité aux antalgiques très fortement facilitée.

Il est ensuite décrit une efficacité significative sur la diminution de la douleur dans 7 études, certaines portant sur la réduction de la douleur à 1 h de l'administration, à la sortie des urgences etc ... Il serait également rapporté dans 4 études une augmentation de la satisfaction des patients sur leur prise en charge. Une efficacité significative a également été montrée sur la réduction de la durée de prise en charge aux urgences qui seraient réduite dans deux études. Enfin aucun effets indésirables majeurs n'ont été rapportés dans 7 études évaluant cela.

Une étude allemande (46) menée sur 18 mois entre 2011 et 2012 comparant les résultats avant et après la mise en place d'un protocole antalgique a montré quand à elle une augmentation de l'importante apportée par l'équipe soignante à la douleur des patients ainsi qu'une amélioration de l'administration d'antalgiques sur le long terme dans le service.

3. La douleur au Centre Hospitalier de Périgueux

3.1 Présentation du CH de Périgueux et de sa SU

Le centre hospitalier où s'est déroulé notre étude est situé dans la ville de Périgueux, préfecture du département de la Dordogne faisant partie de la région Nouvelle- Aquitaine.

Centre hospitalier le plus important du département, il draine avec les hôpitaux de Sarlat et Bergerac un département dont le bassin de population est composé de 416 350 personnes, dont 31.540 pour la ville de Périgueux.(47)

La capacité d'accueil totale de la structure est de 1272 lits réparties en 362 lits pour la médecine, 104 lits pour la chirurgie, 40 lits pour l'obstétrique, 66 lits de SSR (soins de suites et de réadaptation), 44 lits de HAD (hospitalisation à domicile), 109 lits de psychiatrie, 487 lits d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Le service d'urgences compte 44.487 passages annuels avec une moyenne de 122 passages par jour pour 15.583 hospitalisations. (48)

La structure d'urgences du centre hospitalier de Périgueux est divisée en deux parties avec d'un côté les urgences pédiatriques et d'un autre côté les urgences adultes qui prennent en charge la traumatologie pédiatrique au sein de la filière courte.

Les patients sont systématiquement vus par l'infirmier d'accueil et d'orientation à la suite de leur enregistrement par les secrétaires. L'IAO oriente les patients selon les critères de l'échelle CIMU (49)

Le service des urgences adultes est séparé en trois avec un secteur appelé « circuit court » prenant en charge la traumatologie et les patients cotés CIMU 4 et 5. Cette partie est composée de deux box de soins, d'un box de consultation et d'un box de plâtres. L'équipe médicale est composée d'un médecin sénior, un interne, d'un infirmier et d'un aide soignant.

Le secteur dit « long », est composé de 10 box scopés. L'équipe médicale et paramédicale est composée de deux médecins séniors, deux internes, deux infirmiers et deux aides-soignants.

Le troisième secteur est la Salle d'Accueil d'Urgence Vitales (SAUV) qui peut accueillir jusqu'à 4 patients simultanés. Il est également destiné à réaliser des gestes techniques et/ou douloureux (pose de drain thoracique, pose d'une voie centrale, réduction d'une luxation d'épaule...).

3.2 Etude préliminaire

Une étude observationnelle rétrospective (50) évaluant l'analgésie aux urgences a été réalisée en 2018 dans la SU du Centre Hospitalier de Périgueux (CHP). Les résultats obtenus montraient que deux tiers des patients sortaient soulagés du service. Ces résultats étaient comparables avec la littérature actuelle sur le sujet. Cependant l'oligoanalgésie restait encore trop présente puisqu'un patient sur trois quittait le service avec une douleur modérée à sévère et un patient sur cinq ne recevait pas d'antalgiques. Par ailleurs, le délai d'administration des antalgiques était estimé trop long (estimé en moyenne à quatre heures après l'admission aux urgences). Un protocole de prescriptions anticipées d'antalgiques délivrés par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) a été instauré dans la SU du Centre Hospitalier de Périgueux (CHP). Ce protocole a été instauré à la suite de l'étude de 2018 afin de tenter d'optimiser l'analgésie aux urgences et de raccourcir les délais de prise en charge de la douleur.

3.4 Protocole douleur

Suite à cette étude un protocole douleur a été mis en place dans la SU pour tout patient admis à l'IAO.

Le protocole a été présenté au personnel médical et paramédical au cours de plusieurs réunions de sensibilisation, formation et discussion sur les modalités d'application et le public concerné.

Ces réunions se sont déroulées sur une durée de deux semaines, 1 mois avant le début de la période de recueil.

Ce protocole est réalisé selon les recommandations mises à jour par la III^{ème} conférence de consensus en médecine d'urgence datant de 2008. (51)

Annexe 3

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'efficacité et la qualité de la prise en charge de la douleur aiguë à l'accueil des urgences après la mise en place du protocole de prescriptions anticipées, chez les patients de plus de 18 ans, afin de comparer les résultats obtenus à ceux de l'étude réalisée en 2018.

Matériel et méthode :

1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique avant-après réalisée au sein de la SU adultes du Centre Hospitalier de Périgueux. Cette étude faisait suite à celle réalisée en 2018 avant la mise en place du protocole de prise en charge anticipée de la douleur.

Le recueil de données a été fait sur la base des observations informatiques médicales et paramédicales réalisées de mai à juin 2019 et a été comparé à celui réalisé de mars à avril 2018.

2. Population étudiée :

Ont été inclus dans cette étude tous les patients âgés de 18 ans ou plus, qui se présentaient aux urgences du CHP avec une douleur aiguë modérée à sévère. Cette dernière était définie par une évaluation numérique de la douleur (EN) supérieure ou égale à 4/10

Les patients présentant une détresse vitale, polytraumatisés, inconscients ou non communicants n'étaient pas inclus.

3. Protocole :

L'ensemble des paramètres nécessaires au recueil des données ont été collectées à l'aide du logiciel informatique DXCARE® utilisé au CHP, à partir des observations médicales, paramédicales et du recueil informatique des paramètres vitaux des patients. Il comprenait plusieurs items avec notamment l'évaluation de l'intensité de la douleur (mesurée par une échelle adaptée au patient). L'échelle utilisée aux urgences était l'échelle numérique (EN) pour laquelle il était demandé au patient de coter le niveau de douleur entre 0 (aucune douleur) et 10 (douleur la pire imaginable). De 0 à 3 l'intensité de la douleur était considérée comme faible, de 4 à 6 comme modérée, et de 6 à 10 comme sévère.

Les autres données recueillies étaient les caractéristiques démographiques du patient, l'intensité de la douleur lors de la réalisation d'un geste potentiellement douloureux, le motif de recours aux ur-

gences, le siège de la douleur, la catégorie diagnostique finalement retenue, la durée du séjour au sein des urgences et l'évaluation horaire de la douleur.

Le protocole d'antalgie anticipée a été créé et mis en place après concertation pluridisciplinaire (urgentistes, pharmaciens et référent douleur du CHP) afin de pouvoir proposer une analgésie adaptée au niveau de douleur du patient dès le début de la prise en charge aux urgences, soit à l'accueil des urgences.

