



12^{ème} journée du CLUD

La douleur est une Urgence

Vendredi 15 décembre 2023



LAPEYRONIE
ARNAUD
DE VILLENEUVE
LA COLOMBIÈRE
SAINT ELOI
GUI DE CHAULIAC
ANTONIN BALMÈS
BELLEVUE
CENTRE DE SOINS
DENTAIRES
SITE EUROMÉDECINE
CENTRE ADMINISTRATIF
ANDRÉ BÉNECH





L'accueil du patient douloureux chronique aux urgences – Quelles douleurs repérer ?

- DR Patrick GINIES, MAR algologue, CETD Hôpital Saint Eloi –
CHU de Montpellier

L'accueil du patient douloureux chronique aux urgences: quelles douleurs repérer ?

Patrick GINIES

Douleur Psychosomatique

Maladie fonctionnelle

Employé de l'hôpital depuis 1978 : 45 ans

EN PRATIQUE le malade douloureux chronique aux urgences :

- Il vous apprend à gérer les échecs de la médecine
- Il apprend à accepter votre / notre impuissance
- Il doit vous faire changer de grille d'interrogatoire : d'abord socio, puis psycho, puis bio.
- Il vous apprend l'anthropologie humaine
- Il forme à l'entretien bref mais pénétrant
- Il forme à l'écoute psy sans l'être
- Il permet de dépister la iatrogénies(mésusage et polymédicam)
- Il vous montre qu'il aurait du être reçu par un MG ou une INF
- Il vous imposera partout un **maison de cs** devant les urgences pour éviter les procès
- Il est un indésirable car rien ne le calme, car la PEC inadaptée
- Ne me l'adressez pas car trop de délais,trop long suivi,trop nb!!!

45 ans de Sociologie et de politique des urgences

- Tout les 30 ans la sociologie change donc les plaintes des patients aussi , d'où la politique d'accueil doit changer:
- De **16 000** décès en 1975 à **3000** en 2022 (polytraumatisés de la route)
- Des urgences en **Service** au **service des Urgences** (Adolphe STEG et le Maire de la ville)
- Du Médecin généraliste « **urgentiste** » en 1980 à l'Urgentiste « **médecin généraliste** » en 2023
- De l'Urgence **Médicale** à l'Urgence **Psycho Sociale**
- **Tout gratuit ! Immédiatement !**

hypno analgésie
 auto analgésie
 Des douleurs
 torturantes

16 è SIECLE



ARS

L'urgence c'était la vie éternelle donc
 La douleur une **rédemption** des péchés +++

En 2023 la douleur est un scandale ---- car c'est un **DROIT**



SS

La DOULEUR CHRONIQUE C'EST LA CHRONIQUE D'UNE DOULEUR ANNONCEE

- LA DOULEUR AIGUE EST UN CONCENTRE DE DOULEUR CHRONIQUE
- Douleur DE L' ACCOUCHEMENT !!!
- Douleur en SAMU sur LES ACCIDENTS
- Douleur en Consultation pré anesthésique le dimanche soir en novembre
- **C'est vous dans les situations de l'urgence qui m' avez appris la douleur chronique**

**On ne rentre pas dans une douleur
chronique**

ON EN VIENT !!!

PAR LA GRANDE HISTOIRE(sociologie)

et

PAR NOTRE PETITE HISTOIRE(perso)

SÉMANTIQUE DE LA DÉFINITION

- DOULEUR...**expérience**..... **désagréable**...
(avoir de..; faire une ...) (pas de critère)
(passé et futur)
- ...lésion... ...réelle... ... potentielle...
(vue) (perçue) (vécue)
- ...décrite... ... termes... ... évoquant...
(narration) (mots) (métaphore)
(grammaire) (vocabulaire) (accent)

**Donc CHAQUE DOULOUREUX PARLE UNE LANGUE
ETRANGERE UNIQUE**

**l'urgentiste doit en faire une traduction
simultanée**

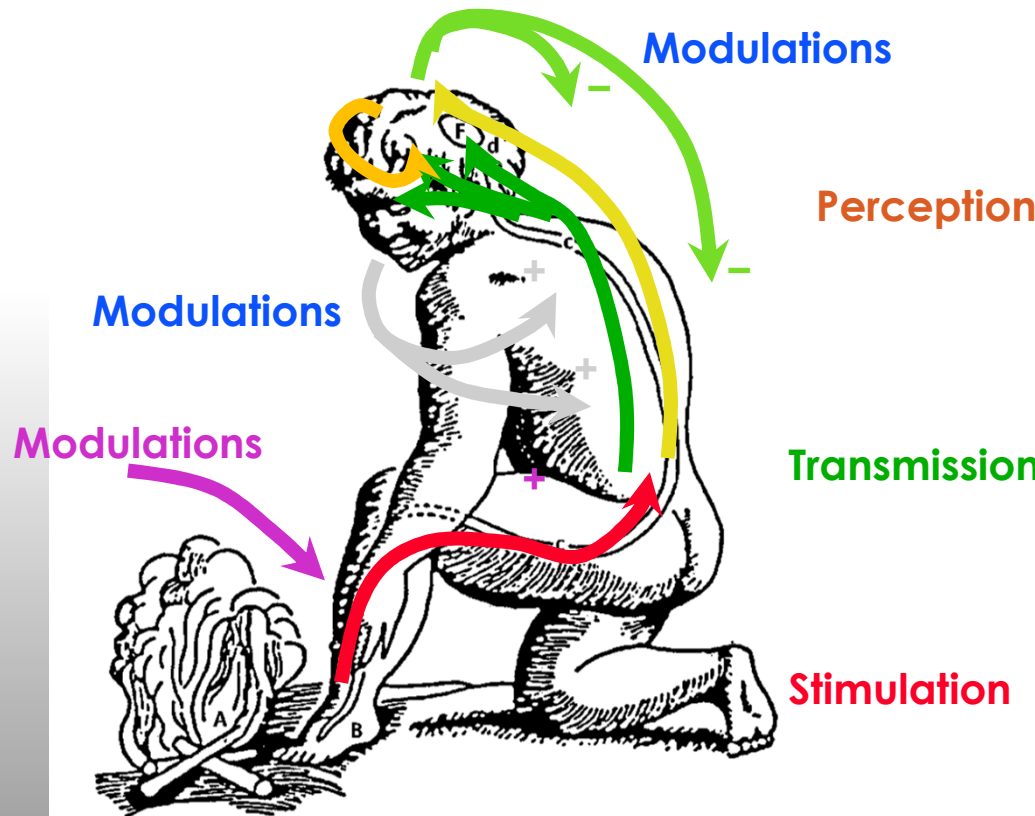
diagnostic étiologique PUIS diagnostic algologique

PONDERATION

Nociplastique

Neuropathique

Nociceptive

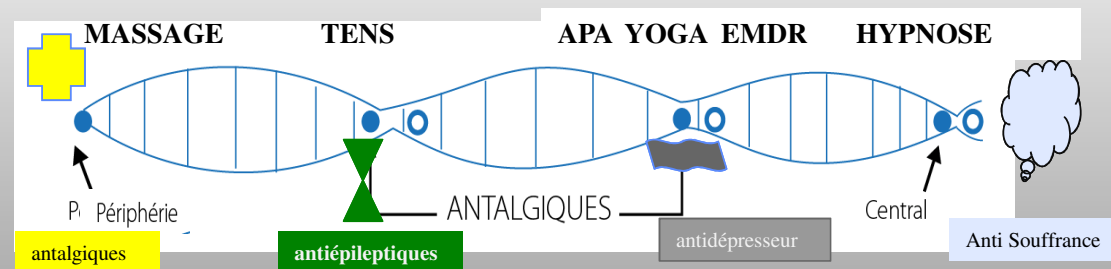
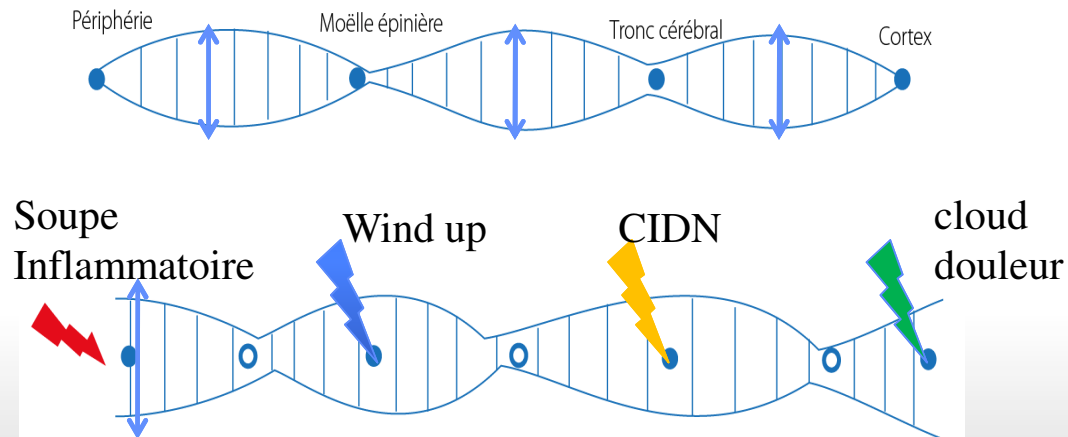


Voies de la douleur et de son contrôle

Processus algogène et anti-algogène



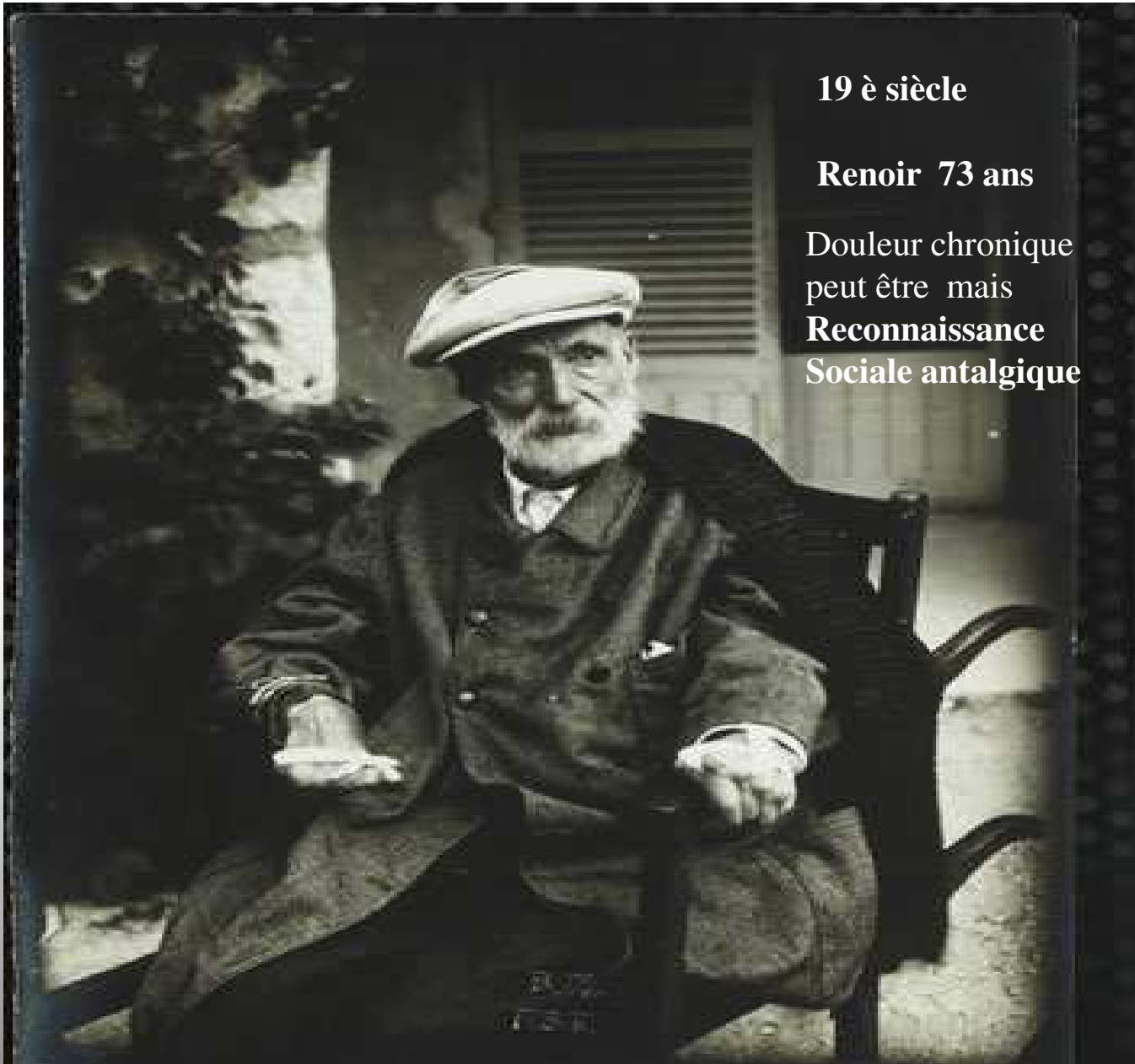
- La non-douleur :
un équilibre de
phase latent
homéostasie
- La douleur :
un déséquilibre
déphasé et turbulent
Dys stasie
- L'antalgie:rééquilibrage
de phase intelligent
et **mémorisée**
Allostasie



ALGOSTASIE = douleur chronique = chronique historique

Donc plusieurs thérapies répétée et PEC chronique

Giniès J. Synthèse pratique de l'algologie : l'algologie médicamenteuse et les thérapies non médicamenteuses. Masson, 1994, 2002.



19^e siècle

Renoir 73 ans

Douleur chronique
peut être mais

Reconnaissance

Sociale antalgique

20 è siècle

73 ANS



La déchéance des anciens n'est plus pensable ni pensée

20 è siècle ALGO SOCIOLOGIE : la douleur est fonction de la géographie culturelle

USA versus MSA



EDUCATION
THERAPEUTIQUE
Adaptée a la culture
De chaque pays
De chaque territoire

ANTALGIE
DEPENDANTE
De la
GEOGRAPHIE



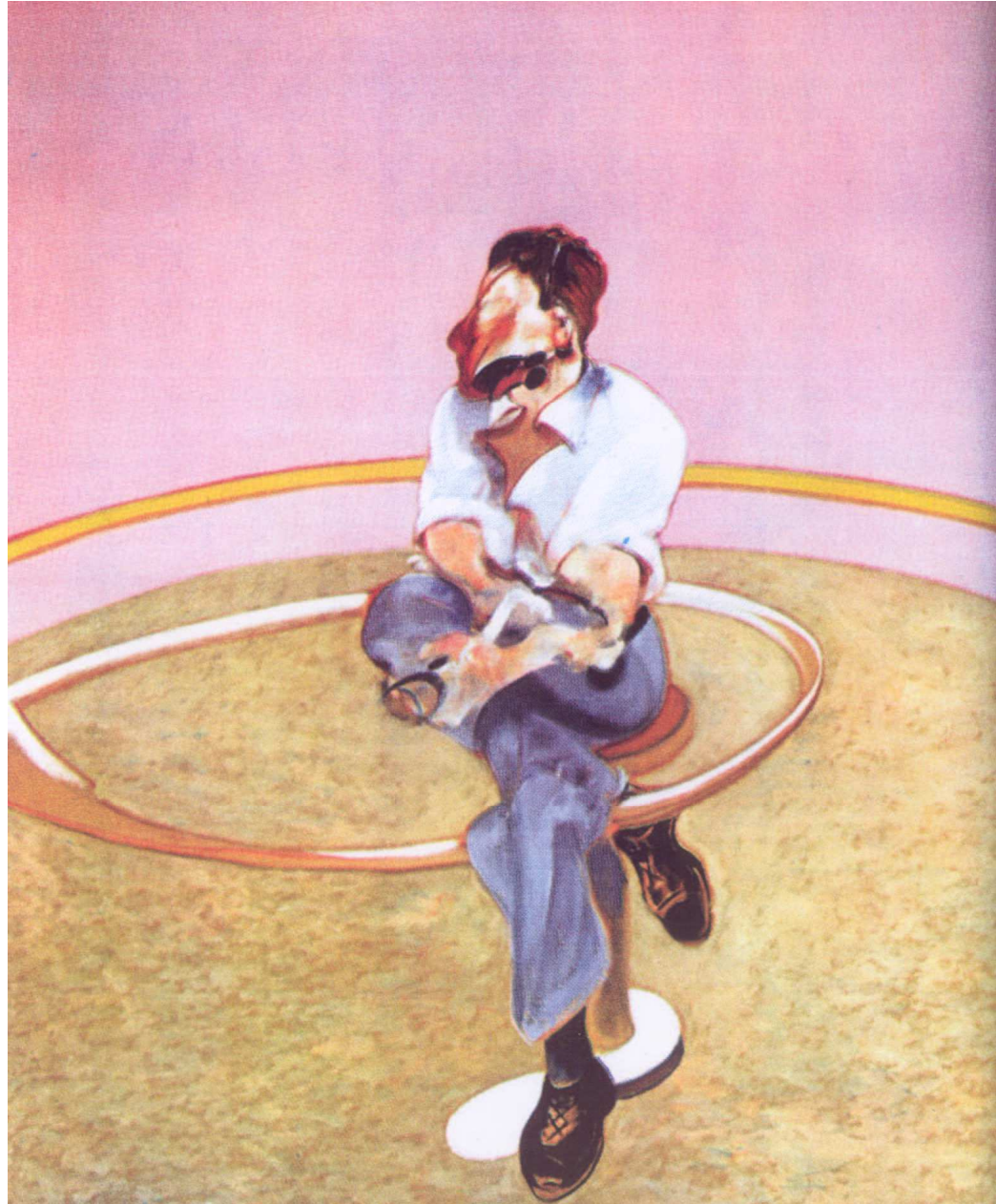


1984 En **ERYTHREE** pour **MSF**

**aujourd'hui
la société la moins douloureuse
de tout les temps**

21 è siècle Civilisation du chaos

**Histoire
du futur**



**22 è siècle
Si on y arrive**

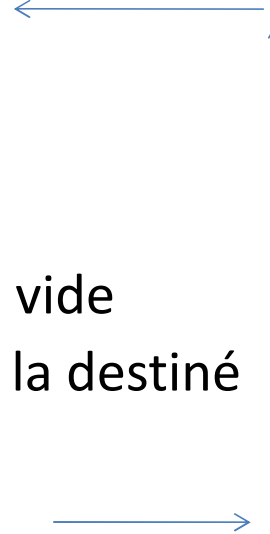
Ecartèlement
physique

Déconstruction
psychique

Vertige social

L'ANAPHORE de la SOUFFRANCE CHRONIQUE

- La douleur prime, sur tout
- La douleur réprime, l'humain
- La douleur déprime, l'homme
- La douleur s'imprime, partout
- La douleur exprime, l'angoisse du vide
- La douleur s'exprime, l'inanité de la destinée
- La douleur opprime, l'imaginaire