Le protocole a été validé par le service qualité du CHP. Une formation a été dispensée au personnel paramédical (IOA et aides soignant(e)s) et des fiches réflexes (annexe) étaient à disposition à l'accueil. Ces dernières permettaient l'utilisation d'antalgiques de paliers 1 à 3 à l'accueil des urgences, dispensés par l'IOA, après évaluation de la douleur. Elles permettaient une aide à la prise de décision sur la catégorie de l'antalgique à délivrer afin que l'IOA soit encadré au mieux dans la prescription.

Les antalgiques délivrés dépendaient de l'intensité de la douleur que le patient présentait à l'arrivée aux urgences, de la prise récente ou non d'antalgiques avant l'arrivée aux urgences et des contre-indications relatives à chaque antalgique selon chaque patient (allergie, insuffisance rénale...).

Aucune information ni consentement n'a été donné aux patients avant inclusion. Les données personnelles ont été anonymisées et une déclaration à la CNIL a été réalisée conformément à la réglementation en vigueur.

4. Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal était défini par l'intensité de la douleur mesuré par l'EN lors de la fin de prise en charge aux urgences (avant le retour à domicile ou hospitalisation).

L'analgésie était considérée comme suffisante ou de qualité lorsque l'EN était inférieure ou égale à 3/10 à la sortie des urgences, conformément aux recommandations émises par la SFMU en 2010.

5. Analyse statistique :

Les variables quantitatives étaient représentées par leur médiane et les percentiles 25 et 75 (Interquartile). Elles étaient comparées par l'utilisation d'un test t de Student et par un test non paramétrique de Mann-Whitney. Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% (IC95) et étaient comparées avec un test de Chi2, un test corrigé de Yates ou bien un test de Fisher si indiqué.

Une analyse de l'association entre l'obtention d'une douleur absente ou faible à la sortie, et les variables évaluées a été réalisée tout d'abord en univariée puis en multivariée à l'aide d'un modèle de régression logistique. L'âge et le sexe des patients ainsi que toutes les variables ayant une signification définie par $p \leq 0,2$ en analyse univariée ont été incluses dans le modèle. Ces associations ont été exprimées en Odds Ratio (OR) et IC95%. Le logiciel Excel® 2010 v 14.7.4 (Microsoft®, Santa Rosa, Etats Unis) a été utilisé et les calculs statistiques ont été réalisés avec le logiciel SPSS 17.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA).

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

1048 patients ont été inclus du 19 mars 2018 au 16 juin 2019.

Soixante quatorze patients ont été exclus. Lors de la période I, 6 patients avaient eu une hétéroévaluation et 2 avaient une EN < 4/10 à l'entrée. Lors de la période II, 1 patients avait eu une hétéroévaluation, 1 n'avait pas été évalué, 3 avaient une EN < 4/10 à l'entrée, et 61 n'avaient pas d'évaluation lors de la sortie des urgences.

Au total 974 patients ont été analysés, 508 pour la période I et 466 pour la période II. Les résultats de la comparaison des deux populations sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Descriptif de la population des deux études

Variables	PERIODE I N = 508	PERIODE II N = 466	p
Age, années			0,7
Moyenne (DS)	46,1 (20,5)	45,7 (20,6)	
Manquants	0	1	
Sexe, N (%)			0,8
M	243 (47,8)	218 (46,9)	
F	265 (52,2)	247 (53,1)	
Manquant	0	1	
Taille, cm			0,2
Moyenne (DS)	169,0 (9,2)	168 (9,5)	
Manquants	0	124	
Poids, kg			0,2
Moyenne (DS)	71,4 (16,4)	72,8 (16,5)	
Manquants	0	119	
Index de masse corporel, kg.m ⁻²			0,2
Moyenne (DS)	24,9 (5,1)	25,4 (6,1)	
Manquants	0	124	
Catégories de motifs de consultation, N (%)			0,6
Médical	300 (59,1)	268 (57,6)	
Traumatique	208 (40,9)	198 (42,4)	
Manquants	0	0	
Motifs de consultation, N (%)			0,06
Douleur thoracique	51 (10)	37 (7,9)	
Douleur abdominale	115 (22,6)	114 (24,5)	
Traumatisme membre supérieur	76 (15,)	57 (12,0)	
Traumatisme du rachis et bassin	12 (2,4)	21 (4,5)	
Traumatisme membre inférieur	85 (16,7)	86 (18,2)	
Douleur du rachis	46 (9,1)	22 (4,7)	
Douleur ORL	14 (2,8)	22 (4,7)	
Céphalée	32 (6,3)	24 (5,2)	
Traumatisme crânien ou facial	17 (3,3)	16 (3,4)	
Douleurs ostéo-articulaires	24 (4,7)	27 (5,8)	
Autres	36 (7,1)	41 (8,8)	
Catégories diagnostics retenues N (%)			0,08
Neurologique	24 (4,7)	29 (6,4)	
Cardio-vasculaire	10 (2,0)	17 (3,7)	
Pneumologique	9 (1,8)	1 (0,2)	
Infectieux	27 (5,3)	14 (3,1)	
Ophtalmologique	3 (0,6)	3 (0,7)	
ORL	15 (3,0)	24 (5,3)	
Iatrogénie	1 (0,2)	0 (0)	
Traumatisme crânien	20 (3,9)	13 (2,9)	
Traumatisme périphérique	194 (38,2)	164 (36)	
Urologique	28 (5,5)	38 (8,3)	
Rhumatologique	48 (9,4)	45 (9,9)	
Dermatologique	6 (1,2)	12 (2,6)	
Gastro-entérologique	67 (13,2)	59 (12,9)	
Gynécologique	12 (2,4)	16 (3,5)	
Autres	44 (8,7)	21 (4,6)	
Manquants	0	10	
Durée de passage aux urgences (H)			0,02
Médiane (IQR)	3 (2 – 6)	3 (2 – 5)	
Extrêmes	1 -24	0 – 18	
Manquants	1	5	
Hospitalisations N (%)	112 (22,0)	65 (14)	0,001

2. Résultat principal

L'intensité de la douleur à l'entrée était sévère pour les deux périodes avec une EN médiane à 7 [5-8] avec des extrêmes à 4 et 10 (N=508 sur la période I et N=466 sur la période II). La médiane de sortie à 3 [1- 4] pour les deux périodes.

Soixante-douze patients pour la période I (soit 14,2%) et soixante-deux (soit 13,3%) pour la période II présentaient au décours de la prise en charge une douleur sévère (EN \geq 6/10) .

Trois cent dix-huit patients sur 508 pour la période I et 298 sur 466 pour la période II étaient soulagés, soit respectivement 62,6% [IC95% : 58,4- 66,8] et 64,9% [IC95% : 60,6-69,2].

Quatre-vingt-quinze patients dans la période I et 61 patients dans la période II n'ont pas reçu d'analgésiques. Parmi ces derniers, 29 (5,7% des patients de la période I) ont refusés de recevoir des analgésiques dans la période I et 42 (9,2% des patients de la période II) dans la période II.