SOUFFRIR PASSE AVOIR SOUFFRIR NE PASSE JAMAIS

Donc je critique l'aphorisme « **traiter la douleur aiguë prévient la douleur chronique** »

Je soutiens le paradoxe « **ne pas voir la souffrance chronique avant fait le lit de la DOULEUR CHRONIQUE après une douleur aiguë** »

La douleur chronique est une constante civilisationnelle

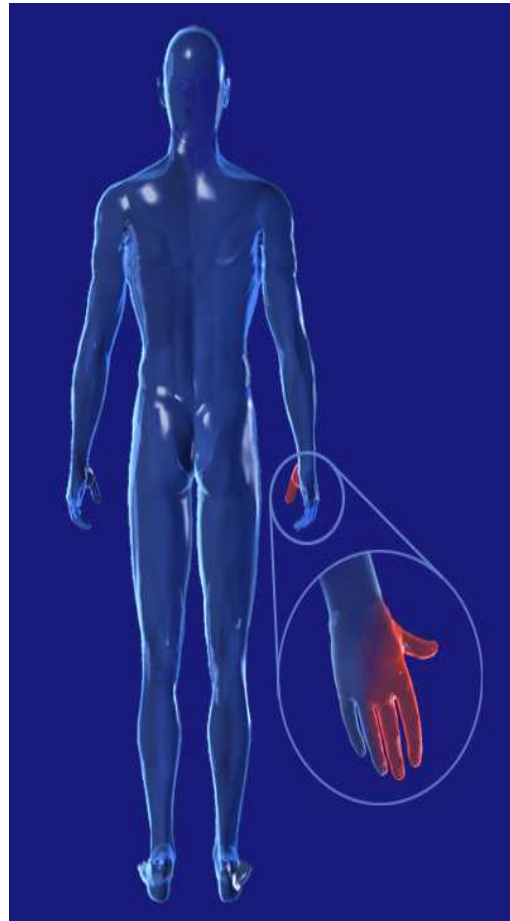
- Ce que l'on ne veut pas voir malgré les progrès:
 - 17% de la population vit dans la douleur REBELLE
 - 50 à 80% de dl forte à très forte en **péri opératoire** et durant la vie du **patient cancéreux**
- Ce que l'on a oublié:
 - La dl ch = passion de l'âme, mais une passion triste
 - La dl ch ~~est~~ du tout nociceptif (ce que les USA oubli)

Modèle anthropologique de la douleur : Bio psycho social

Sciatalgie sur métastase
instituteur de 40 ans



mélanome cutané
Secrétaire de 55 ans



Amputation après sarcome
irradié **rapatrié** de 75 ans





Regardez le

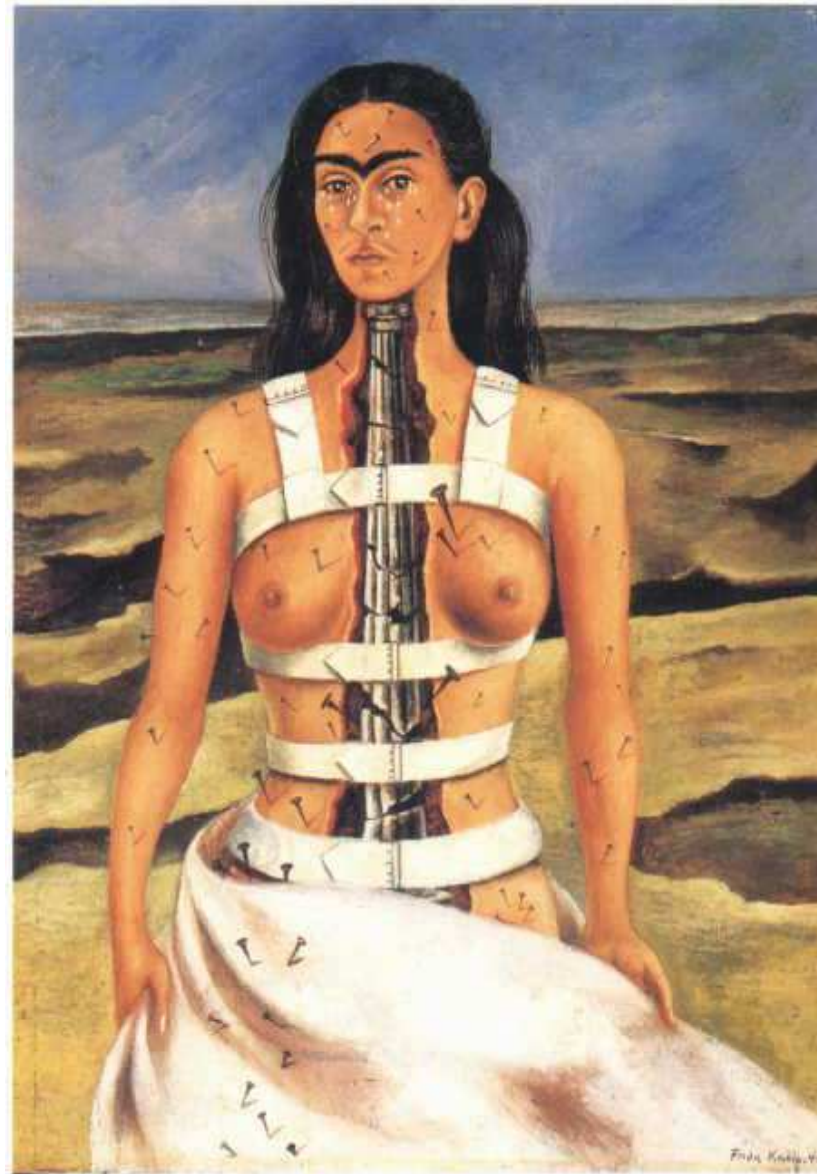




REEL

symbolique

imaginaire



Cas pratique :

IMAGINONS
LA CS DE
FRIDA KAHLO

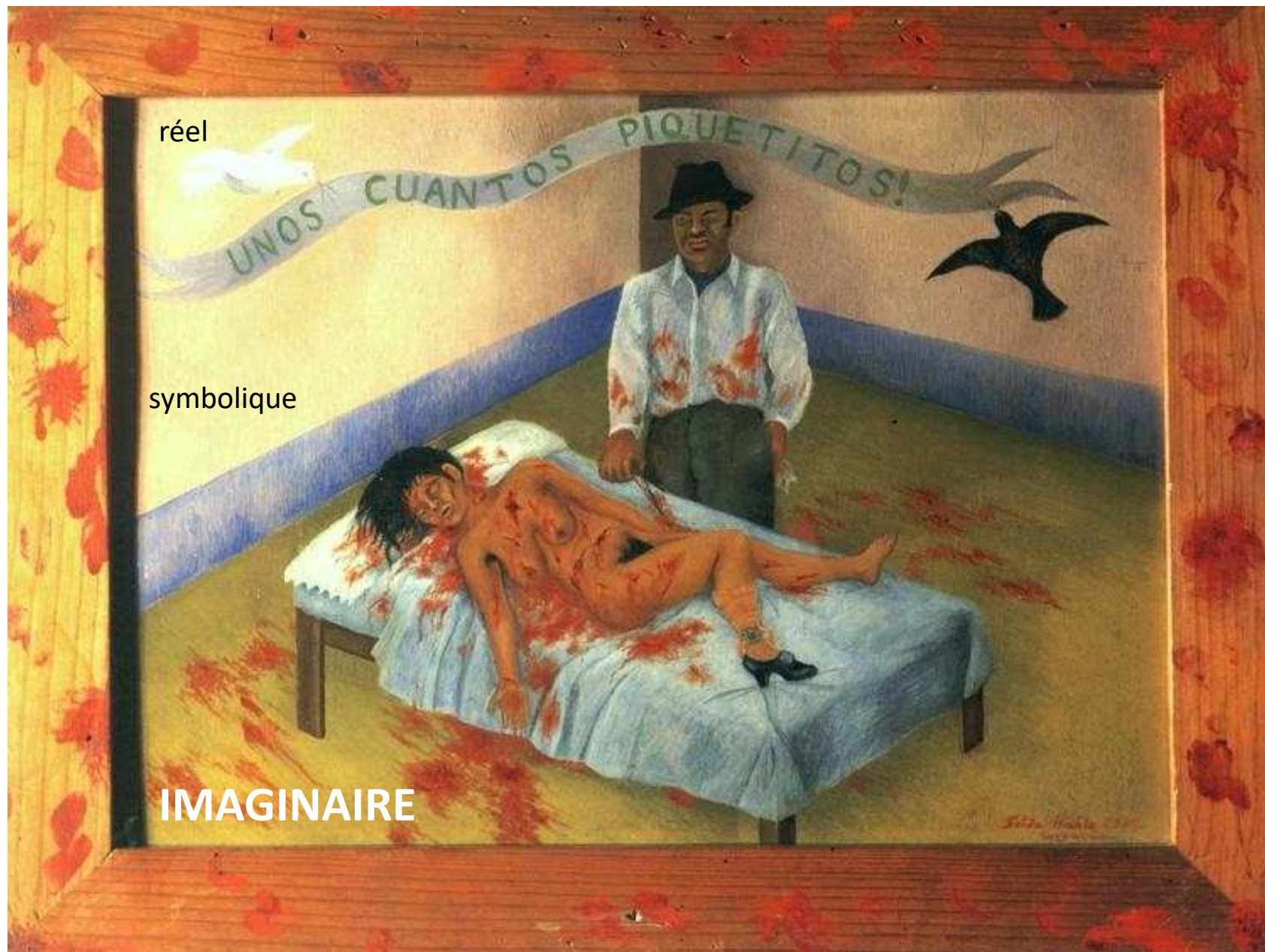
À travers
son histoire
intime

réel

SYMBOLIQUE

imaginaire





réel

symbolique

IMAGINAIRE



3 grandes structures psy Patients

LE DOULOUREUX DEPRESSANT

Le père

LE DOULOUREUX BATTANT

Le frère

LE DOULOUREUX COMMUNIQUEUR

l'amant

ET3 protagonistes
soignants

16^e siècle

CONGRES du CLUD en 1540



LA DOULEUR EST QUESTIONNEMENT LE PLAISIR EST REPONSE

Paul VALERY (essais quasi philosophique 1927)

Comprenez votre histoire pour mieux comprendre celle
de vos patients

Etat des lieux de l'oligo-analgésie en médecine d'urgence

15 Décembre 2023

Dr July Beghin
Dr Marion Laureau



LAPEYRONIE
ARNAUD
DE VILLENEUVE
LA COLOMBIÈRE
SAINT ELOI
GUI DE CHAULIAC
ANTONIN BALMÈS
BELLEVUE
CENTRE DE SOINS
DENTAIRES
SITE EUROMÉDECINE
CENTRE ADMINISTRATIF
ANDRÉ BÉNECH





SOMMAIRE

1. Généralités
 - Définition : l'oligo-analgésie
 - Etat des lieux aux urgences
 - Les recommandations
2. Les urgences de Montpellier
3. La prise en charge de douleur aux urgences de Montpellier
 - Audit Douleur
 - Etude en Filière Courte
4. Pistes d'amélioration
5. Le protocole IOA



L'oligo-analgésie, en clair

L'oligo-analgésie, qu'est ce que c'est ? Pourquoi c'est important de s'en préoccuper ?

Concept décrit en 1989 (Wilson et Pendleton) :

- Prise en charge de la douleur insuffisante dans les structures d'urgence
- Majeure chez les personnes âgées
- Nombreuses actions publiques / campagnes pour lutter contre l'oligo-analgésie
- Peu d'améliorations

Pourquoi c'est important de soulager la douleur ?

- Obligation éthique et déontologique
- Facilite la prise en charge sans compliquer le diagnostic
- Diminue les complications thrombo-emboliques



L'oligo-analgésie, en clair

Quels sont les freins à la prise en charge de la douleur ?

- Sous-estimation de l'intensité de la douleur / « Fatalité de la douleur » / Absence de réévaluation
- Peur des effets indésirables des antalgiques puissants / Méconnaissance des produits
- Surcharge de travail / Problèmes organisationnels
- Patient : Refus d'antalgie

Quelles sont les conséquences de l'oligo-analgésie ?

- Inconfort / irritabilité / agressivité aux urgences
- Décharge catécholamines : conséquences cardio-respiratoires, neuro, digestives...
- Reconsultations précoces aux urgences
- Risque de chronicisation



Le contexte des urgences

La douleur aux urgences

- Motif de consultation le plus fréquent aux urgences (13%)
- 60 à 80% des patients consultant aux urgences présentent une douleur
- Etude PALIERS (2010) :
 - 76% des patients présentent une douleur à l'arrivée aux urgences
 - 38% ont reçu un traitement antalgique
 - 47 % des patients sont douloureux à la sortie des urgences
 - 26 % ressortent sans prescription d'antalgiques

Guéant S, Taleb A, Borel-Kuhner J, et al (2010) Quality of pain management in the ED: results of a multicenter prospective study. *Eur J Anaesthesiol* 28:97–105

Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, et al (2011) Pain management in adult patients in emergency care units in France in 2010. *Ann Fr Med Urg* 1:312–9



Recommandations douleur

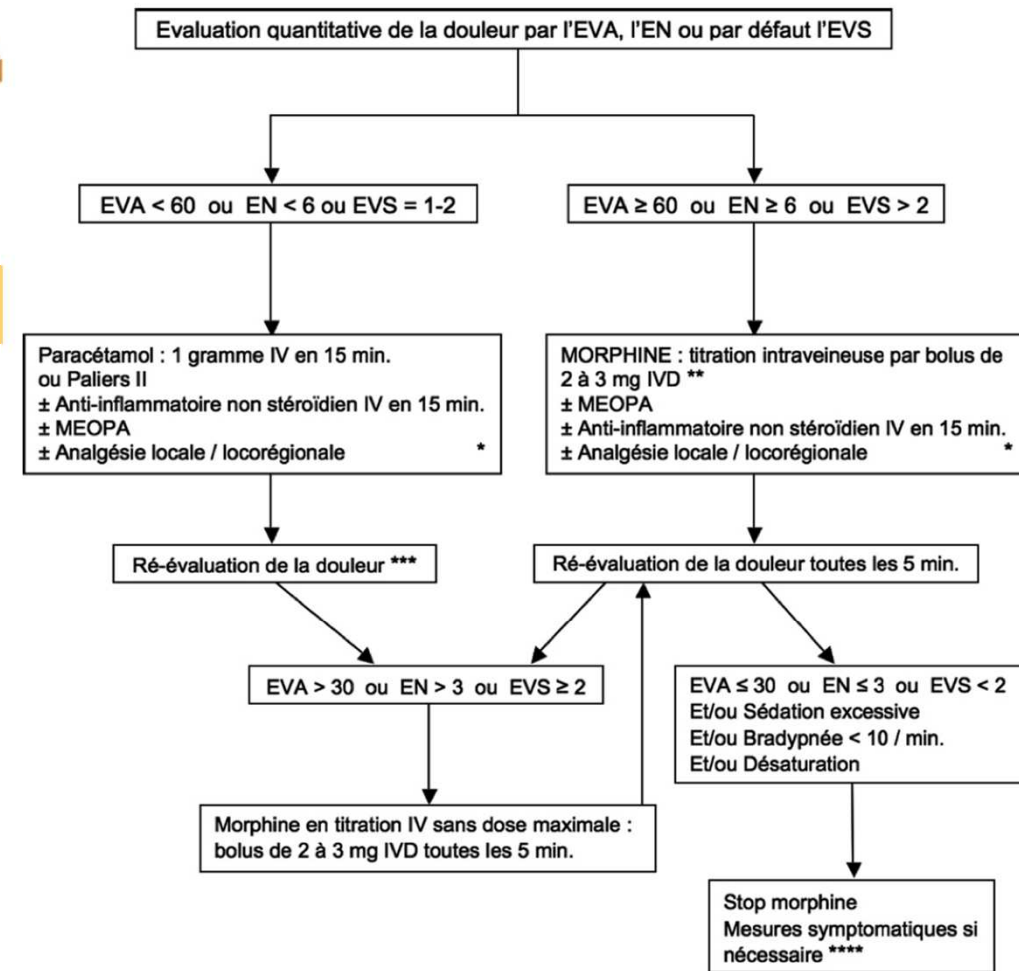
RFE SFAR / SFMU 2010

Principes de base :

- Traiter la douleur aiguë en urgence, quel que soit la pathologie dès le début de la PEC
- Prévenir et traiter les douleurs induites par les soins

Dès l'arrivée aux urgences :

- Évaluer l'intensité de la douleur après mise en œuvre des mesures non médicamenteuses
- Traiter la douleur repose sur la mise en œuvre d'un protocole précis
- Évaluation par EVA et EN ou par EVS



* Respect des contre-indications respectives de chaque molécule et/ou technique.

** Dose de charge de morphine possible sous couvert d'une présence médicale permanente et prolongée : bolus initial de 0,05 à 0,10 mg/kg IVD à adapter selon l'âge et le terrain du patient.