3. Résultats secondaires

Figure 1 : Intensité de la douleur à T0 lors de la période I et de la période II (%)

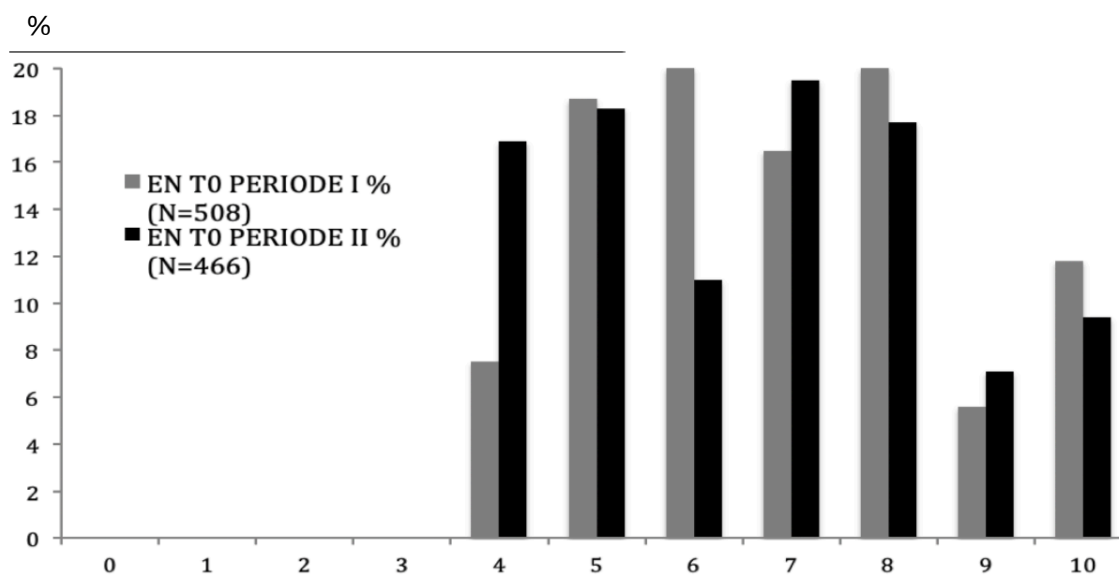


Figure 2 : Intensité de la douleur à T FIN lors de la période I et de la période II (%)

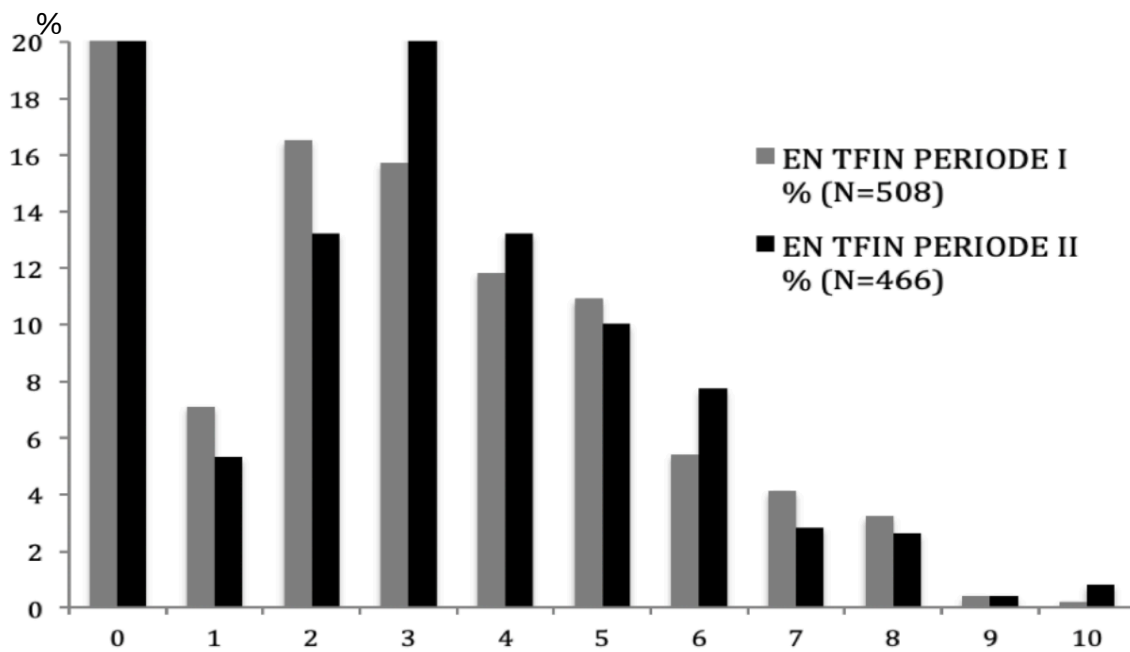


Figure 3 : Variation de l'intensité de la douleur entre T0 et Tfin lors de la période 1 et de la période 2. (Médiane (vert) extrêmes et interquartiles 25 et 75 %).

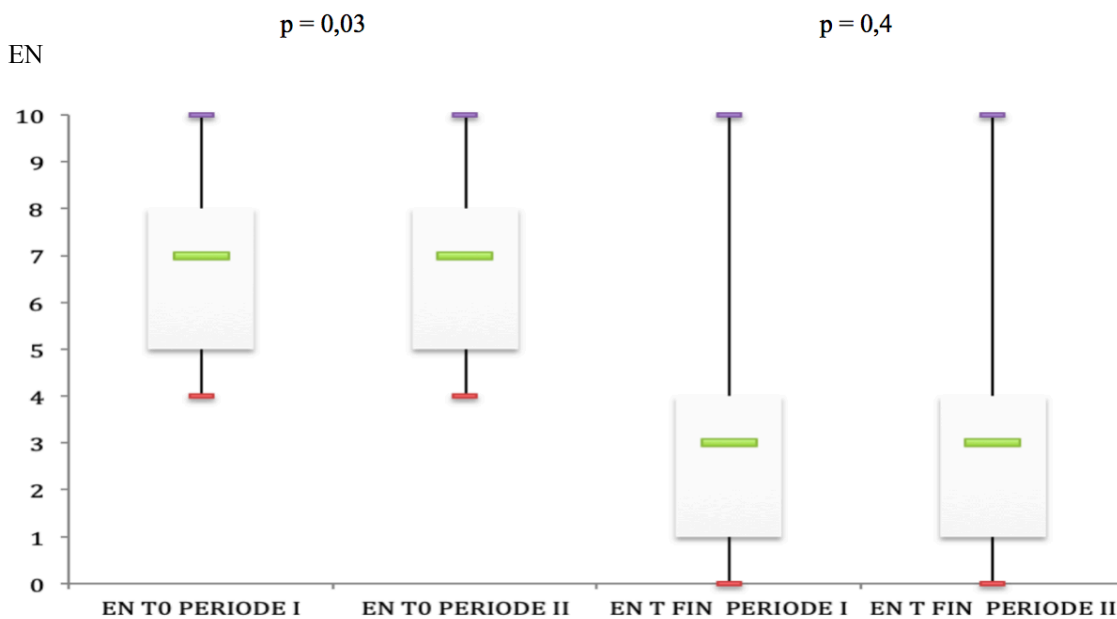


Figure 4 : Variation de l'intensité de la douleur entre T0 et T fin lors de la période 1 et lors de la période 2 (Δ EN). (Médiane (vert) extrêmes et interquartiles 25 et 75 %).

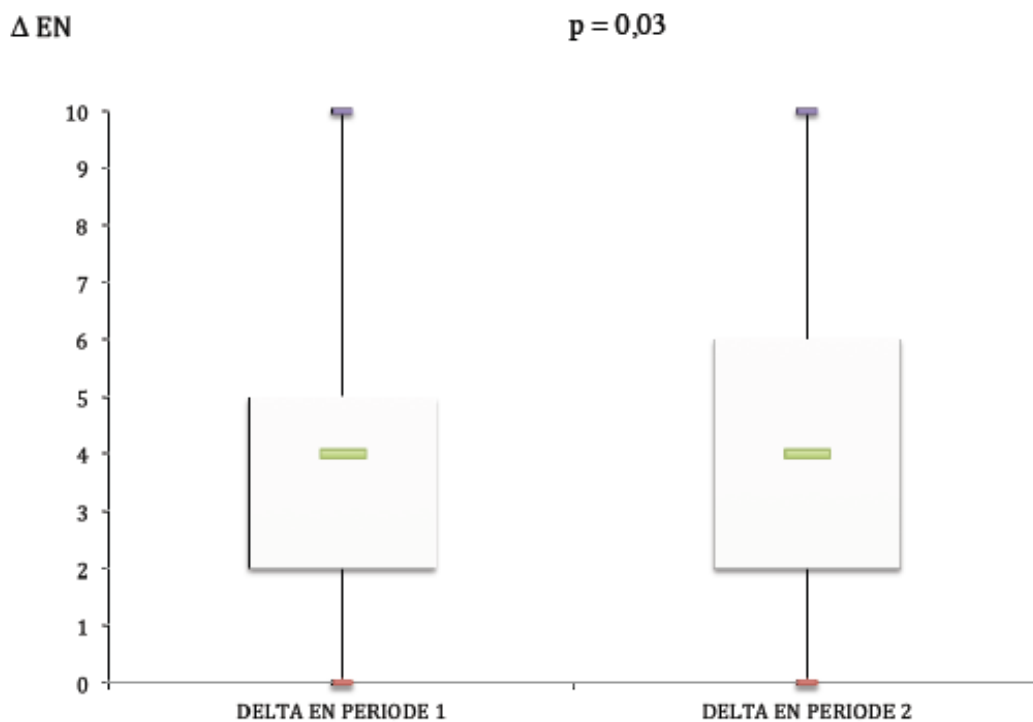


Figure 5 : Taux de douleurs sévères (IC 95%) à T0 aux périodes I et II

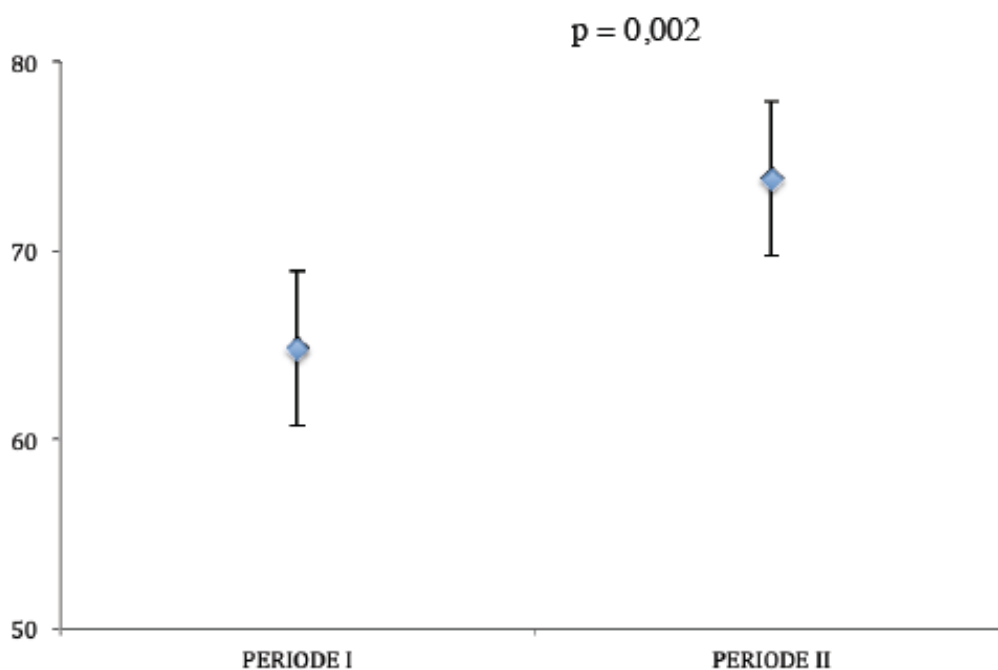


Figure 6 : Taux de soulagement (IC 95%) à T FIN aux périodes I et II.