*** Délai de ré-évaluation de la douleur en fonction du type d'analgique administré.

**** Stimulation et/ou assistance ventilatoire et/ou Naloxone IV.

Fig. 1. Traitement antalgique en fonction de l'intensité de la douleur chez l'adulte en ventilation spontanée



Echelles de la douleur aux urgences

Auto ou hétéro-évaluation

Evaluation systématique de la douleur chez tout malade se présentant au SAU :

- Dans la mesure du possible le patient évalue lui-même sa douleur (de 0 à 10).
- Si l'EN est inappropriée, utiliser l'échelle verbale simplifiée (EVS) ou Algoplus

ALGOPLUS

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

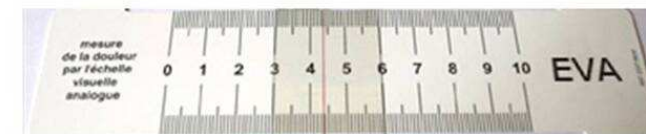
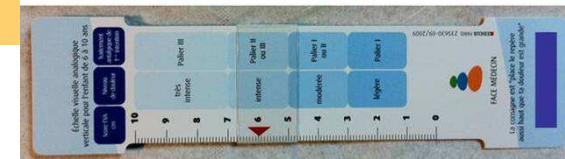
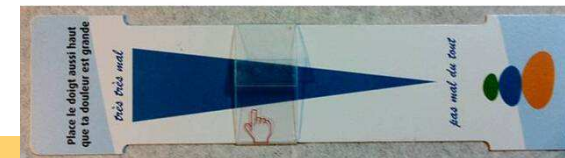
	Oui	Non
1 – Visage : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	☐	☐
2 – Regard : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	☐	☐
3 – Plaintes : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	☐	☐
4 – Corps : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	☐	☐
5 – Comportements : Agitation ou agressivité, agrippement	☐	☐

Total Oui ☐ / 5

Algoplus :

Echelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur aiguë et provoquée par les soins chez le patient présentant des troubles de la communications verbale.

En pratique douleur diagnostiquée et à traiter si score des items > 2





LES URGENCES DU CHU DE MONTPELLIER

Nombre total de
passages aux urgences

132 499

dont 12,1% des passages suivis d'une hospitalisation

Multi – sites:

- Urgences adultes Lapeyronie (générales + psychiatrie)
- UTEC
- Urgences Gynécologie
- Urgences pédiatriques

Nombre de passages important

UHCD A :
Séjours plus longs

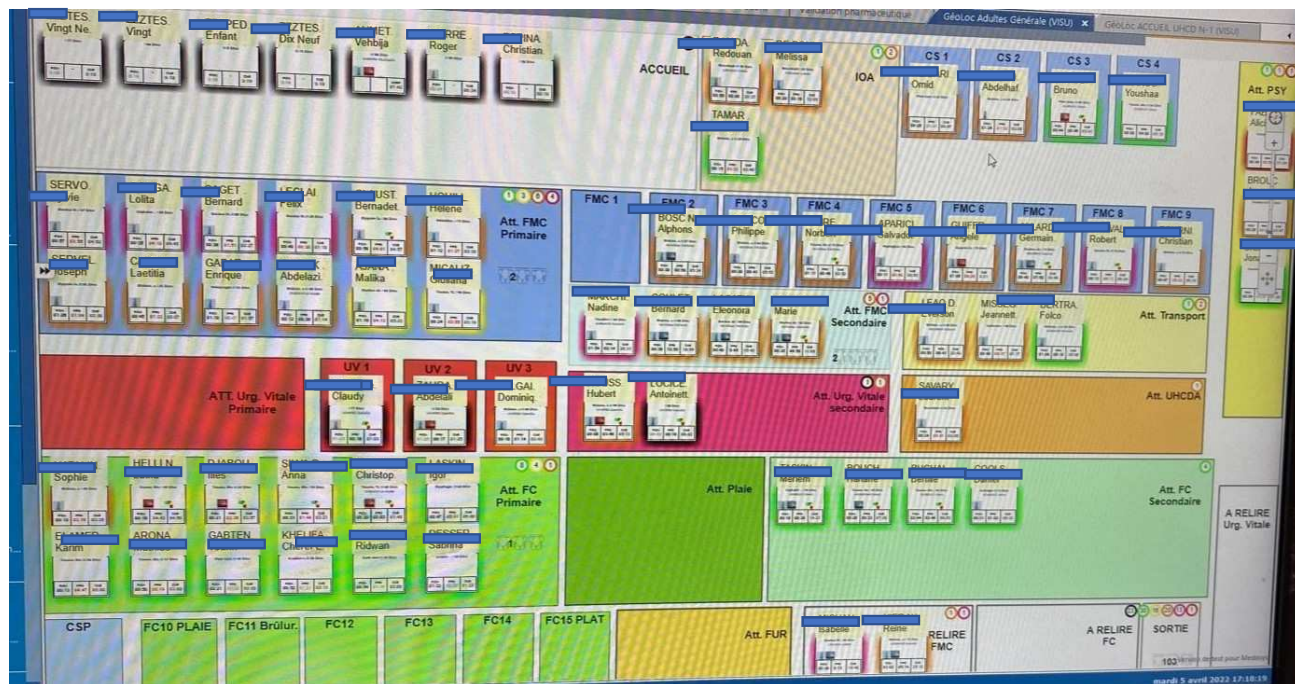
URGENCES LAPEYRONIE ADULTES ET UTEC					
Nb passages	Tr. 1 2022	Tr. 2 2022	Tr. 3 2022	Tr. 4 2022	2022
Adultes	12 578	13 461	13 249	12 839	52 127
Psychiatrie	1 123	1 244	1 164	1 100	4 631
Sous-Total Lapeyronie	13 701	14 705	14 413	13 939	56 758
Tete et cou	7 078	8 017	8 611	8 082	31 788
Total Pôle Urgences	20 779	22 722	23 024	22 021	88 546

UHCD A					
	2022				
	Nb de lits	Nb d'entrées	Nb Journée	TO journées	DMS
UHCD Adultes	15	5 910	4 926	89,97%	0,97





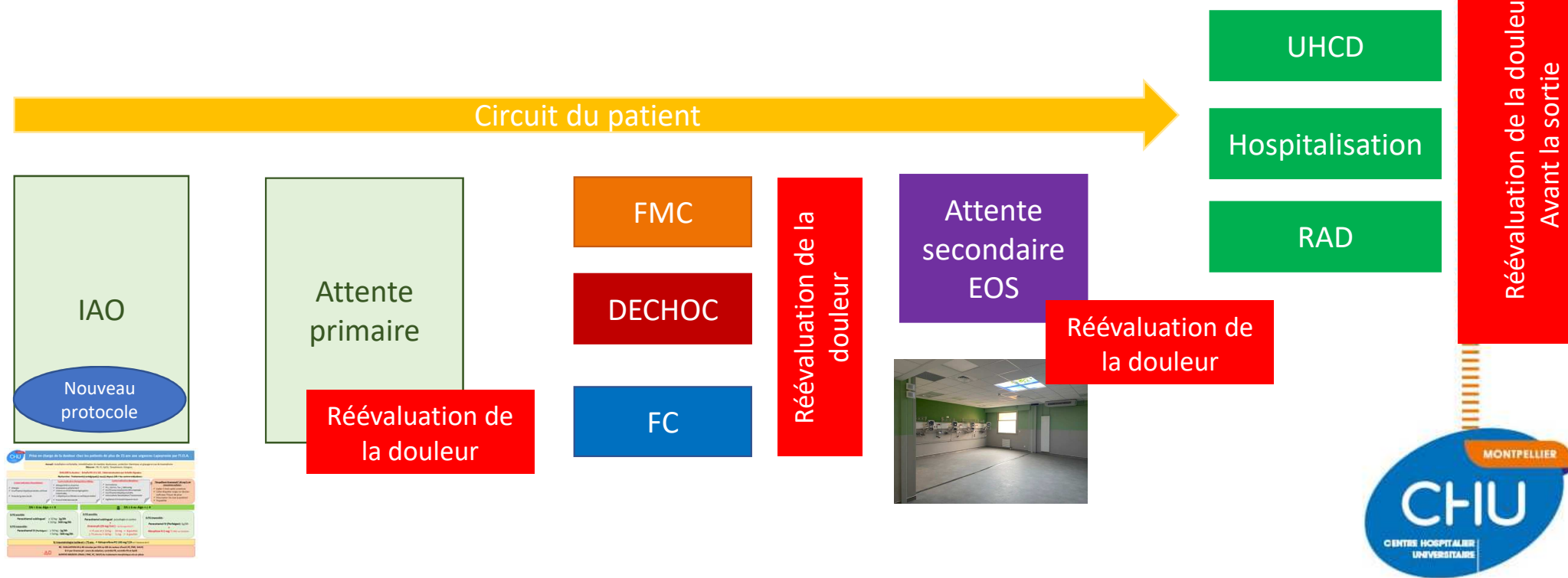
La réalité





Parcours patient : Prise en charge de la douleur

A tous les niveaux !





ETAT DES LIEUX : AUDIT DOULEUR

METHODOLOGIE

Population concernée :

45 patients aux Urgences Lapeyronie (adultes)

Grille:

- Evaluation à l'entrée avec échelle et score
- Pertinence du choix de l'échelle
- Evaluation scorée tout au long du séjour
- Administration antalgique si douleur
- Réévaluation dans les 2h après ATG

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

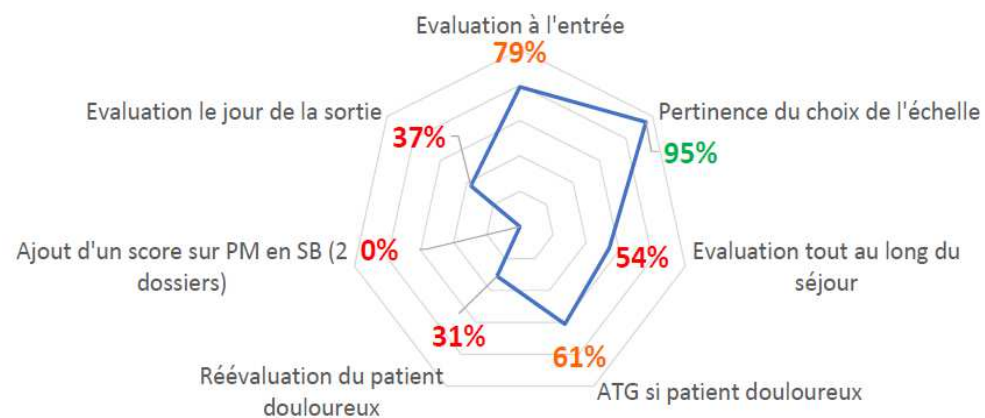




RESULTATS

VUE D'ENSEMBLE

Audit douleur - Moyenne Urgences Adulte - 45 dossiers



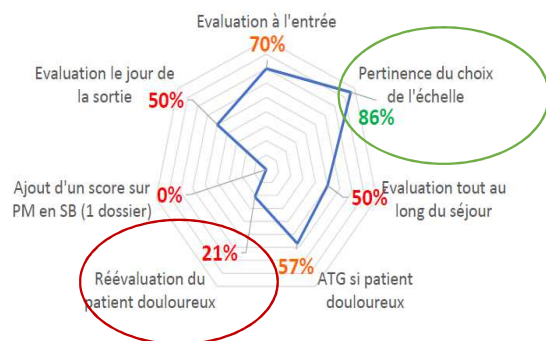
Isabelle VAILLANT – CDS IADE – Coordinatrice du CLUD - DCGSP



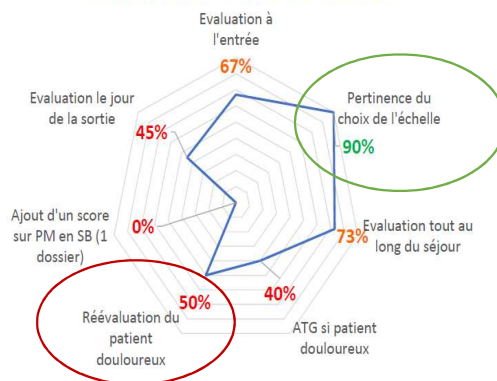
RESULTATS: Détails par secteurs

Consultations Urgence

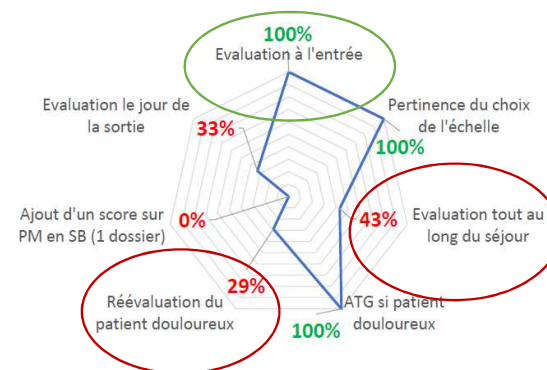
Audit douleur - FC - 10 dossiers



Audit douleur - FMC - 15 dossiers



Audit douleur - SAU - 10 dossiers

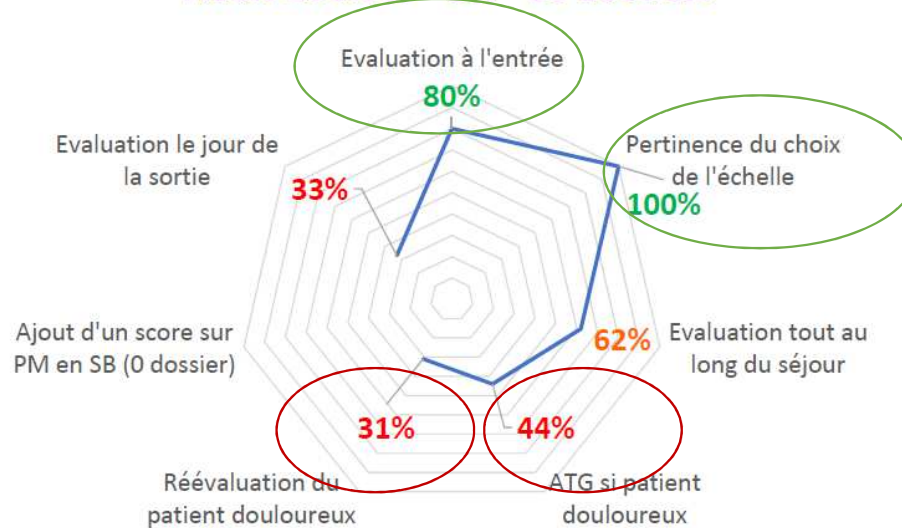




RESULTATS: Détails par secteurs

Unité d'hospitalisation de courte durée : 15 lits

Audit douleur - UH - 10 dossiers





BILAN

- L'échelle majoritairement utilisée reste l' échelle numérique adaptée aux patients qui ont maintenu leurs facultés cognitives
 - Néanmoins, attention, elle est fortement déconseillée chez des patients de plus de 80 ans
- ⇒ **Il est préférable d'utiliser l'EVS et croiser avec une Algoplus.**
- Les échelles d'hétéro évaluation sont sous utilisées,
 - **Les traçabilités de l'évaluation de la douleur sont globalement insuffisantes,**
 - On ne retrouve des réévaluations de patients douloureux qu'une fois/3,
 - Les prescriptions médicales sont en majorité orales (retrouvées dans les transmissions IDE)
 - Les PM en « si besoin » ne sont pas rattachées à un score de douleur



Etude filière courte : *Gestion de la douleur en FC (thèse)*

Prise en charge de la douleur traumatique modérée à sévère (EVA > 4)

Méthodologie



PRISE EN CHARGE DES DOULEURS
TRAUMATIQUES AUX URGENCES ADULTES :
ETUDE DES PRATIQUES

Etiquette patient	Type de traumatisme	Antalgiques donnés + posologie (IOA + FC)	EVA /10	Geste réalisé (suture, réduction...)
	☐ Contusion ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Brûlure ☐ Fracture ☐ Plaie		A l'entrée en box: A 30 min: A 1h:	☐ Oui (précisez): EVA post geste:
	☐ Contusion ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Brûlure ☐ Fracture ☐ Plaie		A l'entrée en box: A 30 min: A 1h:	☐ Oui (précisez): EVA post geste:
	☐ Contusion ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Brûlure ☐ Fracture ☐ Plaie		A l'entrée en box: A 30 min: A 1h:	☐ Oui (précisez): EVA post geste:
	☐ Contusion ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Brûlure ☐ Fracture ☐ Plaie		A l'entrée en box: A 30 min: A 1h:	☐ Oui (précisez): EVA post geste:
	☐ Contusion ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Brûlure ☐ Fracture ☐ Plaie		A l'entrée en box: A 30 min: A 1h:	☐ Oui (précisez): EVA post geste:
	☐ Contusion ☐ Luxation ☐ Entorse ☐ Brûlure ☐ Fracture ☐ Plaie		A l'entrée en box: A 30 min: A 1h:	

Critère d'inclusion:

Patient > 18 ans

Traumatologie Modérée à sévère EVA > 4

- Type antalgique donnée
- Prescription orale / écrite
- EVA :H0 H30 min H1
- Type de traumatisme





Etude filière courte : *Gestion de la douleur en FC (thèse)*

Résultats

104 patients



Caractéristiques du patients



Ratio 60 H / 44 F



Moyen 35 ans



Types blessures

- 31% Fractures
- 28% Contusions
- 24% Entorses
- X autres

Du 28/04/2023
au
29/07/2023



Antalgie prescrit

93% de prescriptions orales

- 29% des patients refusent antalgie
- 1^{er} intention : 99% palier 1 (paracétamol ++)
- Réadministration antalgique 72 % des patients
 - 40% reçoivent un palier 2
- Aucune prescription de palier 3 (EVA >7)

Evaluation EVA

25% Douleurs légères (EVA<5)
50% Douleurs modérés (4<EVA<8)
25% Douleurs sévères (EVA> 7)



H0: 99% des patients

Entre H0-H1: 72% des patients



Des pistes d'améliorations ?