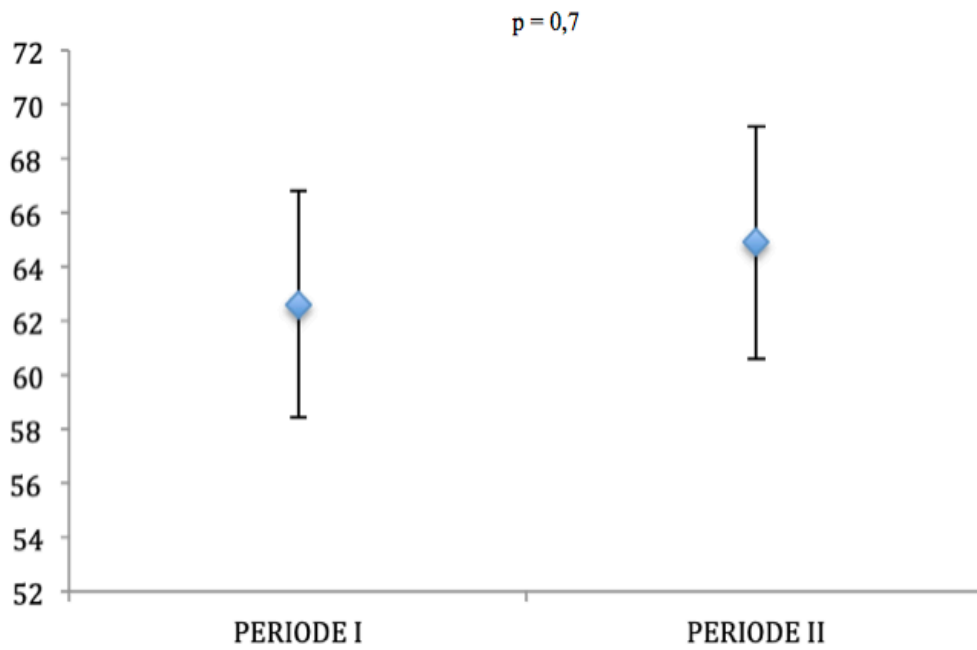


Figure 7 : Taux de douleurs sévères (IC 95%) à T FIN aux périodes I et II

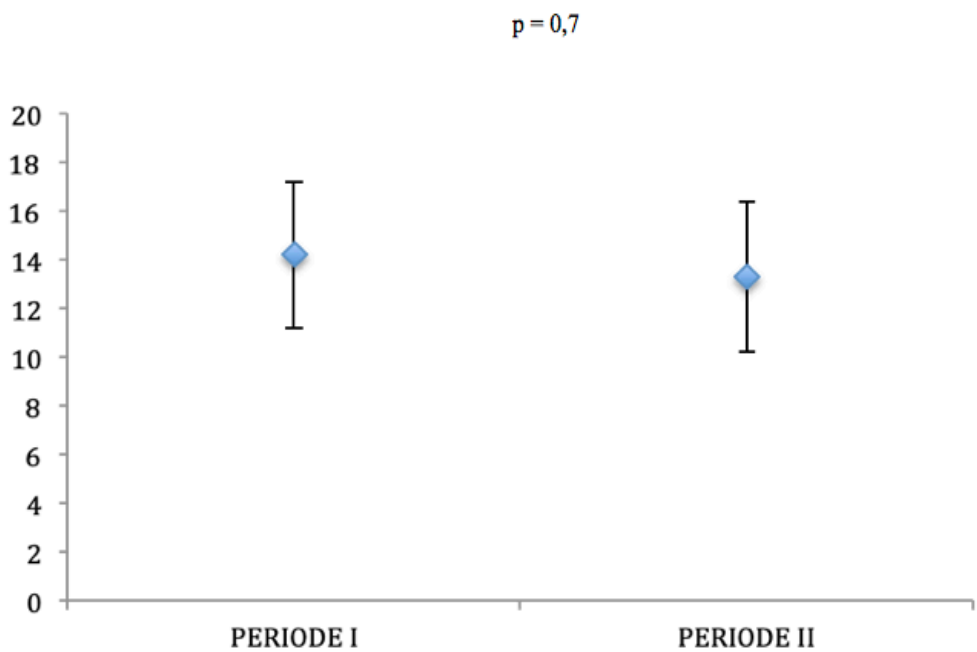


Tableau 2 : Nombre et nature des traitements administrés

Molécules	PERIODE I N = 508	PERIODE II N = 466	p
Refus d'antalgique N (%) Manquants	29 (5,7) 0	42 (9,2) 10	0,04
Aucun antalgique N (%) Manquants	95 (18,9) 6	61 (13,1) 2	0,02
PARACETAMOL N (%) Manquants	359 (70,7) 0	321 (69,2) 2	0,3
NEFOPAM N (%) Manquants	17 (3,3) 0	10 (2,2) 2	0,3
Palier 2 (tramadol, codeine, opium) N (%) Manquants	92 (18,1) 0	184 (39,7) 2	< 0,0001
AINS N (%) Manquants	105 (20,7) 0	50 (10,8) 2	< 0,0001
Opioides Manquants	69 (13,6) 0	111 (23,9) 2	< 0,0001
Autres (MEOPA, glace, sédatifs, triptan, laroxyll, lyrica, zophren, AL collyre, spasfon, protecteurs gastriques)	31 (6,1) 0	16 (3,4) 2	0,04
ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSE, N (%) NON (1 seule molécule) OUI (> 1 molécule)	241 (58,4) 172 (41,6)	150 (37,5) 250 (62,5)	< 0,0001
EFFETS INDESIRABLES, N (%)	3 (0,6)	2 (0,4)	

Tableau 3 : Répartition des antalgiques et la voie d'administration en fonction du motif de recours.

Traitements	Medical, N (%)	Traumatique, N (%)	p
AINS PAS D'AINS	68 (23) 232 (77)	33 (16) 176 (84)	0,6
OPIOIDES PAS D'OPIOIDES	30 (10) 270 (90)	20 (10) 189 (90)	0,9
Administration			0,0001
Per os	111 (44)	116 (74)	
Intraveineuse ou sous cutanée	140 (56)	41 (26)	
Association thérapeutique			0,006
Aucun antalgique	45 (15,0)	51 (24,4)	
Une seule molécule	139 (46,5)	101 (48,3)	
≥ 2 molécules	115 (38,5)	57 (27,3)	

Discussion

Cette étude n'a donc pas permis de mettre en évidence une différence significative en ce qui concerne le critère de jugement principal. En effet, l'intensité de la douleur mesurée par l'EN à la fin de la prise en charge n'a pas été significativement diminuée en comparaison au travail réalisé en 2018. L'analyse des données secondaires a néanmoins montré que la mise en place d'un protocole antalgique applicable dès l'entrée dans la structure d'urgences a permis une amélioration des pratiques en ce qui concerne la prise en charge antalgique des patients dans le CHP.

Cette étude est réalisée avec un nombre important de patients inclus sur des courtes durées. Les populations sont comparables dans les deux périodes sauf pour le taux d'hospitalisation qui était inférieur dans la deuxième période. Les données ont été recueillies à un an d'écart afin d'avoir des motifs de consultations les plus comparables possibles. Le nombre de sujets manquants est faible et les variables prises en compte étaient multiples (données démographiques, motif de recours aux urgences, antalgiques, délai de prise en charge...). Enfin notre critère de jugement principal, l'échelle numérique, est un critère facilement mesurable sensible, reproductible et validé.

Ce travail possède des faiblesses. Tout d'abord, il s'agit d'une étude avant-après qui permet de montrer l'évolution d'une pratique, sans que l'on puisse affirmer que les modifications observées sont liées à l'intervention. Il s'agit également d'une étude rétrospective ce qui a eu pour conséquence le manque de complétude de certaines données (comme l'évaluation horaire de la douleur).

Cette étude a été menée de façon monocentrique dans un centre hospitalier de périphérie.

D'autre part, le délai entre la mise en place du protocole et le recueil des données était faible (environ 3 mois) ce qui ne permet pas un recul suffisant. En effet, l'administration d'antalgiques sera probablement plus adaptée quand les équipes auront acquis plus d'expérience et seront familiarisées au protocole. Cependant, l'obtention d'un changement positif des pratiques au bout de 3 mois peut suggérer une tendance vers un vrai progrès dans la prise en charge antalgique au sein du service à plus long terme.

La durée de passage aux urgences était inférieure dans la deuxième période par rapport à la première. Cela est en relation avec la restructuration actuellement en cours dans la SU du centre hospitalier de Périgueux afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Un biais de sélection est lié aux critères d'inclusion et de non inclusion. En effet, la population pédiatrique était exclue et seuls les patients ayant été évalué comme douloureux initialement ont été inclus dans l'étude. L'apparition d'une douleur liée à un geste douloureux ou au décours de la prise en charge n'ont donc pas été mesurée dans notre étude. Les patients dont la douleur a été évaluée à l'aide des échelles d'hétéro-évaluation n'étaient pas analysés.

Ce travail montre que la mise en place d'un protocole antalgique applicable dès l'entrée dans la structure d'urgences a permis un changement des pratiques en ce qui concerne la prise en charge antalgique des patients dans le CHP.

On remarque tout d'abord que lors de la période II, les patients ne recevant pas d'antalgiques sont significativement moins nombreux ce qui est une tendance retrouvée dans de nombreuses études évaluant la mise en place d'un protocole : Patil et al. (52), Decosterdet al. (53)

La prescription antalgique semble plus corrélée aux recommandations antalgiques avec un taux d'administration d'antalgiques de paliers 2 significativement plus élevé et de morphiniques également augmenté dans la période II comme dans les études menées par Patil et al. (52) et Decosterdet al. (53).

Les associations médicamenteuses sont également plus nombreuses et donc le principe d'analgésie multimodale plus appliqué. Cette tendance est similaire à celle retrouvée dans une étude menée par Galinski et al., (54) où une intervention grâce à des audits et des propositions de schéma de prescription antalgiques avaient amélioré la conformité des prescriptions aux recommandations du moment.

Il est ensuite remarqué que le nombre de refus a également augmenté durant la période II probablement du fait d'une proposition plus importante d'antalgiques, ce qui est également rapporté dans la littérature (55).

Ce protocole a donc permis d'initier un changement des pratiques favorables dans la pratique, se rapprochant des recommandations actuelles (3).

On remarque également un faible taux d'utilisation des AINS en traumatologie. Cela peut s'expliquer par l'absence de ces thérapeutiques dans le protocole à l'IOA mais aussi par la crainte de nombreux médecins de les utiliser en raison des effets indésirables et des contre-indications (3) de ces derniers. De plus, le temps de passage en traumatologie étant plus réduit (prise en charge en circuit court), cela n'a peut-être pas permis d'apprécier de façon optimale le soulagement de la douleur (durée de passage aux urgences bref).

La population incluse dans l'étude est comparable aux données de la littérature. On retrouve des données similaires dans l'étude PALIERS (12) et la prépondérance de la population féminine rejoint également plusieurs études (11,35).

D'autres études n'ont pas montrées d'effet significatif sur la douleur suite à la mise en place d'un protocole. L'étude menée par Galinski et al. (54) en 2000 cherchant à évaluer l'impact d'un protocole antalgique sur les douleurs post opératoires avaient également montré un effet sur les pratiques sans améliorer les douleurs post opératoires. L'étude de Fosnocht et al. (57) réalisée en 2007 est également une étude visant à évaluer l'effet de la mise en place d'un protocole antalgique dès le triage aux urgences sur les douleurs musculo-squelettiques. Cette étude n'avait pas montré d'effet sur la douleur à la fin de la prise en charge mais ses auteurs avaient mis en avant une baisse de 13 mm sur l'EN.

La persistance d'une oligoalgésie suite au passage aux urgences est également causées par des facteurs inhérents à cette prise en charge. Comme le montre l'étude de Tcherny-Lessenot et al. (58) réalisé en 2003, l'absence de prise d'antalgiques avant l'arrivée aux urgences, une douleur faible à modéré sont des facteurs de risques d'oligoalgésie.

De même on remarque souvent qu'aux urgences la douleur n'est pas assez évaluée comme le montre l'étude de Guéant et al. (35) menée en 2011 qui cherchait à évaluer les mesures correctives potentielles à l'oligoalgésie dans les services d'urgences. Etude réalisé grâce à la participation de 50 SU lors d'un programme d'amélioration de la qualité.

Même si on constate un changement des pratiques après la mise en place de ce protocole, il est nécessaire de poursuivre la formation du personnel médical et paramédical. Il serait notamment important de sensibiliser le personnel à l'hétéroévaluation (qui a été très peu réalisée dans l'étude), à la nécessité de réévaluer fréquemment la douleur et de les former en ce sens. Des formations régulières doivent être proposées au personnel des urgences afin de poursuivre la prise en charge optimale de la douleur.

La mise en place d'un protocole antalgique a déjà prouvé son efficacité sur la douleur à la sortie du service dans de nombreuses études. Une revue de littérature réalisée par Varndel et al. (45) a montré son efficacité significative dans sept études sur les huit étudiées. Une nouvelle étude devra être réalisée à distance afin d'évaluer si le protocole est plus efficace avec le temps ou pour chercher à identifier les causes de son manque d'efficacité. Il sera également intéressant d'évaluer le taux de satisfaction des patients lors d'une nouvelle étude.

Conclusion

Le protocole d'antalgie anticipée à l'accueil des urgences a permis un changement des pratiques, sans que cela soit traduit par une amélioration significative de l'efficacité globale de l'analgésie dans le service. Les patients recevaient des antalgiques dès l'accueil et n'attendaient pas d'être installés dans le secteur des box ou du circuit court pour bénéficier d'une thérapeutique médicamenteuse. Cette amélioration des pratiques permet une prise en charge d'avantage adaptée.

Tout ce travail s'inscrit dans une restructuration importante de la SU du centre hospitalier de Périgueux, et dans la quête permanente d'une analgésie la plus efficace possible.

Une évaluation, à distance de la mise en place du protocole, sur la prise en charge de la douleur avec une nouvelle étude pourrait être réalisé. Elle permettrait avec d'avantage de recul de mieux évaluer l'impact potentiel du protocole sur l'analgésie dans le service.

Bibliographie

1. Sournia J-C. Histoire de la médecine. Paris: La Découverte; 1997
2. Barras V. Médecine et douleur : histoire d'une relation. *Revue médicale Suisse*. 2014;10:215:3.
3. Galinski M, Beaune S, Lapostolle F, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë aux urgences. 2005;
4. Cousin C. Du droit du patient de recevoir des soins antalgiques à l'obligation du médecin de prendre en charge la douleur. *Médecine & Droit*. sept 2012;2012(116):15860.
5. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*. avr 2018;36(4):70714.
6. HAS. Liste échelles douleur 2019 [Internet]. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
7. Rat P, Jouve É. Pour l'évaluation comportementale des douleurs induites. oct 2010;(749):2.
8. Rat P, Bonin-Guillaume S, Pickering G, Leglise M-S. Algorithme d'évaluation de la douleur chez les patients âgés. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. avr 2014;15(2):526.
9. équipe de l'Unité Soutien Douleur du CHU de Bordeaux, CCECQA. Echelle d'observation comportementale (EOC) [Internet]. 2008 [cité 21 août 2019]. Disponible sur: http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/eocm_consignes.pdf
10. Tempelhoff C, Tempelhoff G. La douleur dans les services d'Accueil et d'Urgence : État des lieux étude multicentrique. *Réanimation Urgences*. janv 1993;2(3):32830.
11. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *The American Journal of Emergency Medicine*. mai 2002;20(3):1659.
12. Bocard E, Adnet F, Gueugniaud P-Y, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. *Annales françaises de médecine d'urgence*. sept 2011;1(5):3129.
13. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). *Annales françaises de médecine d'urgence*. janv 2011;1(1):5771.
14. Jao K, McD Taylor D, Taylor SE, Khan M, Chae J. Simple clinical targets associated with a high level of patient satisfaction with their pain management: Pain management satisfaction. *Emergency Medicine Australasia*. avr 2011;23(2):195201.