Le mot d'ordre : **MULTI-MODAL**

- Prise en charge globale du patient :
 - confort, communication thérapeutique
- Utilisation de tous les antalgiques disponibles :
 - Antalgiques classiques per os ou IV
 - Antalgiques inhalés
 - Sédation procédurale / ALR...
- Formation de TOUS les professionnels :
 - Mise en place d'un protocole d'antalgie
 - Importance de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur
 - Connaissance des thérapeutiques / CI / EI...



Protocole IAO

En test à partir de 1^{er} Janvier 2024

CHU **Prise en charge de la douleur chez les patients de plus de 15 ans aux urgences Lapeyronie par l'I.O.A.**

Accueil : Installation confortable, immobilisation du membre douloureux, protection thermique et glaçage en cas de traumatisme
Mesurer : PA, FC, SpO2, Température, Glasgow.

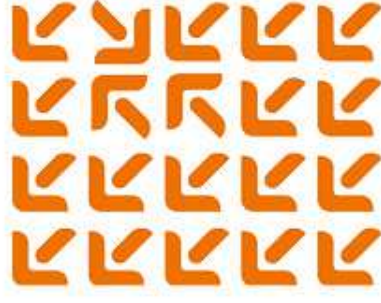
EVALUER la douleur : Echelle EN (0 à 10), hétéroévaluation par échelle AlgoPlus
Rechercher : Traitement(s) antalgique(s) reçu(s) depuis 24h + les contre-indications :

Contre-indication Paracétamol :	Contre-indication Kétoprofène 100mg :	Contre-indication Morphine :	*Stupéfiant Oramorph® 20 mg/1 ml (morphine sulfate) :
✓ Allergie ✓ Insuffisance hépatique sévère, cirrhose ✓ Prise de 1g dans les 4h	✓ Allergie AINS ou Aspirine ✓ Grossesse ou allaitement ✓ Ulcères ou ATCD hémorragie gastro-intestinales ✓ L. Hépatique ou Rénale ou cardiaque sévère ✓ Prise d'AINS dans les 6h	✓ Somnolence ✓ FR < 10/min, Taz < 100mmHg ✓ Insuffisance respiratoire décompensée ✓ Insuffisance Hépatique sévère ✓ Intoxication/ alcoolisation/ Toxicomanie ✓ Vigilance si tt morphinique en cours	✓ à jeter 3 mois après ouverture ✓ Coller étiquette rouge sur dossier-craft avec l'heure de prise ✓ Prescription Dx, Care à posteriori ✓ Traçabilité

EN < 6 ou Algo + < 4	EN ≥ 6 ou Algo + ≥ 4
Si PO possible : Paracétamol sublingual : ≥ 50 kg : 1g/6h < 50 kg : 500 mg/6h Si PO impossible : Paracétamol IV (Perfalgan) : ≥ 50 kg : 1g/6h < 50 kg : 500 mg/6h	Si PO possible : Paracétamol sublingual : posologie ci-contre Oramorph (20 mg/1 ml) - sel buvgoutte (*) < 75 ans et ≥ 50 kg : 10 mg -> 8 gouttes ≥ 75 ans ou < 50 kg : 5 mg -> 4 gouttes Si PO impossible : Paracétamol IV (Perfalgan) : 1g/6h Morphine IV 2 mg/ 5 min en titration

Si traumatologie isolée et < 75 ans : + Kétoprofène PO 100 mg/12h en l'absence de CI

RE - EVALUATION EN à 45 minutes par IOA ou IDE du secteur d'aval (FC, FMC, SAUV)
Si tt par Oramorph : score de sédation, contrôle FR, contrôle PA et SpO2
AVERTIR MEDECIN d'AVAL (FMC, FC, SAUV) du traitement morphinique mis en place



Merci pour votre attention !



CHU de MONTPELLIER
191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. 04 67 33 67 33

www.chu-montpellier.fr



LAPEYRONIE
ARNAUD
DE VILLENEUVE
LA COLOMBIÈRE
SAINT ELOI
GUI DE CHAULIAC
ANTONIN BALMÈS
BELLEVUE
CENTRE DE SOINS
DENTAIRES
SITE EUROMÉDECINE
CENTRE ADMINISTRATIF
ANDRÉ BÉNECH

L'IOA et la douleur

SAU Lapeyronie

Aurélie RUIZ, IDE – Urgences Adulte





SOMMAIRE

1. IOA: accueillir, évaluer et trier
2. La douleur modulatrice de tri aux urgences
3. Prise en charge de la douleur et points de vigilance

MONTPELLIER

CHU

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE



IOA:
Accueillir, évaluer, trier

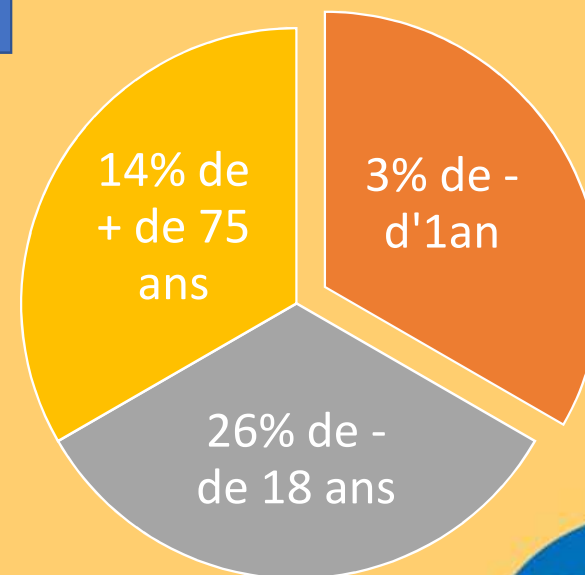


Quels patients aux urgences?

60% de patients douloureux



49%
d'hospitalisés
70% passages
de plus de 4h





Rôles et missions de l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA)

Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, définir les besoins de santé et les priorités de soins, et décider du lieu ou de la filière les plus adaptés

Exclusivité de mission définie par les flux

(SAU Lapeyronie = 2 IOA H24)





L'accueil et le tri, enjeu de certification

Recommandations HAS de certification

1. Le respect des droits du patient lors de l'accueil, de l'attente et des examens aux urgences



- Informations sur le délai de prise en charge
- Respect de l'intimité et de la dignité
- Confidentialité
- Prise en compte des populations spécifiques
- Place donnée aux accompagnants

4. Le tri de tous les patients dès l'accueil et leur orientation par l'équipe des urgences

Accueil

- IAO formé(e)
- Échelle de tri
- Urgentiste référent
- Dossier antérieur DRM
Dossier SMUR

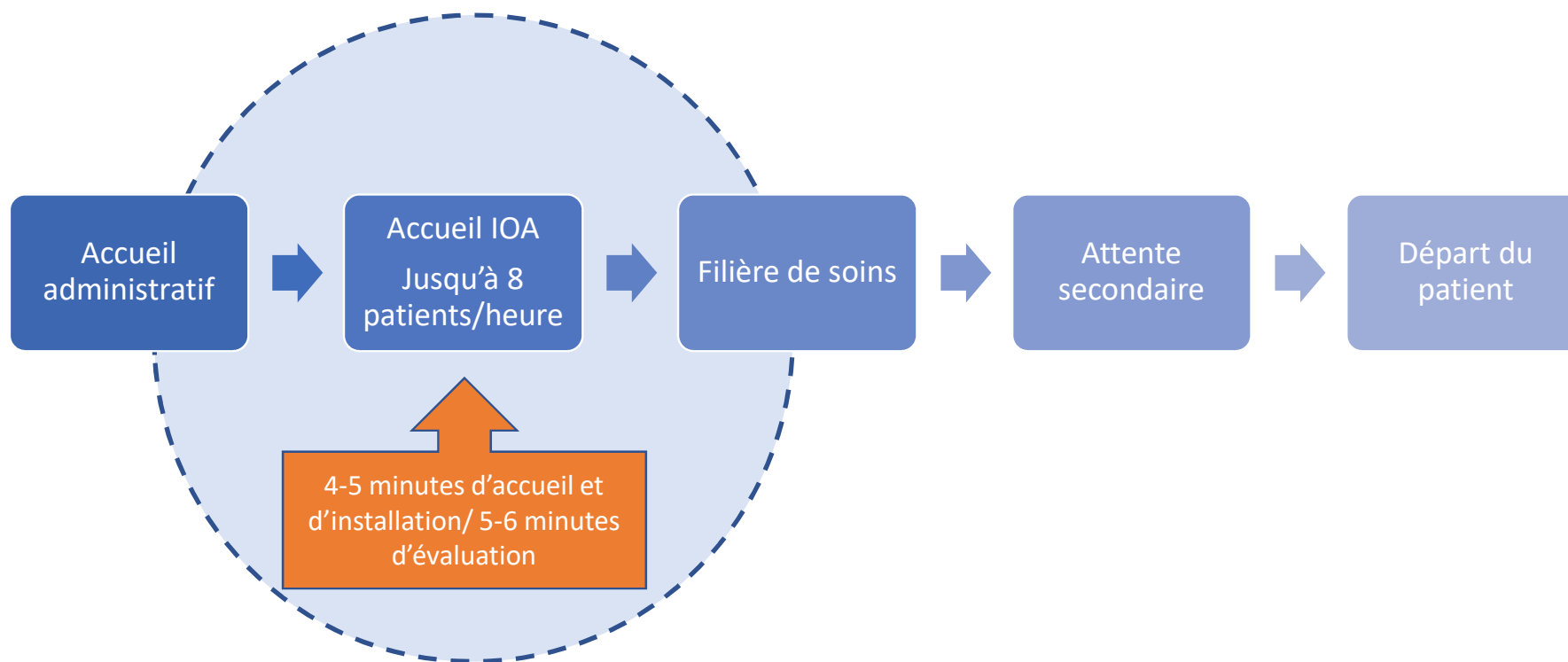
Orientation

- Filières internes SAU
- Filières internes établissement
- Filières spécialisées   
- Réseaux externes



Quel parcours de soins pour le patient aux urgences?

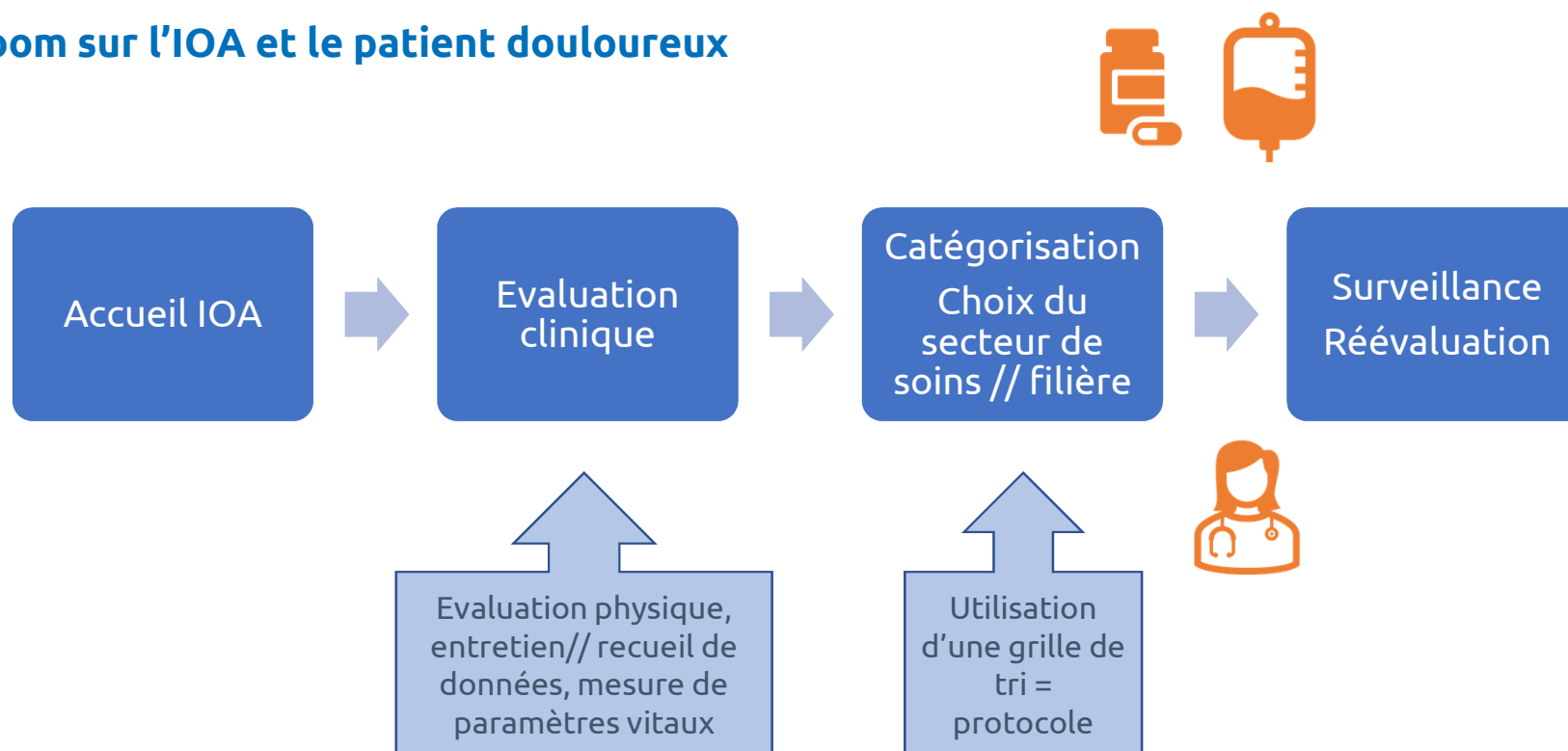
4 à 6 h de passage (majoration chez la personne âgée de + 75 ans)





Parcours patient aux urgences

Zoom sur l'IOA et le patient douloureux





Evaluation de la douleur aux urgences

Ça doit faire « TILT »!

Type de douleur : serrement, brûlure, torsion, pincement...

Intensité : évaluation à l'aide d'échelles (EVS, EN, Doloplus)

Localisation : irradiations?

Temporalité : durée, rythme, par spasme...

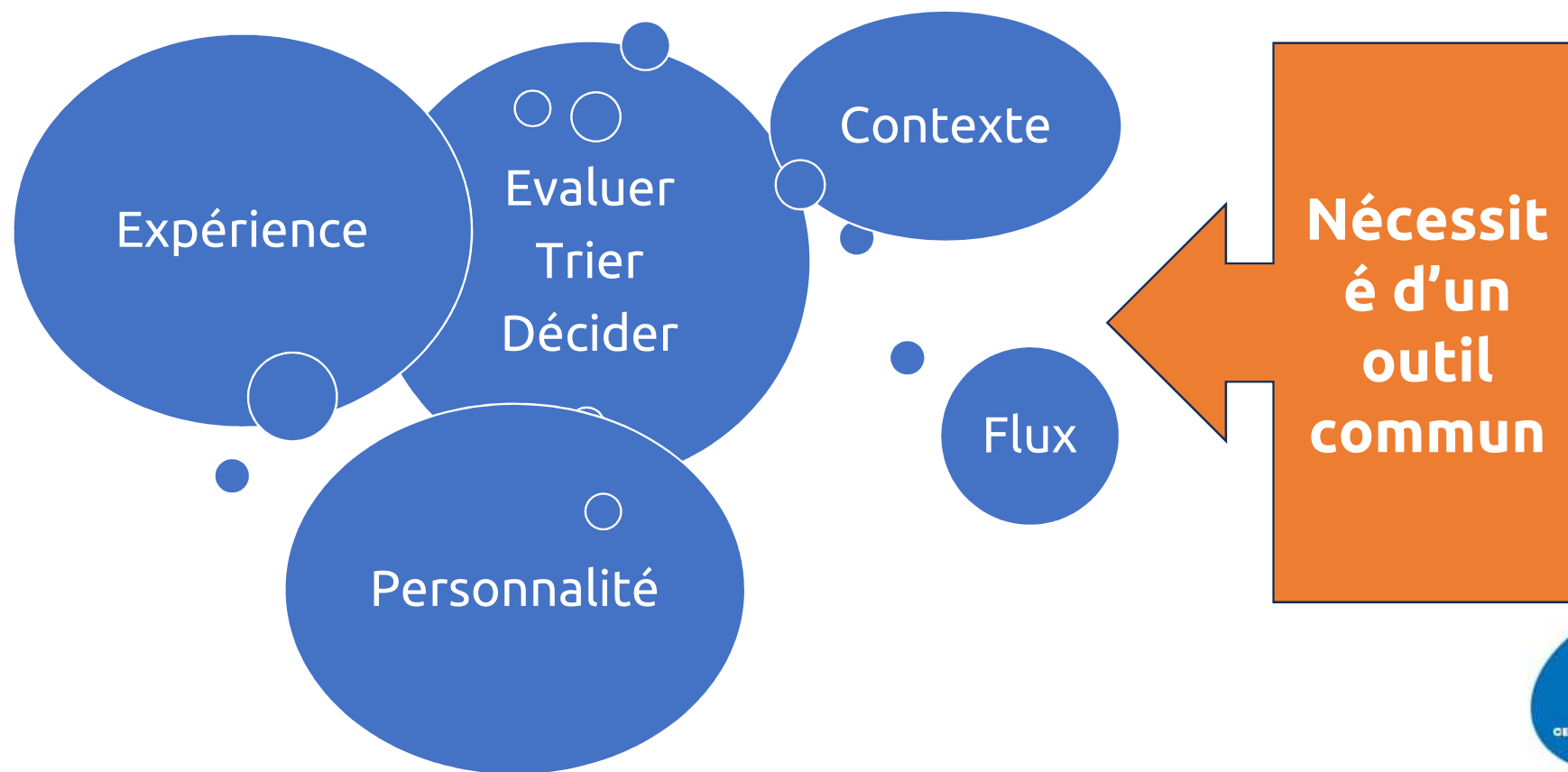




La douleur modulatrice de tri aux urgences



Trier, un exercice parfois subjectif





Utilisation d'une grille de tri pour décider

Evaluation
clinique



Trier et
Catégoriser

Repérer les patients en
détresse vitale

Repérer les patients
filiarisés

Repérer les patients
nécessitant un premier
regard médical précoce



Organiser le flux d'entrées

Classer les patients par
priorité



Grille French

Un outil SFMU, aidant à la décision

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (Infirmière + Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé**	Dans les 24 heures	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis infirmière si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde	Dans les 24 heures	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis infirmière si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis infirmière si besoin	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	0%	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences



Exemple de modulation de tri

motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL							
Vomissement de sang/hématémèse	2		hématémèse abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Mélanéa/rectorragies	2		rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère	3B						
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B				avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4		douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5			enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5				suspicion abcès/fissure		
Hoquet	5				hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE							
Douleur de la fosse lombaire/du flanc	3B		douleur intense				douleur régressive/indolore
Rétention d'urine/anurie	3B		douleur intense/agitation				
Douleur de bourse/orchite*/torsion testicule*	3B		douleur intense ou suspicion de torsion		avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/sonde JJ/ stomie	3B		douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance		avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie	3B		saignement abondant actif				



La douleur intense aux urgences

Tri 2 = 20 min 1^{er} regard médical

Evaluation médicale précoce

Adaptation du parcours

Réponse d'antalgie immédiate





**Patient douloureux:
précocité de soins,
points de vigilance**



L'accueil du patient douloureux

Une stratégie globale



Prise en charge de la douleur chez les patients de plus de 15 ans aux urgences Lapeyronie par l'I.O.A.