15. Georgiou E, Hadjibalassi M, Lambrinou E, Andreou P, Papathanassoglou EDE. The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients' Outcomes: A Systematic Review. *BioMed Research International*. 2015;2015:118.
16. Griffioen MA, Greenspan JD, Johantgen M, Von Rueden K, O'Toole RV, Dorsey SG, et al. Acute Pain Characteristics in Patients with and without Chronic Pain following Lower Extremity Injury. *Pain Manag Nurs*. 2017;18(1):3341.
17. Sinatra R. Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain. *Pain Medicine*. déc 2010;11(12):185971.
18. Hernandez-Boussard T, Graham LA, Desai K, Wahl TS, Aucoin E, Richman JS, et al. The Fifth Vital Sign: Postoperative Pain Predicts 30-day Readmissions and Subsequent Emergency Department Visits. *Annals of Surgery*. sept 2017;266(3):51624.
19. Lee JS. Pain measurement: Understanding existing tools and their application in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. sept 2001;13(3):27987.
20. Thomas SH. Management of Pain in the Emergency Department. *ISRN Emergency Medicine*. 2013;2013:119.
21. Bhakta HC, Marco CA. Pain Management: Association with Patient Satisfaction among Emergency Department Patients. *The Journal of Emergency Medicine*. avr 2014;46(4):45664.
22. Galinski M, Ruscev M, Pommerie F, Hubert G, Srij M, Lapostolle F, et al. Prise en charge de la douleur aiguë sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière : enquête nationale auprès des médecins de Smur. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. déc 2004;23(12):114954.
23. Friesgaard KD, Paltved C, Nikolajsen L. Acute pain in the emergency department: Effect of an educational intervention. *Scandinavian Journal of Pain*. 1 avr 2017;15(1):813.
24. Berben SAA, Meijs THJM, van Grunsven PM, Schoonhoven L, van Achterberg T. Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*. sept 2012;43(9):1397402.
25. Nelson BP, Cohen D, Lander O, Crawford N, Viccellio AW, Singer AJ. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med*. nov 2004;22(7):5825.
26. Motov SM, Khan AN. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res*. 9 déc 2008;2:511.
27. Duignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing*. janv 2008;16(1):238.
28. Bergman CL. Emergency Nurses' Perceived Barriers to Demonstrating Caring When Managing Adult Patients' Pain. *Journal of Emergency Nursing*. mai 2012;38(3):21825.

29. Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, Thode HC. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med.* juin 1999;33(6):6528.
30. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA.* 24 mars 1993;269(12):15379.
31. Lee PE. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ.* 10 juill 2004;329(7457):750.
32. Blettery B, Ebrahim L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. *Réanimation Urgences.* janv 1996;5(6):6917.
33. Jones JS, Johnson K, McNinch M. Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *The American Journal of Emergency Medicine.* mars 1996;14(2):15760.
34. Pierik JGJ, IJzerman MJ, Gaakeer MI, Berben SA, van Eenennaam FL, van Vugt AB, et al. Pain Management in the Emergency Chain: The Use and Effectiveness of Pain Management in Patients with Acute Musculoskeletal Pain. *Pain Medicine.* mai 2015;16(5):97084.
35. Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study: *European Journal of Anaesthesiology.* févr 2011;28(2):97105.
36. Ricard-Hibon A, Belpomme V, Chollet C, Devaud M-L, Adnet F, Borron S, et al. Compliance with a Morphine Protocol and Effect on Pain Relief in Out-of-Hospital Patients. *The Journal of Emergency Medicine.* avr 2008;34(3):30510.
37. Pines JM, Hollander JE. Emergency Department Crowding Is Associated With Poor Care for Patients With Severe Pain. *Annals of Emergency Medicine.* janv 2008;51(1):15.
38. Mitchell R, Kelly A-M, Kerr D. Does emergency department workload adversely influence timely analgesia? *Emergency Medicine Australasia.* févr 2009;21(1):528.
39. Stang AS, Hartling L, Fera C, Johnson D, Ali S. Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: A systematic review. *Pain Res Manag.* 2014;19(6):e17990.
40. Sampson FC, Goodacre SW, O'Cathain A. The Reality of Pain Scoring in the Emergency Department: Findings From a Multiple Case Study Design. *Annals of Emergency Medicine [Internet].* avr 2019 [cité 7 mai 2019]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064419301404>
41. Ducharme J. Clinical Guidelines and Policies: Can They Improve Emergency Department Pain Management? *The Journal of Law, Medicine & Ethics.* déc 2005;33(4):78390.
42. Donnelly F, Feo R, Jangland E, Muntlin Athlin Å. The management of patients with acute abdominal pain in the emergency department: A qualitative study of nurse perceptions. *Australasian Emergency Care [Internet].* mai 2019 [cité 7 mai 2019]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2588994X19300259>

43. Kehlet H. SURGICAL STRESS: THE ROLE OF PAIN AND ANALGESIA. *British Journal of Anaesthesia*. août 1989;63(2):18995.
44. Marret E, Bonnet F. L'épargne morphinique a-t-elle un sens ? Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. sept 2005;6(4):22530.
45. Varndell W, Fry M, Elliott D. Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*. sept 2018;40:4653.
46. Ridderikhof ML, Schyns FJ, Schep NW, Lirk P, Hollmann MW, Goslings JC. Emergency Department Pain Management in Adult Patients With Traumatic Injuries Before and After Implementation of a Nurse-Initiated Pain Treatment Protocol Utilizing Fentanyl for Severe Pain. *The Journal of Emergency Medicine*. avr 2017;52(4):41725.
47. Insee. Recensement de la population. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017 en Dordogne [Internet]. www.insee.fr. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3292622/dep24.pdf>
48. LEFEBVRE T. Chiffres clés 2017 du centre hospitalier de Périgueux [Internet]. <http://www.ch-perigueux.fr/>. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: http://www.ch-perigueux.fr/documents/chiffres_cles_2017.pdf
49. Conférence d'experts. Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine d'Urgence 2013 [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
50. Kammer E. Evaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez l'adulte aux urgences du Centre Hospitalier de Périgueux : Nature et efficacité de l'analgésie. Université de Bordeaux; 2018.
51. Trinh-Duc A, Santin A, Sureau C, Bagou G, Charpentier S, Couvreur J, et al. Actualisation 2007 de la IIIe Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. oct 2008;9(5):24878.
52. Patil A, Srinivasarangan M, Ravindra P, Mundada H. Studying Protocol-Based Pain Management in the Emergency Department. *J Emerg Trauma Shock*. 2017;10(4):1808.
53. Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel J-C, et al. Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain. *Annals of Emergency Medicine*. oct 2007;50(4):46271.
54. Galinski M, Fletcher D, Gaudé V, Guirimand F, Chauvin M. Intérêt d'une évaluation périodique des pratiques de prise en charge de la douleur postopératoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. déc 2000;19(10):72533.
55. Pierik JGJ, Berben SA, IJzerman MJ, Gaakeer MI, van Eenennaam FL, van Vugt AB, et al. A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *International Emergency Nursing*. juill 2016;27:310.