Accueil : Installation confortable, immobilisation du membre douloureux, protection thermique et glaçage en cas de traumatisme

Mesurer : TA, FC, SpO2, Température, Glasgow,

EVALUER la douleur : Echelle EN (0 à 10) , hétéroévaluation par échelle Algoplus

Rechercher : Traitement(s) antalgique(s) reçu(s) depuis 24h + les contre-indications :

Contre indication Paracétamol :

- ✓ Allergie
- ✓ Insuffisance hépatique sévère, cirrhose
- ✓ Prise de 1g dans les 4h

Contre indication Ketoprofene 100mg :

- ✓ Allergie AINS ou Aspirine
- ✓ Grossesse ou allaitement
- ✓ Ulcères ou ATCD hémorragie gastro intestinales,
- ✓ I. Hépatique ou Rénale ou cardiaque sévère
- ✓ Prise d'AINS dans les 6h

Contre indication Morphine :

- ✓ Somnolence
- ✓ FR< 10, Tas<100mmHg
- ✓ Insuffisance respiratoire décompensée
- ✓ Insuffisance Hépatique sévère
- ✓ Intoxication/ alcoolisation/ Toxicomanie
- ✓ Traitement morphinique en cours

*Stupéfiant Oramorph 20 mg/1 ml :

- ✓ à jeter 3 mois après ouverture
- ✓ Coller étiquette rouge sur dossier craft.
- ✓ Prescription Dx.Care à postériori
- ✓ Traçabilité

EN < 6

Si PO possible:

Paracétamol sublingual : 1g/6h (max 4g/ 24h)

Si PO impossible :

Paracétamol IV (Perfalgan) : 1g/6h (max 4g/ 24 h)

EN ≥ 6 ou Algo + > 4

Si PO possible:

Paracétamol sublingual : 1g/6h

+

Oramorph (20 mg/1ml) - sol buv goutte (stupéfiant*)

- < 75 ans : 10 mg -> 8 gouttes
- ≥ 75 ou < 50 kg : 5 mg -> 4 gouttes

Si PO impossible :

Paracetamol IV (Perfalgan): 1g/6h

+

Morphine IV 2 mg/ 5 min en titration (stupéfiant*)

Avis
médical

Si traumatologie isolée et < 75 ans : + Kétoprofène 100 mg/12h en l'absence de CI

RE - EVALUATION EN à 45 minutes par IOA ou IDE de FMC

Si tt par Oramorph : score de sédation, contrôle FR, contrôle TA et SpO2



IOA et douleur

Points d'attention

Un tiers des patients ne souhaitent pas d'antalgie malgré des EN supérieures à 5

L'antalgie doit s'inscrire dans une globalité: une qualité d'accueil, des explications claires et rassurantes, une installation adaptée

La douleur aigue (EN= ou supérieure à 8) nécessite un regard médical précoce





IOA et douleur

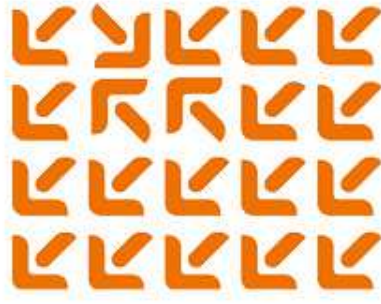
Points de vigilance

Traçabilité

Continuité des soins, difficulté de cartographie et de stratégies de service, gestion des risques, certification...

Réévaluation et adaptation des thérapeutiques en zones d'attente primaire





Merci pour votre attention !



CHU de MONTPELLIER
191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. 04 67 33 67 33

www.chu-montpellier.fr



Douleur de l'enfant aux urgences pédiatriques

- Travailler ensemble: une collaboration réussie entre les Urgences Tête-Cou et les urgences pédiatriques,
- Place des approches non médicamenteuses,
- Présentation de l'EPP PEC de la douleur aux urgences pédiatriques
 - Dr Séverine LADET PILOSSOF, Urgences Pédiatriques – Montpellier
 - Marie Laure VABRE, CDS, Urgences Tête et Cou – Montpellier
 - Sandrine CHENAL, PDE, Urgences Pédiatriques - Montpellier
 - Emilie NOURET, PDE, Urgences Pédiatriques - Montpellier
 - Céline HEVE, IDE, Urgences Tête Cou - Montpellier

DOULEUR de l'enfant aux Urgences pédiatriques

TRAVAILLER ENSEMBLE

Une collaboration réussie entre les Urgences Tête et Cou et les Urgences Pédiatriques



LAPEYRONIE
ARNAUD
DE VILLENEUVE
LA COLOMBIÈRE
SAINT ELOI
GUI DE CHAULIAC
CENTRE ANTONIN
BALMÈS
CENTRE BELLEVUE
CENTRE DE SOINS
DENTAIRES
EUROMÉDECINE





C'est quoi les UTEC ?





Carte d'identité

1. **Service d'urgence spécialisé:**
URGENCES TETE ET COU
2. **Date de Naissance:**
1^{er} Avril 2008..... 15 ans déjà
3. **Adresse:**
Hôpital Gui de Chauliac au RDC
4. **Sexe:**
Tous et surtout tous les âges !!!!!
5. **Signes particuliers:**
Pas de puéricultrice, pas d'auxiliaire de
puériculture et pas de pédiatre sur place
dans la structure

	2018	2019	2020	2021	2022
0-2 mois	40	28	26	36	32
3-11 mois	132	128	94	114	123
1-2 ans	532	482	366	421	426
3-5 ans	698	687	484	659	613
6-11 ans	1059	1001	805	1096	988
12-15 ans	647	629	536	609	657
16-17 ans	490	588	405	500	591
Total	3598	3543	2716	3435	3430



L'orientation: un
avant goût des
contraintes à venir

		2018	2019	2020	2021	2022	
0-11 mois	UTEC CMF	4	4	3	5	3	19
	UTEC Neurochir	19	19	13	14	17	82
	UTEC Neurologie	6	0	1	1	1	9
	UTEC O.R.L	52	48	38	53	50	241
	UTEC Odonto	1	0	1	0	0	2
	UTEC OPH	67	54	45	35	36	227
1-2 ans	UTEC CMF	42	49	30	39	38	233
	UTEC Neurochir	26	14	19	15	11	100
	UTEC Neurologie	8	5	4	9	8	42
	UTEC O.R.L	192	182	130	150	134	910
	UTEC Odonto	17	19	17	17	13	96
	UTEC OPH	196	157	127	124	95	793
3-5 ans	UTEC CMF	60	67	45	63	50	335
	UTEC Neurochir	22	20	16	21	17	106
	UTEC Neurologie	12	11	13	18	15	79
	UTEC O.R.L	235	216	143	173	169	1120
	UTEC Odonto	45	50	53	57	33	274
	UTEC OPH	252	251	168	197	123	1178
6-11 ans	UTEC CMF	96	84	75	106	80	519
	UTEC Neurochir	68	63	35	29	33	261
	UTEC Neurologie	40	35	43	45	49	258
	UTEC O.R.L	218	187	126	172	136	977
	UTEC Odonto	104	113	116	134	62	630
	UTEC OPH	446	404	310	379	248	2086
12-15 ans	UTEC CMF	49	71	55	42	61	339
	UTEC Neurochir	63	35	21	39	28	215
	UTEC Neurologie	76	90	70	87	89	489
	UTEC O.R.L	126	110	106	91	96	627
	UTEC Odonto	51	44	47	35	31	240
	UTEC OPH	218	219	176	193	154	1161
16-17 ans	UTEC CMF	51	81	34	44	50	312
	UTEC Neurochir	25	33	35	31	18	170
	UTEC Neurologie	113	113	72	79	95	572
	UTEC O.R.L	84	106	71	102	137	610
	UTEC Odonto	31	41	33	29	22	184
	UTEC OPH	147	167	126	130	112	788





Quel type de prise en charge pour les enfants ?





La case départ: L'IAO

- 1. Priorisation systématique des enfants et notamment les – de 10 ans**
- 2. Evaluation de la douleur dès cette étape**
 - Utilisation des échelles de douleur
- 3. Information sur le parcours type de l'enfant**
 - Selon le type de PEC à venir: application de l'EMLA avec horaire au marqueur



Quelques exemples de parcours:

Exemple numéro 1: l'inattendu 😊

Léo 5 ans

Plaie de la langue suite à une chute en trottinette

Amené par sa maman mercredi à 19:00

- **A l'IAO: pas de saignement, EVA à 2**
- **Parcours attendu: dès l'IAO appel de l'interne de CMF devant la famille**
- **En pratique:**
 - ✓ **disponibilité immédiate du spécialiste**
 - ✓ **Installation dans le box dédié**
 - ✓ **Mise en place immédiate du Kalinox avec masque goût fraise**

**Thérapeutique non médicamenteuse de prédilection:
distraction croisé à de l'hypnose conversationnelle**

Mise à disposition de la tablette du service, du GSM de la maman, ou de jeux adaptés à l'âge et aux envies de Léo

- **Réalisation de la suture de la langue dans le calme en présence de la maman**



Quelques exemples de parcours.... La suite

Exemple numéro 2: le biscornu ☹

Janna 23 mois,

Collection au niveau la conque de l'oreille droite nécessitant une ponction

Amenée en fin de matinée par sa maman sur les conseils du MG

- Dès l'IAO: appel du spécialiste Orl devant les parents, délai d'arrivée entre 45' et 60'
- L'enfant est blotti dans les bras de sa maman
- Le spécialiste ORL est disponible finalement 30' après l'appel de l'IAO: donc installation de Janna accompagnée de sa maman dans le box dédié

Thérapeutique non médicamenteuse de prédilection à type de distraction : le tube à bulles

- En pratique:
 - ✓ Application du kalinox → faible efficacité du kalinox, enfant tonique et réticent, rendant impossible les différents soins prévus: ponction de l'abcès, pose de VVP, bilan sanguin
 - ✓ Hypnovel intra nasal → succès de la ponction, mais échec de la pose de VVP
- Au final
 - ✓ Pose de vvp en salle de réveil du bloc pour démarrer l'antibiothérapie et faciliter l'hospitalisation.



En résumé:

Dans tous les cas:

- 1. Dès l'IAO instaurer une relation de confiance avec l'enfant et ses accompagnants**
- 2. Rendre visible les décisions concernant la gestion du parcours**
- 3. Anticiper toutes les actions soignantes visant à calmer la douleur:**
 - **EVA précoce**
 - **Pose emla**
 - **Coordination avec l'interne pour déterminer le moment de mise en place du Kalinox sauf pour les HTIC et HTIO**
 - **Adapter les dispositifs de distraction à notre disposition selon profil:**
 - ✓ **Musique**
 - ✓ **Tablette**
 - ✓ **Tube à bulle**
- 4. Favoriser l'implication des parents: Réalisation des soins en positionnant l'enfant sur les parents**



En résumé

A noter: une nette prédilection pour les techniques non médicamenteuses à type de distraction mais une évolution à soutenir vers d'autres approches.....

DANS TOUS LES CAS:

**DEDIER UN TEMPS CONSEQUENT POUR CES 9 JEUNES PATIENTS
ACCUEILLIS EN MOYENNE CHAQUE JOUR dont 3 de 5 ans et moins**



Les clés pour faire face à nos appréhensions

Les supports classiques

1. La formation continue:

pour développer les techniques non médicamenteuses

Douleur de l'enfant / Communication
Hypnotique / Initiation à l'hypno-analgésie
niveau 1 et 2

2. L'appropriation de la problématique par tous les soignants des UTEC:

Un groupe de travail (sans limite de participants et d'expérience) **FIL ROUGE** visant à stimuler, informer, harmoniser et faire évoluer les pratiques soignantes.





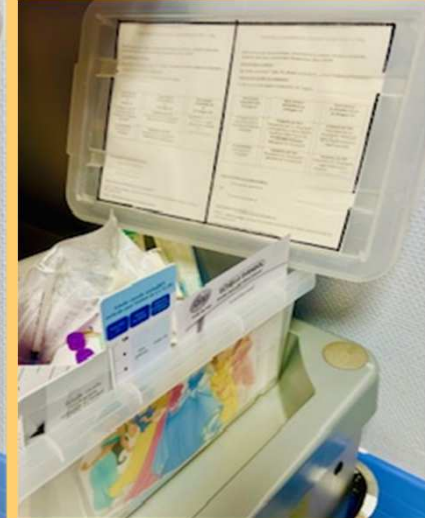
Solliciter les experts:

1. Les urgences pédiatriques:

- Observer, s'inspirer, questionner et reproduire
- Harmoniser nos pratiques (protocoles douleur en commun)
- Tisser des liens privilégiés pour une coopération quasi quotidienne efficace, en confiance.

2. Isabelle VAILLANT / Charlotte BEVIS

Pour développer les techniques non médicamenteuses adaptées à l'unité





Les perspectives:

Etendre le nombre d'agents formés

Matérialiser les parcours pédiatriques aux UTEC:

Trouver des financements

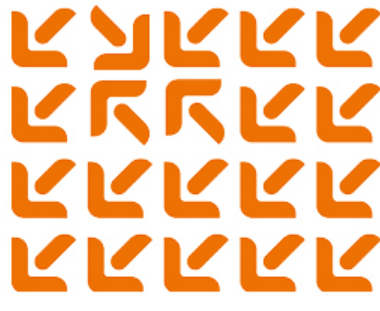
Ecouter les experts pour une déco jolie, adaptée, efficace et attractive pour les moins de 10 ans

Les limites :

La salle d'attente dédiée

La disponibilité des spécialistes rapide





Merci pour votre attention !



CHU de MONTPELLIER
191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. 04 67 33 67 33
Fax 04 67 33 67 70
www.chu-montpellier.fr



LAPEYRONIE
ARNAUD
DE VILLENEUVE
LA COLOMBIÈRE
SAINT ELOI
GUI DE CHAULIAC
CENTRE ANTONIN
BALMÈS
CENTRE BELLEVUE
CENTRE DE SOINS
DENTAIRE
EUROMÉDECINE



EPP douleur 2015-2017

IL ÉTAIT UNE FOIS....

*....AUX
URGENCES
PÉDIATRIQUES*



Dr LADET-PILOSSOF Séverine



ONCE UPON A TIME IN 2014

Groupe de réflexion sur les pratiques (organisation des soins, matériel)

Fiches de tâches intégrant l'évaluation de la douleur

Modalités d'évaluation (moments, fréquence) et de traçabilité au dossier patient

Définition des échelles à utiliser et formation par la coordinatrice CLUD

EMLA, MEOPA, techniques non médicamenteuses (jeu, chant, distraction...)



MAIS DES DIFFICULTES PERSISTAIENT.....

- *Evaluation de la douleur faite après antalgie mais non systématique en sortie ; fréquence de réévaluation prévue pas toujours appliquée ; faible traçabilité au dossier patient*
- *Dossier Résurgences insuffisamment adapté*
- *Prescriptions médicales non systématiquement tracées au dossier patient (en particulier EMLA et MEOPA)*
- *Hétérogénéité des pratiques au sein de l'équipe ; existence de freins à l'utilisation du MEOPA et à l'accompagnement aux soins*
- *Pas de protocole en place sur la PEC de la douleur ; absence de référents Douleur au sein de l'équipe (non remplacés à leur départ)*



LA BONNE IDEE , C'EST L'EPP ! LES OBJECTIFS de l'EPP

OBJECTIFS GENERAUX :

- *Harmoniser et protocoliser les pratiques de prise en charge de la douleur*
- *Valoriser le recours aux techniques non médicamenteuses*

Pour y parvenir...

- *Etat des lieux des connaissances et des pratiques de l'équipe concernant la prise en charge de la douleur : ENQUETE DE PRATIQUES*
- *Sur la base du protocole régional COLRU-interCLUD-OMEDIT (2014), adapter aux spécificités des urgences pédiatriques*



Objectifs	OBJECTIF GENERAL : harmoniser et protocoliser les pratiques de prise en charge de la douleur et valoriser le recours aux techniques non médicamenteuses			
	OBJECTIFS CONTRIBUTIFS : - réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques de l'équipe des Urgences pédiatriques concernant la prise en charge de la douleur : ENQUETE DE PRATIQUES - protocoliser la prise en charge de la douleur en conformité au protocole régional COLRU-CLUD et de manière adaptée aux spécificités des Urgences pédiatriques.			
Référentiel scientifique et professionnel	* DEMARCHE POUR LA MISE EN PLACE DE PROTOCOLES D'ANALGESIE AUX URGENCES : Douleur aigüe post-traumatique Enfant, Douleur aigüe non traumatique Enfant - Protocole régional - Réseau InterCLUD-COLRU-OMEDIT, novembre 2014			
Champ de l'étude	Pôle MERE-ENFANT			
Patients concernés	Enfants pris en charge aux Urgences pédiatriques			
Unités concernées	Urgences pédiatriques (UAU et UHCDE)			
Acteurs concernés	Cadres de Santé, Puéricultrices, Aides-Puéricultrices, Médecins, Internes			
	Évaluation des Pratiques Professionnelles			

Initialisation	Groupe de projet initial	2-juin-15
Mise en place	Identification de référents Douleur	juin-15
	Constitution du groupe de projet	juin-15
	Construction de l'enquête	juin-juillet 2015
Evaluation	Réalisation de l'enquête de pratiques	sept-15
	Traitement des questionnaires	Été 2016
Plan d'actions	Définition du plan d'actions	2017
	Mise en place et suivi des actions	2017
	Audit à 6 mois	Février 2019
Réévaluation	Réajustement du plan d'actions et mise en place d'indicateurs de suivi	à définir





L'EPP EN 8 ETAPES

1/ CONSTITUTION DU GROUPE DE PROJET

- 1 médecin
- 3 puis 4 PDE, 1 AP dont deux référents douleur
- Logisticienne
- Mme Bonnin
- Référente douleur Mme Bevis
- Cadre CLUD
- Médecin référent douleur
- Cadre de santé des urgences pédiatriques

2/ IDENTIFICATION DE REFERENTS DOULEUR

- Au moins une PDE et une AP nommées au sein de l'équipe des urgences pédiatriques + 1 médecin référent
- Condition : avoir suivi le module de base du CLUD



PLUS QUE 6 ETAPES....ET NON DES MOINDRES !

3/ CONSTRUCTION DE L'ENQUETE (groupe de projet) :

- *Lecture et analyse du protocole régional*
- *Rédaction des questions sur la base du modèle de questionnaire utilisé pour les enquêtes CLUD et InterCLUD, avec adaptation aux spécificités des urgences pédiatriques*
- *Formalisation du questionnaire, puis test et validation du questionnaire.*

*Pour qui? Quels objectifs? Quelles questions? Comment ne pas induire la réponse?
Comment les distribuer et les récupérer?*

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire SOIGNANTS



 Ce questionnaire étant destiné à être scanné, merci de bien vouloir respecter les règles de remplissage suivantes :

- Utiliser de préférence un stylo bille.
- Pour corriger une réponse, griser entièrement la case fautive.
- Ne rien écrire en dehors de la bordure noire encadrant le questionnaire.

 Merci pour votre compréhension.

CASES A COCHER : ☐ = 1 seule réponse possible
☐ = plusieurs réponses possibles

CARACTERISATION DU SOIGNANT

Vous êtes : ☐ IDE ☐ PDE ☐ AP ☐ AS ☐ CDS

Quelle est votre ancienneté dans la fonction ? ☐ < 1 an ☐ 1 à 5 ans ☐ 5 à 10 ans ☐ > 10 ans

Quelle est votre ancienneté dans la structure d'urgences pédiatriques ? ☐ < 1 an ☐ 1 à 5 ans ☐ 5 à 10 ans ☐ > 10 ans

Avez-vous suivi une formation spécifique sur la Douleur ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, laquelle ?

- ☐ Douleur de base ☐ Douleur aiguë ☐ Douleur de l'enfant ☐ Douleur chronique
- ☐ DU / DIU Douleur ☐ Pendant les études ☐ Internat

Quand, pour la plus récente ? ☐ < 1 an ☐ 1-3 ans ☐ 4-5 ans ☐ > 5 ans

EVALUATION DE LA DOULEUR

Évaluez-vous la douleur de vos patients ?

- ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ rarement ☐ jamais

A quels moments évaluez-vous la douleur ?

- ☐ à l'accueil ☐ à l'installation en box ☐ pendant les soins ☐ à la sortie
- ☐ dès que je peux ☐ autre : *Si 'autre', précisez :*

Quels éléments recherchez-vous pour décrire la douleur ?

Utilisez-vous une échelle d'évaluation pour quantifier la douleur des patients ? ☐ OUI ☐ NON

SI NON : pourquoi n'utilisez-vous pas d'échelle ?

SI OUI, quelle(s) échelle(s) utilisez-vous ?

- ☐ EN ☐ EVS ☐ Visages ☐ AlgoPlus ☐ Evendol
- ☐ EVA ☐ EOC ☐ autre : *Si 'autre', précisez :*

Page 1 sur 1

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire SOIGNANTS

Qu'est-ce qui détermine en priorité votre choix d'une échelle ?

- ☐ l'âge de l'enfant ☐ l'état clinique ☐ le temps dont je dispose
- ☐ ma connaissance de l'échelle ☐ la facilité d'utilisation de l'échelle ☐ autre

Si 'autre', précisez :

A quel objectif répondent les échelles d'évaluation de la douleur ci-dessous ?

	EN	EVS	Visages	EVENDOL
hétéro-évaluation	☐	☐	☐	☐
auto-évaluation	☐	☐	☐	☐

Tracez-vous l'évaluation de la douleur ? ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ rarement

Quels éléments tracez-vous ?

Sur quel outil tracez-vous ? ☐ Résurgences ☐ Dossier papier

SI vous tracez sur Résurgences : quelle(s) rubriques utilisez-vous ?

- ☐ SLIPS ☐ constantes ☐ anamnèse ☐ commentaires ☐ transmissions ☐ pancarte

Qu'est-ce qui vous empêche de tracer plus systématiquement ?

Réévaluez-vous la douleur de vos patients ? ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ rarement

A quels moments la réévaluez-vous ?

- ☐ après traitement antalgique ☐ pendant les soins
- ☐ si le patient est douloureux ☐ une fois par équipe
- ☐ même si le patient n'était pas douloureux à l'évaluation ☐ à la sortie
- ☐ précédente ☐ si le patient est hospitalisé ☐ autre : *Si 'autre', précisez :*

Vous arrive-t-il d'utiliser plusieurs échelles d'évaluation de la douleur pour un même enfant ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI : pourquoi ?

- ☐ première échelle non adaptée ☐ je ne sais pas quelle échelle a été utilisée avant
- ☐ échelles non disponibles pour tous ☐ résultat de l'échelle non cohérent avec l'observation
- ☐ autre : *Si 'autre', précisez :*

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire SOIGNANTS

PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

Des protocoles et/ou procédures sont-ils utilisés dans votre Unité pour la prescription d'antalgiques ?

☐ OUI ☐ NON ☐ ne sait pas

Si OUI : lesquels

☐ protocole/procédure spécifique à l'Unité ☐ protocole/procédure CLUD-CHRU

☐ autre

Si 'autre', précisez :

Dans votre Unité, des antalgiques sont-ils systématiquement prescrits en cas de douleur :

	OUI	NON
A l'entrée ?	☐	☐
Pendant le séjour ?	☐	☐
A la sortie ?	☐	☐

Les prescriptions préviennent-elles des réajustements en fonction de la réévaluation de la douleur ?

☐ OUI ☐ NON

Les prescriptions antalgiques sont-elles poursuivies entre UAU et UHCD ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI : comment ?

Si NON : pourquoi ?

ADMINISTRATION D'ANTALGIQUES

Connaissez-vous les principaux antalgiques utilisés au sein de votre Unité ?

☐ OUI ☐ NON

En per os : (4 réponses maximum)

Par voie IV : (4 réponses maximum)

Quel est selon vous le délai d'action moyen d'un antalgique selon la voie d'administration ?

	10 mn	30 mn	1 h
En per os ?	☐	☐	☐
En IV ?	☐	☐	☐
En intra-rectal ?	☐	☐	☐

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire SOIGNANTS

Disposez-vous toujours d'une prescription écrite au moment de l'administration du traitement antalgique ?

☐ OUI ☐ NON

Si NON : pensez-vous que cela a un impact sur votre prise en charge de la douleur ?

☐ OUI ☐ NON

Pourquoi ?

Selon vous, que faudrait-il mettre en place pour améliorer cette situation ?

Avez-vous besoin d'une prescription médicale pour utiliser :

	OUI	NON	ne sait pas
MEOPA	☐	☐	☐
EMLA	☐	☐	☐
Saccharose	☐	☐	☐

Utilisez-vous le Kalinox ?

☐ OUI ☐ NON

Si NON : pourquoi ?

A partir de quel âge peut-on prescrire/administrer le Kalinox ?

☐ naissance ☐ 1 mois ☐ 6 mois ☐ 1 an ☐ 4 ans

Existe-t-il des contre-indications à l'utilisation du Kalinox ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI : lesquelles ?

Quel est le délai d'action du Kalinox ?

☐ Immédiat ☐ 1 mn ☐ 3 mn ☐ 5 mn ☐ 10 mn

Y a-t-il une durée maximale d'utilisation du Kalinox ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI : laquelle ?

☐ 15 mn ☐ 30 mn ☐ 1 h ☐ 1 h 30

De quoi dépend l'ajustement du débit du Kalinox ?

☐ âge ☐ poids ☐ fréquence respiratoire ☐ gonflement du ballon ☐ efficacité

Selon vous, avec le Kalinox :

☐ le silence est de rigueur
☐ on propose un accompagnement pour détendre l'enfant
☐ l'enfant est endormi, il n'entend pas les bruits aux alentours

Utilisez-vous l'EMLA ?

☐ OUI ☐ NON

Quels sont selon vous les freins à son utilisation ?

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire SOIGNANTS

Disposez-vous toujours d'une prescription écrite au moment de l'administration du traitement antalgique ? ☐ OUI ☐ NON

SI NON : pensez-vous que cela a un impact sur votre prise en charge de la douleur ? ☐ OUI ☐ NON

Pourquoi ?

Selon vous, que faudrait-il mettre en place pour améliorer cette situation ?

Avez-vous besoin d'une prescription médicale pour utiliser :

	OUI	NON	ne sait pas
MEOPA	☐	☐	☐
EMLA	☐	☐	☐
Saccharose	☐	☐	☐

Utilisez-vous le Kalinox ? ☐ OUI ☐ NON

SI NON : pourquoi ?

A partir de quel âge peut-on prescrire/administrer le Kalinox ?

☐ naissance ☐ 1 mois ☐ 6 mois ☐ 1 an ☐ 4 ans

Existe-t-il des contre-indications à l'utilisation du Kalinox ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI : lesquelles ?

Quel est le délai d'action du Kalinox ?

☐ immédiat ☐ 1 mn ☐ 3 mn ☐ 5 mn ☐ 10 mn

Y a-t-il une durée maximale d'utilisation du Kalinox ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI : laquelle ? ☐ 15 mn ☐ 30 mn ☐ 1 h ☐ 1 h 30

De quoi dépend l'ajustement du débit du Kalinox ?

☐ âge ☐ poids ☐ fréquence respiratoire ☐ gonflement du ballon ☐ efficacité

Selon vous, avec le Kalinox :

☐ le silence est de rigueur
☐ on propose un accompagnement pour détendre l'enfant
☐ l'enfant est endormi, il n'entend pas les bruits aux alentours

Utilisez-vous l'EMLA ? ☐ OUI ☐ NON

Quels sont selon vous les freins à son utilisation ?

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire MEDECINS

Ce questionnaire étant destiné à être scanné,

merci de bien vouloir respecter les règles de remplissage suivantes :

- Utiliser de préférence un stylo bille.

- Pour corriger une réponse, griser entièrement la case fautive.

- Ne rien écrire en dehors de la bordure noire encadrant le questionnaire.

Merçi pour votre compréhension.



COCHER ☐ = 1 seule réponse possible

CASES A COCHER ☐ = plusieurs réponses possibles

Quelle est votre ancienneté dans la fonction ? ☐ < 1 an ☐ 1 à 5 ans ☐ 5 à 10 ans ☐ > 10 ans

Quelle est votre ancienneté dans la structure d'urgences pédiatriques ? ☐ < 1 an ☐ 1 à 5 ans ☐ 5 à 10 ans ☐ > 10 ans

Avez-vous suivi une formation spécifique sur la Douleur ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, laquelle ? ☐ Douleur de base ☐ Douleur aiguë ☐ Douleur de l'enfant
☐ Douleur chronique ☐ DU / DIU Douleur ☐ Pendant les études
☐ Internat

Quand, pour la plus récente ? ☐ < 1 an ☐ 2-3 ans ☐ 4-5 ans ☐ > 5 ans

EVALUATION DE LA DOULEUR

Evaluez-vous la douleur de vos patients ? ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ rarement ☐ jamais

A quels moments évaluez-vous la douleur ?

☐ à l'accueil ☐ à l'installation en box ☐ pendant les soins ☐ à la sortie
☐ dès que je peux ☐ autre 'Si' autre' précisez :

Quels éléments recherchez-vous pour décrire la douleur ?

Utilisez-vous une échelle d'évaluation pour quantifier la douleur des patients ? ☐ OUI ☐ NON

SI NON : pourquoi n'utilisez-vous pas d'échelle ?

SI OUI, quelle(s) échelle(s) utilisez-vous ?

☐ EN ☐ EVS ☐ Visages ☐ Algoplus
☐ Evendol ☐ EVA ☐ EOC ☐ autre 'Si' autre' précisez :

Qu'est-ce qui détermine en priorité votre choix d'une échelle ?

☐ l'âge de l'enfant ☐ l'état clinique ☐ le temps dont je dispose
☐ ma connaissance de l'échelle ☐ la facilité d'utilisation de l'échelle ☐ autre

'Si' autre' précisez :

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire MEDECINS

A quel objectif répondent les échelles d'évaluation de la douleur ci-dessous ?

	EN	EVS	Visages	EVENDOL
hétéro-évaluation	☐	☐	☐	☐
auto-évaluation	☐	☐	☐	☐

Tracez-vous l'évaluation de la douleur ? ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ rarement

Quels éléments tracez-vous ?

Sur quel outil tracez-vous ? ☐ RésUrgences ☐ Dossier papier

Si vous tracez sur RésUrgences : quelle(s) rubriques utilisez-vous ?

- ☐ SIIPS ☐ constantes ☐ anamnèse
☐ commentaires ☐ transmissions ☐ pancarte

Qu'est-ce qui vous empêche de tracer plus systématiquement ?

Réévaluez-vous la douleur de vos patients ? ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ rarement

A quels moments la réévaluez-vous ?

- ☐ après traitement antalgique ☐ pendant les soins ☐ si le patient est douloureux
☐ une fois par équipe ☐ même si le patient n'était pas douloureux à l'évaluation ☐ à la sortie précédente
☐ si le patient est hospitalisé ☐ autre *Si 'autre', précisez :*

Vous arrive-t-il d'utiliser plusieurs échelles d'évaluation de la douleur pour un même enfant ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : pourquoi ?

- ☐ première échelle non adaptée
☐ échelles non disponibles pour tous
☐ autre *Si 'autre', précisez :*

- ☐ je ne sais pas quelle échelle a été utilisée avant
☐ résultat de l'échelle non cohérent avec l'observation

Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire MEDECINS

PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

Des protocoles et/ou procédures sont-ils utilisés dans votre Unité pour la prescription d'antalgiques ?

- ☐ OUI ☐ NON ☐ ne sait pas

Si OUI : lesquels ☐ protocole/procédure spécifique à l'Unité ☐ protocole/procédure CLUD-CHRU

☐ autre *Si 'autre', précisez :*

Dans votre Unité, des antalgiques sont-ils systématiquement prescrits en cas de douleur :

	A l'entrée ?	Pendant le séjour ?	A la sortie ?
OUI	☐	☐	☐
NON	☐	☐	☐

Les prescriptions prévoient-elles des ajustements en fonction de la réévaluation de la douleur ? ☐ OUI ☐ NON

Les prescriptions antalgiques sont-elles poursuivies entre UAU et UHCD ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : comment ?

Si NON : pourquoi ?

Quels sont les principaux antalgiques que vous prescrivez ?

- Palier 1 (4 réponses maxi)

- Palier 2 (4 réponses maxi)

- Palier 3 (4 réponses maxi)

Prescrivez-vous les antalgiques en fonction de l'intensité évaluée de la douleur ?

- ☐ toujours ☐ le plus souvent ☐ pas systématiquement

Sur quels critères adaptez-vous la prescription des antalgiques ?

Quels sont les critères de prescription d'un antalgique de palier 3 en première intention ?

Où tracez-vous vos prescriptions ? ☐ RésUrgences ☐ dossier papier ☐ autre

Si 'autre', précisez :

A quel moment les tracez-vous ?

- ☐ au moment où je prescris ☐ dès que je peux au cours de la prise en charge ☐ à la sortie ☐ autre *Si 'autre', précisez :*

Prescrivez-vous les antalgiques en "si besoin" ?

	OUI	NON
Sur l'Unité d'Accueil (boxes) ?	☐	☐
Sur l'UHCD ?	☐	☐



Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques - Questionnaire MEDECINS

Prescrivez-vous le Kalinox ? ☐ OUI ☐ NON

SI NON :
pourquoi ?

A partir de quel âge peut-on prescrire/administrer le Kalinox ?

☐ naissance ☐ 1 mois ☐ 6 mois ☐ 1 an ☐ 4 ans

Existe-t-il des contre-indications à l'utilisation du Kalinox ?

☐ OUI ☐ NON

SI OUI :

lesquelles ?

Quel est le délai d'action du Kalinox ? ☐ Immédiat ☐ 1 mn ☐ 3 mn ☐ 5 mn ☐ 10 mn

Y a-t-il une durée maximale d'utilisation du Kalinox ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI : laquelle ? ☐ 15 mn ☐ 30 mn ☐ 1 h ☐ 1 h 30

De quoi dépend l'ajustement du débit du Kalinox ?

☐ âge ☐ poids ☐ fréquence respiratoire ☐ gonflement du ballon ☐ efficacité

Selon vous, avec le Kalinox :

☐ le silence est de rigueur ☐ on propose un accompagnement pour détendre l'enfant ☐ l'enfant est endormi, il n'entend pas les bruits aux alentours

Prescrivez-vous l'EMLA ?