56. Barksdale AN, Hackman JL, Williams K, Gratton MC. ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *The American Journal of Emergency Medicine*. déc 2016;34(12):23626.
57. Fosnocht DE, Swanson ER. Use of a triage pain protocol in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*. sept 2007;25(7):791–3.
58. Tcherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarche-Vadel A, Ginsburg C, Brunet F, Vidal-Trecan G. Management and Relief of Pain in an Emergency Department from the Adult Patients' Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*. juin 2003;25(6):539–46.
étude, tout d'abord

1.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle Algoplus

	OUI	NON
Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé		
Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliants, pleurs, yeux fermés		
Plaintes « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris		
Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées		
Comportement Agitation ou agressivité, agrippement		
Total Douleur si score ≥ 2 «OUI»		

Annexe 2 : Echelle EOC

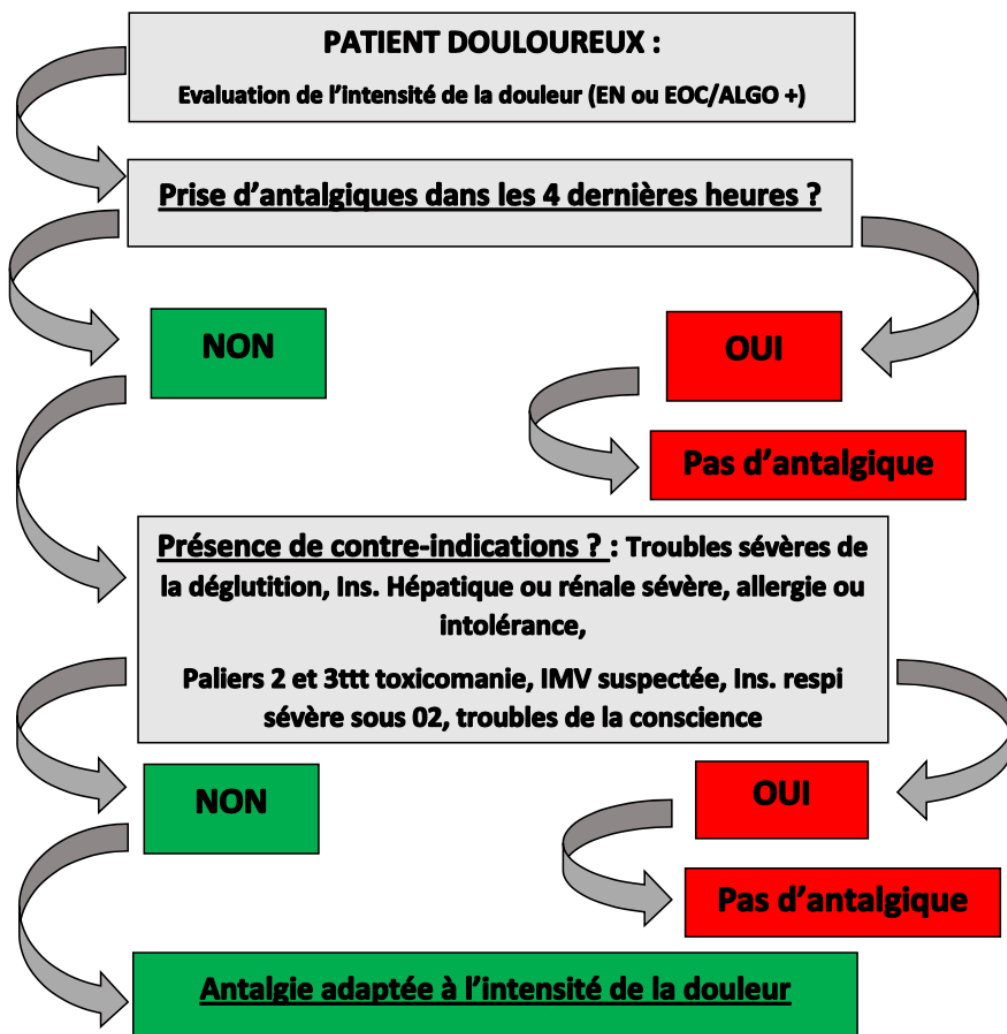
Pour chaque item, indiquer la situation décrivant au mieux l'état du patient		
Gémissements, plaintes Pleurs, gémissements, cris avec ou sans larme	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Front ridé, faciès tendu Expression du visage, expression du regard, grimace douloureuse	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Position antalgique pour protéger une partie du corps au repos, assis ou couché. Recherche active d'une position inhabituelle, ou utilisation spontanée et continue d'une position protectrice pour une douleur présumée d'une partie du corps.	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Mouvements précautionneux Lors d'une sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non pour protéger une partie du corps présumée douloureuse, ou évitement de l'utilisation d'une partie du corps présumée douloureuse	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Aggressivité/agitation ou mutisme/prostration Communication plus importante révélée par une agitation importante, absence ou refus de communiquer révélé par l'absence de mouvement ou évitement.	Absent	0
	Faible	1
	Notable	2
Score total : Douleur si score ≥ 3		



PROTOCOLE ANTALGIQUE DE L'IOA

Fiche réflexe 1

Informations détaillées cf protocole antalgie délivrée par L'IOA disponible sur Kaliweb

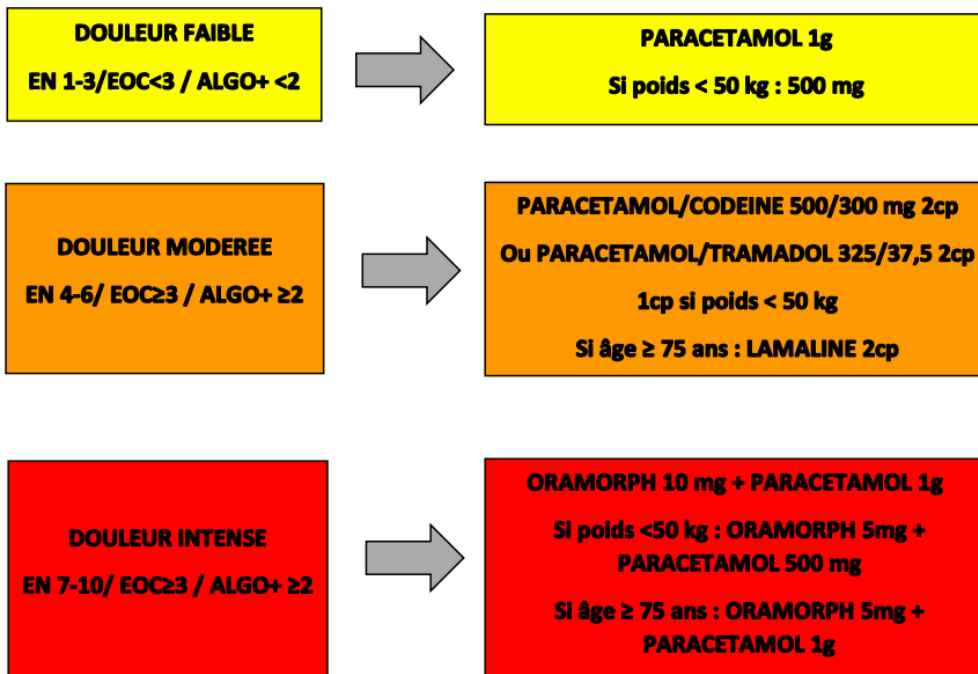


PROCOLE ANTALGIQUE DE L'IOA

Fiche réflexe 2

PATIENT DOULOUREUX :

Evaluation de l'intensité de la douleur (EN ou EOC/ALGO +)



DOULEUR A REEVALUER AU MINIMUM UNE FOIS PAR HEURE. SURVEILLANCE SAT et FR si prise morphine par heure. Si douleur modérée et prise récente de paracétamol : possibilité de donner OROZAMUDOL 50 mg seul (1 à 2 cp). Idem pour douleur intense et ORAMORPH.

Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.