☐ OUI ☐ NON

SI NON :
pourquoi ?

PERCEPTION GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur aux Urgences pédiatriques vous paraît-elle satisfaisante ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Notez votre satisfaction de 0 = pas du tout satisfait à 10 = tout à fait satisfait

Quels sont selon vous les éléments non satisfaisants ?

Quels sont vos souhaits, vos propositions pour améliorer la prise en charge de la douleur ?



MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION



C'EST LONG, MAIS ON AVANCE...

4/ REALISATION DE L'ENQUETE DE PRATIQUES:

CDS et Référents Douleur

- Diffusion du questionnaire à l'équipe (31 PDE et AP + 7 médecins + 12 Internes)

- Modalités : questionnaire papier, à remplir individuellement sur un temps dédié et à remettre aux référents Douleur

- Transmission des questionnaires par le CDS à la DQGR pour traitement sur SPHINX

DIFFICULTES RENCONTREES :

Distribution

Remplissage

Récupération

Timing (été, 12h...)

*Rentrée des données sur sphynx
(localisation tps impariti..)*

***MAIS 100% de réponses médicales,
71% de réponses paramédicales***



ET VOICI LES RESULTATS :

PROBLÈMES IDENTIFIÉS :

- *Manque de protocolisation / protocoles délégués*
- *Besoin de formation*
- *Pas assez d'échelles adaptées et disponibles*
- *Manque de traçabilité*
- *Besoin de sensibiliser les médecins et internes, en particulier les chirurgiens ortho*
- *Absence de PCA*

PROPOSITIONS :

- *Plus de soignants pour assurer le rôle IAO*
- *Chariot de distraction*
- *Formation hypno-analgésie, communication thérapeutique, aromathérapie*
- *IDE pour sutures et plâtres*
- *Sensibiliser et former les chirurgiens*



5 – 6 ...DE L'ACTION !

5/ RESTITUTION DES RESULTATS :

- *Présentation des résultats au groupe de projet, discussion, synthèse des points forts / points faibles*
- *Présentation des résultats et de la synthèse à l'équipe des urgences pédiatriques en réunion de service*

6/ PLAN D'ACTIONS :

- *Définition en équipe des actions d'amélioration à mettre en place*
- *Définition des modalités du plan d'actions : responsabilités, modalités de suivi des actions, mode de réévaluation, calendrier*
- *Suivi du plan d'actions par le groupe de projet : CDES, médecin, référents Douleur*

EPP : « Prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques »

Plan d'Actions d'amélioration

Mise à jour : 19/12/2016

Thèmes	Actions	Responsables	Etat/Echéances
Formation	Module de base : - inscrire prioritairement : PDE non formées, IDE, AP - proposer aux médecins	S. Joubert (à voir avec I. Vaillant) G. Guyon	A FAIRE : 2017
	Autres : douleur de l'enfant, hypno-analgésie, communication thérapeutique, aromathérapie	S. Joubert (à voir avec I. Vaillant)	A FAIRE : 2017
	Formation dans l'Unité : - échelles (rappels, choix, adaptation, traçabilité) - délai d'action des ATG, MEOPA, EMLA - Mise en place de la PCA à l'UA	S. Joubert CLUD : I. Vaillant, C. Bevis	PREVU : formation par I. Vaillant les 18,20,25,27 avril 2017
	Sensibilisation des médecins : - désignation d'un référent médical douleur	G. Guyon S. Ladet	FAIT : déc 2016
Information	Accès aux référentiels CHU : procédures, protocoles - Qualidoc : chemin d'accès intranet, contenus - mise à disposition d'un classeur de protocoles	S. Joubert F. Bourboujias	PREVU : janv-fév 2017
Evaluation de la douleur	Accès aux outils CLUD : - rappel sur site intranet : chemin d'accès, contenus	S. Joubert	FAIT : déc 2016
	Mise à disposition d'échelles : à demander à I. VAILLANT	S. Joubert CLUD (I. Vaillant)	PREVU : janv-fév 2017
	Mise à disposition d'un outil de poche : à construire	S. Joubert F. Bourboujias	PREVU : janv-fév 2017
	Evaluation/Réévaluation : - définir principes et fréquence - adapter le paramétrage sur DX Urgences	S. Joubert Référénts douleur paraméd et méd.	A FAIRE : mars-avril 2017
	Rappels aux professionnels : - sur l'obligation de traçabilité - sur les outils au dossier : passage à DX Urgences	S. Joubert G. Guyon	PREVU : mars-avril 2017
	Mettre en place un protocole délégué pour l'antalgie de 1^{re} intention à partir du protocole régional InterCLUD-OMEDIT	Groupe projet EPP S. Ladet G. Guyon	A FAIRE : Avril-mai 2017
Prescription	Chariot de distraction : réapprovisionnement	S. Joubert	FAIT : nov 2016
Matériel	PCA à l'UA : commande et mise en place	S. Joubert I. Vaillant	FAIT : Commande PREVU : Mise en place (formation avril 2017)
	Désignation d'un référent douleur médical	G. Guyon	FAIT : nov 2016
Organisation / RH	Rôle IOA sur l'évaluation de la douleur à l'entrée : pérennisation du renfort en IDE mis en place pour la période épidémique	S. Joubert	EN COURS
	Sutures et plâtres : mise en place d'une filière traumatisme avec senior dédié pour faciliter l'accès à partir des urgences	G. Guyon	EN COURS

FORMATIONS :

- Module de base
- Autres : Douleur de l'enfant, Hypno-analgésie, Communication thérapeutique, aromathérapie
- Formations dans l'Unité :
 - Echelles (rappels, choix, adaptation, traçabilité)
 - Délais d'action des antalgiques, MEOPA, EMLA
- Mise en place de la PCA à l'UHCDE
- Sensibilisation des médecins





INFORMATION:

Accès aux référentiels CHU : procédures, protocoles

- Qualidoc : chemin d'accès intranet, contenus

- Mise à disposition d'un classeur de protocoles

EVALUATION DE LA DOULEUR:

Accès aux outils CLUD : rappel sur le site intranet : chemin d'accès, contenus

- Mise à disposition d'échelles

- Outil de poche

- Evaluation/Réévaluation : définir principes et fréquence / adapter le paramétrage sur DX Urgences

- Rappels aux professionnels sur l'obligation de traçabilité, sur les outils au dossier (passage à DX Urgences)

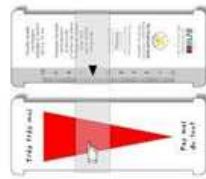


ET ENFIN....LE PROTOCOLE !

Mise en place d'un **protocole délégué pour l'antalgie**
à partir du protocole régional InterCLUD-OMEDIT

Echelles d'évaluation pédiatriques

Enfants ⁶		Score douleur faible	Score douleur modéré	Score douleur sévère
≥ 6 ans	Echelle Visuelle Analogique sur 10 (EVA)	EVA ≤ 3	4 ≤ EVA ≤ 6	EVA ≥ 7
≥ 8 ans	Echelle Numérique sur 10 (EN)	EN ≤ 3	4 ≤ EN ≤ 5	EN ≥ 7
≥ 4 ans	Echelle des Visages sur 10 (FPS-r)	Score ≤ 2	4 ≤ Score ≤ 6	Score ≥ 8
0 - 7 ans	EVENDOL sur 15	Score ≤ 3	4 ≤ Score ≤ 10	Score ≥ 11



Echelle Visuelle Analogique

Echelle des Visages

[illegible]

Echelle EVENDOL

Tramadol

Poids	Dose (gouttes) par prise	Dose (mg) par prise
10 à 15 kg	6 gouttes	15
16 à 20 kg	8 gouttes	20
21 à 25 kg	10 gouttes	25
26 à 30 kg	12 gouttes	30
31 à 35 kg	14 gouttes	35
36 à 40 kg	16 gouttes	40
41 à 45 kg	18 gouttes	45
46 à 50 kg	20 gouttes	50

Oramorph

Poids	1ère administration 0,5 mg/kg		Administrations suivantes 0,2 mg/kg	
	Dose (mg)	Dramorphan® (nombre gouttes)	Dose (mg)	Dramorphan® (nombre gouttes)
5 kg	2,5	2	1,25	1
8 kg	4	3	1,25	1
10 kg	5	4	2,5	2
15 kg	7,5	6	2,5	2
18 kg	9	7	4	3
20 kg	10	8	4	3
25 kg	12,5	10	5	4
30 kg	15	12	6	5
35 kg	17,5	14	7	6
40 kg	20	16	8	6



FICHE D'EVALUATION DE LA POSSIBILITE
D'ADMINISTRER DU MEOPA A UN PATIENT



Etiquette Patient

FICHE D'EVALUATION DE LA POSSIBILITE D'ADMINISTRER DU MEOPA A UN PATIENT
SI AU MOINS L'UN DES CRITERES FAIT L'OBJET D'UNE REPONSE POSITIVE, NE PAS ADMINISTRER LE MEOPA
SI L'UN DES CRITERES NE PEUT PAS ETRE EVALUE, SE REFERER AU MEDECIN PRESCRIPTEUR

1. Critères liés au patient

	OUI	NON
Nécessité d'une ventilation en oxygène pur		
Hypertension intracrânienne		
Altération de l'état de conscience empêchant la coopération du patient		
Traumatisme crânien		
Anomalies neurologiques d'apparition récente et non expliquées		
Déficit connu et non substitué en vitamine B12 ou en acide folique		
Insufflation d'un gaz ophtalmique (SF6, C3F8, C2F6) < 3 mois		
Embolie gazeuse		
Pneumothorax, bulles d'emphysème, accident de plongée		
Distension gazeuse abdominale, occlusion		

2. Critères liés à l'acte douloureux

	OUI	NON
Durée de l'acte supérieur à 60 minutes		
Acte très douloureux sans autres médicaments ou techniques antalgiques associés		

3. Critères liés aux médicaments associés

	OUI	NON
Benzodiazépines		
Opiacés		
Autres psychotropes		
Gaz ophtalmiques (SF6, C3F8, C2F6)		

Date	Nom du soignant	Signature

CHRU/ 12.a/065/v1





PRESCRIPTION :

Chariot de distraction, réapprovisionnement

MATERIEL :

PCA à l'UHCDE : commande et mise en place

ORGANISATION / RH :

Rôle PAO sur l'évaluation de la douleur à l'entrée : pérennisation du renfort en IDE mis en place pour la période épidémique 7/7, 24h/24h

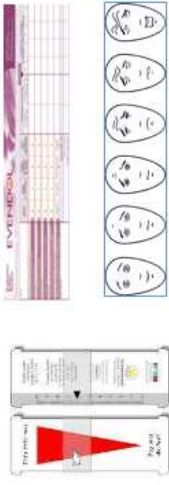
Sutures et plâtres : mise en place d'une filière traumatologique avec senior dédié pour faciliter l'accès à partir des urgences



NOUS PRENONS EN CHARGE LA DOULEUR DE VOTRE ENFANT

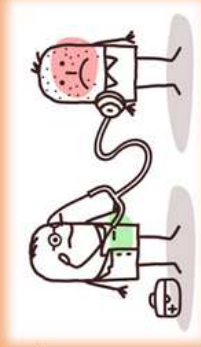


POUR L'ÉVALUER,
NOUS UTILISONS DIFFÉRENTS OUTILS :



VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT À MAL :
ENSEMBLE NOUS POUVONS AGIR POUR LE SOULAGER

NOUS SOMMES À SON ÉCOUTE...





7 - 8 C'EST LA FIN... VRAIMENT ?

7/ REEVALUATION:

- *Audit à 6 mois : recueil sur les dossiers RésUrgences à l'aide d'une grille de critères, visant à apprécier l'effectivité des nouvelles pratiques et la traçabilité de la prise en charge de la douleur*
- *Questionnaires*
- *Restitution des résultats à l'équipe*

8/ POURSUITE DU PROJET:

- *Réajustement du plan d'actions si nécessaire*
- *Définition d'indicateurs pour le suivi des pratiques*



COMITE DE VALIDATION EPP 10.12.2020

Un plan d'actions a été mis en oeuvre sur la période 2016-2019, incluant l'inscription aux formations CLUD et la mise en place d'une formation-action (par la Coordinatrice CLUD) sur les échelles, les antalgiques et la PLA ; la formalisation d'un protocole délégué pour l'antalgie de 1^e intention (à partir du protocole régional InterCLUD-OMEDIT) ; la désignation d'un médecin référent Douleur ; une sensibilisation sur l'accès aux référentiels Douleur du CHU et aux outils CLUD, sur l'obligation de traçabilité et les outils du dossier patient ; la mise à disposition d'échelles adaptées et d'un outil de poche ; la redéfinition des principes d'évaluation de la douleur ; la mise à niveau du matériel (PCA, chariot de distraction).

L'enquête de pratiques renouvelée en 2019 objective des améliorations, malgré le fort turn-over qu'a connu l'équipe médicale et soignante : plus de soignants formés ; meilleure évaluation de la douleur par les soignants, notamment à l'accueil ; augmentation de l'utilisation des échelles d'évaluation, avec choix de l'échelle adaptée ; protocole délégué toujours utilisé et donnant satisfaction.

Au total, l'équipe a atteint ses objectifs avec l'amélioration de la rapidité de mise en place d'une antalgie et l'utilisation de traitements plus adaptés à l'intensité de la douleur. Des améliorations restent à réaliser concernant la PCA (non obtenue), la traçabilité (attente de DX Urgences), l'antalgie sur soins douloureux (réduction de fracture...). La prise en charge de la douleur est jugée plus efficace et harmonisée dès l'arrivée de l'enfant, avec une bonne appropriation du protocole par l'équipe infirmière. Outre la poursuite de la formation des nouveaux soignants et médecins, l'équipe des Urgences Pédiatriques souhaite mettre en place un protocole kétamine IV pour les soins douloureux. L'équipe a également pu contribuer à la formation des personnels des UTEC à la prise en charge de la Douleur de l'enfant, et une réflexion est en cours sur l'harmonisation des protocoles Douleur entre les deux structures.

QUID DANS LA DUREE ?



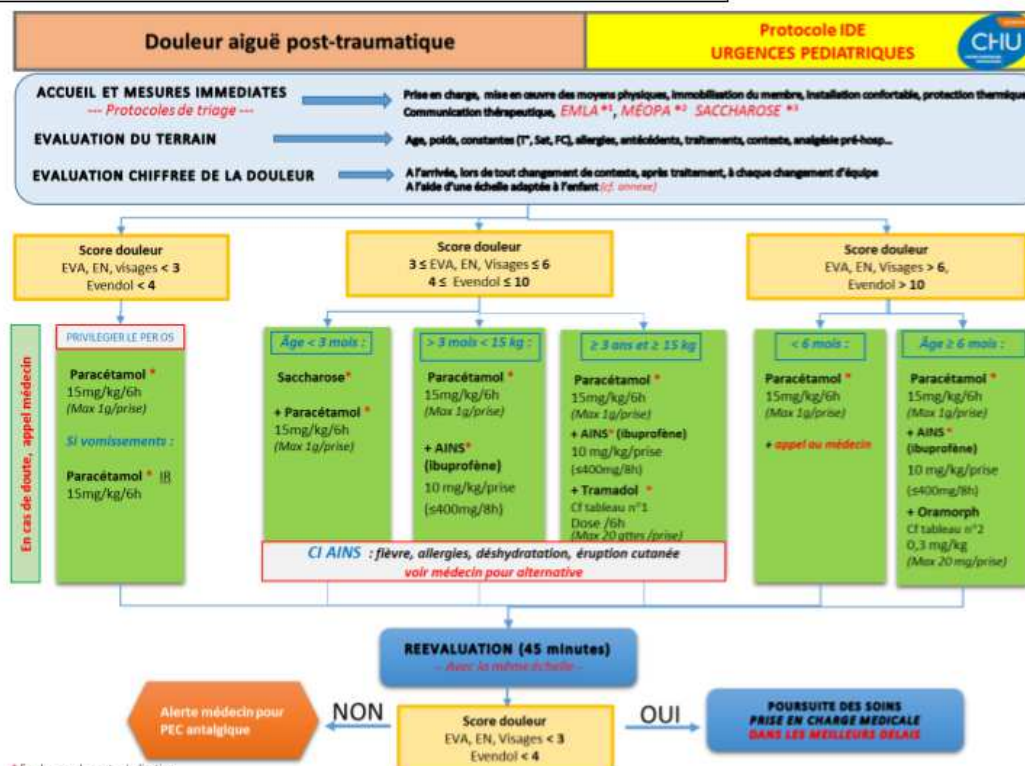
LAPEYRONIE
ARNAUD
DE VILLENEUVE
LA COLOMBIÈRE
SAINT ELOI
GUI DE CHAULIAC
CENTRE ANTONIN
BALMÈS
CENTRE BELLEVUE
CENTRE DE SOINS
DENTAIRES
EUROMÉDECINE





ON NE S'ARRETE PLUS ! PROTOCOLE ACTUALISÉ EN 08.2021

Protocole de soins infirmiers délégués pour la prise en charge de la Douleur aux Urgences Pédiatriques	Document n° CHRU/ 12.a/075/v2
	Page : 6/12
	Document(s) de référence :



* En absence de contre-indication

¹ EMLA : 1 h avant le soin - cf. Doc.CHRU/ 12.a/057

² MEOPA : après évaluation de la possibilité d'administrer cf. Fiche d'évaluation CHRU/12.a/084

³ SACCHAROSE : cf. Doc.CHRU/ 12.a/056



Douleur aiguë post-traumatique

Tableau n°1

Enfant ≥ 3 ans et ≥ 15 kg

Protocole IDE
URGENCES PEDIATRIQUES

Douleur aiguë post-traumatique

Tableau n°2

Enfant ≥ 6 mois

Protocole IDE URGENCES PEDIATRIQUES

TRAMADOL : Contramal® (flacon compte-gouttes 100mg/ml, soit 2,5mg/goutte)

Poids	Posologie 1mg/kg (max 50 mg/prise, 20 gouttes/prise)		
	Dose en mg/prise	Dose en gouttes*/prise	Dose en ml/prise
15 kg	15	6	0,15
16 kg	16	6	0,16
17 kg	17	7	0,17
18 kg	18	7	0,18
19 kg	19	8	0,19
20 kg	20	8	0,20
21 kg	21	8	0,21
22 kg	22	9	0,22
23 kg	23	9	0,23
24 kg	24	10	0,24
25 kg	25	10	0,25
26 kg	26	10	0,26
27 kg	27	11	0,27
28 kg	28	11	0,28
29 kg	29	12	0,29
30kg	30	12	0,30
31 kg	31	12	0,31
32 kg	32	13	0,32
33 kg	33	13	0,33
34 kg	34	14	0,34
35 kg	35	14	0,35
36 kg	36	14	0,36
37 kg	37	15	0,37
38 kg	38	15	0,38
39 kg	39	16	0,39
40 kg	40	16	0,40
41 kg	41	16	0,41
42 kg	42	17	0,42
43 kg	43	17	0,43
44 kg	44	18	0,44
45 kg	45	18	0,45
46 kg	46	18	0,46
47 kg	47	19	0,47
48 kg	48	19	0,48
49 kg	49	20	0,49
≥ 50 kg	50	20	0,50

*Nombre de gouttes : Arrondi à l'entier le plus proche.

Sulfate de Morphine : Oramorph® (flacon compte-gouttes 20mg/ml, soit 1,25mg/goutte)

Poids	Posologie 0,3mg/kg (max 20 mg/prise)		
	Dose en mg/prise	Dose en gouttes*/prise	Dose en ml/prise
5 kg	1,5	1	0,075
6 kg	1,8	1	0,09
7 kg	2,1	2	0,10
8 kg	2,4	2	0,12
9 kg	2,7	2	0,13
10 kg	3	2	0,15
12 kg	3,6	3	0,18
14 kg	4,2	3	0,21
15 kg	4,5	4	0,22
16 kg	4,8	4	0,24
18 kg	5,4	4	0,27
20 kg	6	5	0,30
22 kg	6,6	5	0,33
24 kg	7,2	6	0,36
26 kg	7,8	6	0,39
28 kg	8,4	7	0,42
30 kg	9	7	0,45
32 kg	9,6	8	0,48
34 kg	10,2	8	0,51
36 kg	10,8	9	0,54
38 kg	11,4	9	0,57
40 kg	12	10	0,60
42 kg	12,6	10	0,63
44 kg	13,2	11	0,66
46 kg	13,8	11	0,69
48 kg	14,4	12	0,72
50 kg	15	12	0,75
52 kg	15,6	12	0,78
54 kg	16,2	13	0,81
56 kg	16,8	13	0,84
58 kg	17,4	14	0,87
60 kg	18	14	0,90
62 kg	18,6	15	0,93
64 kg	19,2	15	0,96
66 kg	19,8	16	0,99

*Nombre de gouttes : Arrondi à l'entier le plus proche.



*AUDIT
CLINIQUE
DOULEUR
CERTIFICATION
01.2020*

Méthodologie



- **Population concernée** : tous enfants admis aux Urgences Pédiatriques
- **Échantillon**: Dossiers de 5 enfants ayant quitté l'unité les jours précédant l'audit
- **Equipe d'audit**
 - Coordonnateur**: Charlotte BEVIS-PDE; Isabelle VAILLANT CDS IADE
Coordinatrice au CLUD
 - Participants**: Dr Séverine LADET PILOSSOF; Mathilde FORTIER-CDS
PDE; Emilie NOURET-PDE
- **Aide statistique**: Xavier DERZKO
- **Professionnels audités**: professionnels médicaux et paramédicaux exerçant leur activité aux Urgences Pédiatriques
- **Méthode**: Audit clinique
- **Grille d'audit**: découpée en 5 volets:
 - À l'entrée dans l'unité
 - Au cours du séjour
 - Les prescriptions médicales
 - La prise en compte de la douleur induite par les soins
 - À la sortie
- **Date de l'audit**: le 20 janvier 2022

Isabelle VAILLANT





Analyse des résultats



Points positifs

- la douleur induite par les soins est prévenue à **80%**
- La Stratégie de PEC de la douleur est discutée en équipe pluridisciplinaire
- L'équipe a recours à des experts si nécessaire
- Des protocoles spécifiques à l'unité existent

Points à améliorer

- 60% d'évaluation de la douleur à l'entrée
- Les échelles de douleur ne sont adaptées aux capacités cognitives de l'enfant qu'à **20%**
- 40% de traçabilité de l'évaluation de la douleur en cours de séjour
- 40% de traçabilité à la sortie
- La douleur induite n'est pas systématiquement prévenue
- 0% de réévaluation de la douleur après administration de l'ATG ou moyen non médicamenteux
- **Pas de prescription d'antalgique**
- Le référentiel de prévention de la douleur induite n'est pas connu des équipes

Isabelle VAILLANT



Plan d'actions proposé



- **Systématiser** la traçabilité de l'**évaluation de la douleur** à l'entrée, en cours de séjour et à la sortie
- **Sensibiliser** l'équipe para médicale à l'utilisation de la bonne échelle pour le bon enfant
- **Réévaluer** la douleur **dans les 2 heures** qui suivent l'administration d'un antalgique ou l'utilisation d'un moyen non médicamenteux
- **Prévenir** de l'existence des protocoles douleur sur qualidoc notamment celui du référentiel de prévention de la douleur induite par les soins,
- **Inform**er les médecins sur la nécessité de prescrire des antalgiques en « si besoin » associé à un score d'évaluation,

Isabelle VAILLANT



THE END

EPP + URGENCES PEDIATRIQUES =



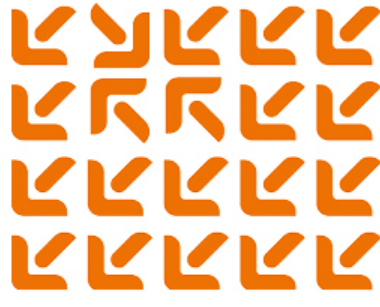
- *EPP : démarche très intéressante*
- *Permet de se poser en équipe sur une problématique*
- *Travail d'équipe et harmonisation des pratiques*

Grande avancée pour la prise en charge des patients

MAIS : problématique d'information des paramédicaux, médecins (turn-over+++)

MAIS : problématique de traçabilité, difficulté logicielle...

A poursuivre !



Merci pour votre attention !



CHU de MONTPELLIER

191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5

Tél. 04 67 33 67 33

Fax 04 67 33 67 70

www.chu-montpellier.fr



De l'idée à l'action: EPP prise en charge de la douleur induite par les soins en Unité de Surveillance Continue (USC)

- Dr Camille MAURY, MAR, DAR A/USC – Montpellier
- Olivier DUSSOL, CDS, USC– Montpellier
- Sarah CHOLVY, IDE, USC - Montpellier
- Nina BELTRAN, IDE, USC - Montpellier

De l'idée à l'action

EPP prise en charge de la douleur induite

Les soins en Unité de Surveillance Continue (USC)

Dr Pauline Deras, Dr Camille MAURY, équipe de l'USC
Lapeyronie - Montpellier

SOMMAIRE

1. Présentation de l'USC
2. Historique du projet
3. De l'idée à l'action
4. Les résultats
5. Quelques exemples de fiches réflexes



Les soins en Unité de Surveillance Continue (USC)

Le service a été créé en mai 2019

Comporte 12 lits regroupés de :

- la réanimation polyvalente (3),
- l'urologie (6),
- l'orthopédie (3).

L'équipe paramédicale comporte 1 CDS, 15 IDE et 12 AS

L'équipe médicale est issue de la réa du DAR A

les internes de la réa ainsi que le bloc de Lapeyronie



De l'idée à l'action

Le point de départ de l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) est une demande de formation pour toutes l'équipe à l'HYPNOANALGESIE.

(recours à l'hypnose pour soulager la douleur)

=> Appel au CLUD



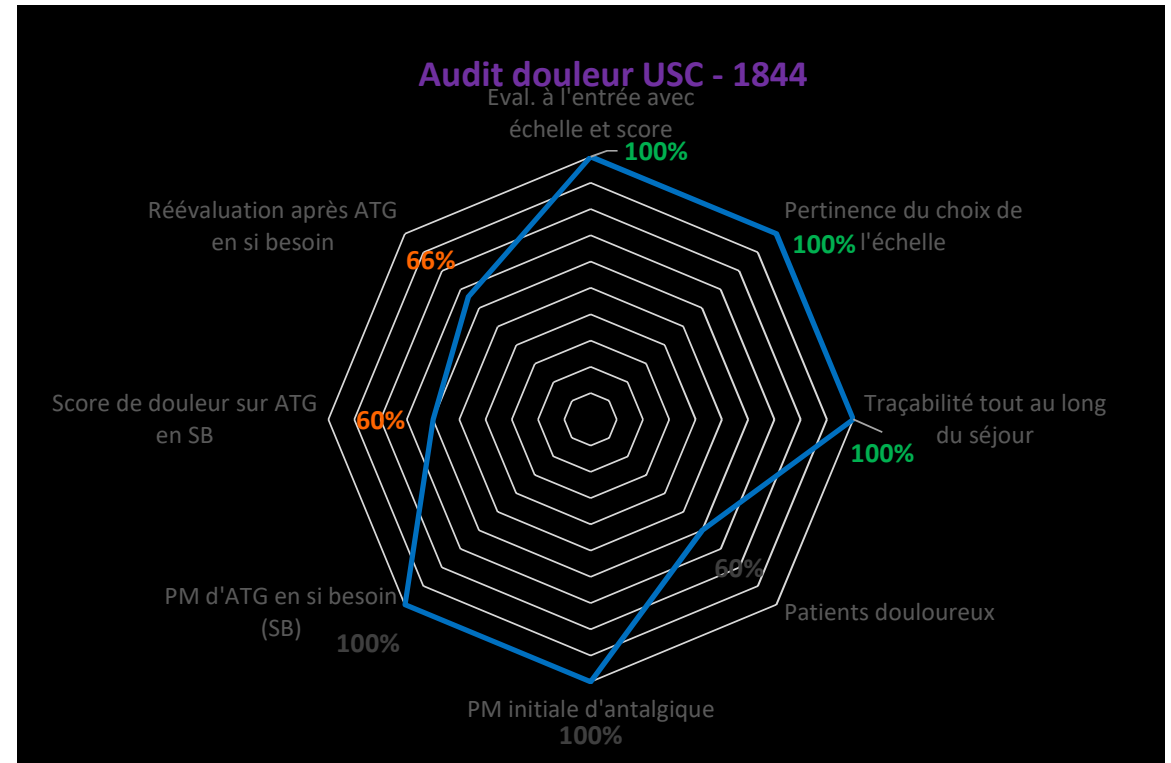
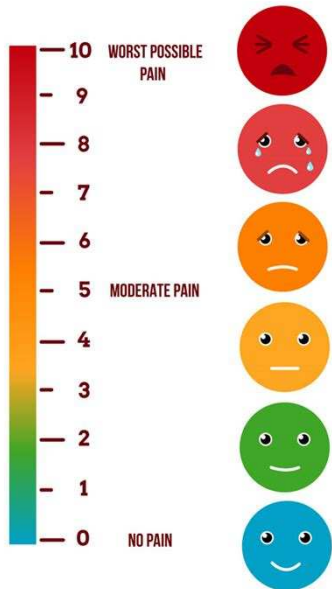
L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'EPP est un processus par lequel les professionnels de santé peuvent évaluer et ainsi améliorer leur propre travail.

Les pratiques professionnelles des soins induisant de la douleur ont été évaluées par un audit clinique, qui consiste à comparer son activité aux recommandations professionnelles actuelles. Une analyse des pratiques post-audit est ensuite réalisée et utilisée pour identifier les différences entre la pratique et les attentes du référentiel de la Haute Autorité de Santé.



L'audit



Analyse des résultats



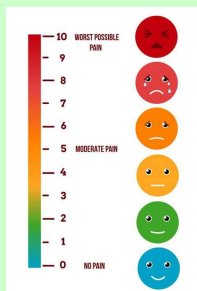
Points positifs

- 100% de traçabilité de l'évaluation de la douleur à l'entrée
- 100% des échelles sont adaptées aux capacités cognitives des patients
- 100% de traçabilité de l'évaluation en cours de séjour

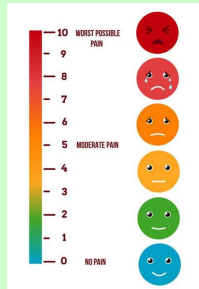


Points à améliorer

66% de réévaluation du patient douloureux
60% de score de douleur rattaché aux prescriptions
« à la demande »



Plan d'actions proposé



- **Réévaluer** la douleur dans les 2 heures après administration d'un antalgique prescrit « à la demande »
- **Inform**er les internes sur l'obligation d'associer systématiquement un score de douleur à une prescription d'antalgiques « à la demande »

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

1^{ère} étape: identifier les actes douloureux de l'unité

2^{ème} étape: établir une cartographie du risque douleur

⇒ Attribuer de scores de fréquence et d'intensité (moyenne) pour chaque acte DE 1 à 5

3^{ème} étape: calcul du score de criticité, hiérarchisation et qualification de risque de douleur



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

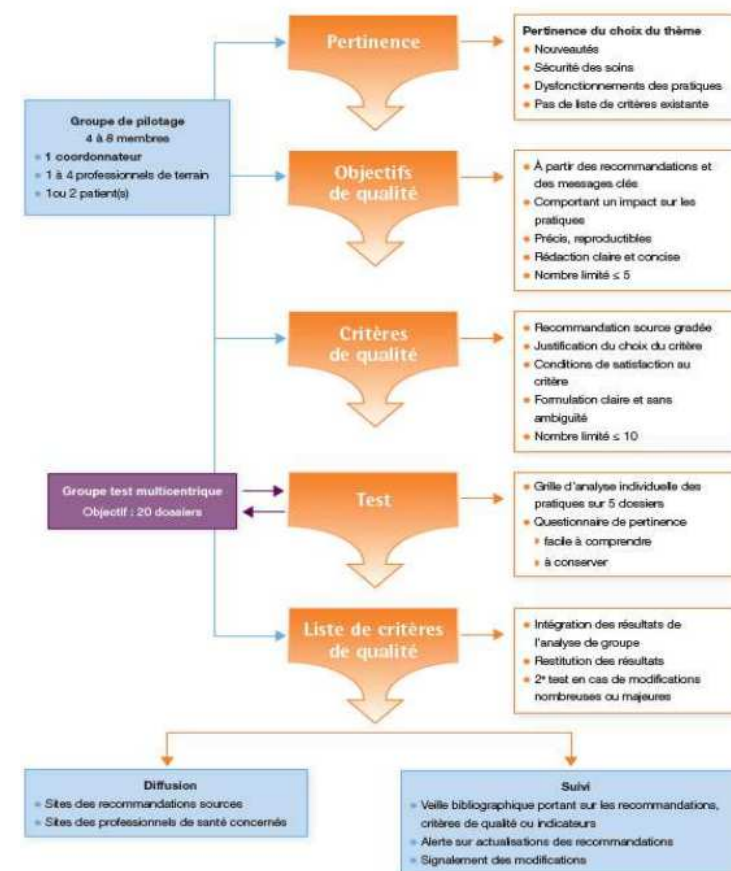


Le choix des critères remarquables

Recommandation de bonne pratique (RBP)

Étapes d'élaboration des critères de qualité

liste des actes	Fréquence	Intensité de douleur	criticité	Moyens en place	Résultats
Pansement VAC	5	5	25	Antalgique palier 1 +/- palier 2 SB +/- Pallier 3 LP +/- LI +/- MEOPA +/- Hypnotique +/- analgésique +/- anesthésique Détournement de l'attention, exercice de respiration, hypnose (si formation réalisée) Irrigation + Xylocaïne	5



Le choix des critères remarquables

Pertinence
Recherche documentaire
Pilotage
Population concernée
Objectifs d'amélioration de la qualité
Sélection des recommandations
Caractéristiques des critères de qualité
Justification de chaque critère de qualité
Conditions de satisfaction au critère
Test

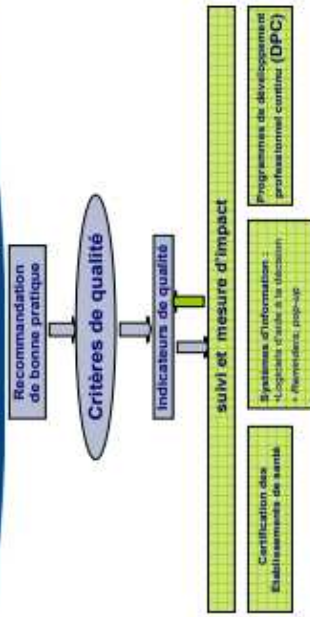


Élaboration de critères de qualité à partir de recommandations

SBPP, juin 2013

Présentation de la HAS

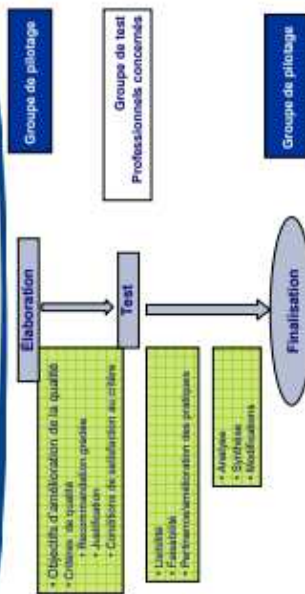
Critères de qualité = outils de mise en œuvre des recommandations
dans les démarches d'amélioration des pratiques



Définitions

- Objectifs**
 - À partir des recommandations et des messages clés
 - Exprimés sous un mode infini
 - Prioritaires pour influencer la pratique et avoir un impact
 - En nombre restreint ≤ 5
- Critères de qualité**
 - Pertinence : critère fondé sur une recommandation, comportant un potentiel d'amélioration de la qualité ou de diminution de risque, et prioritaire
 - Faisabilité : modalités de recueil et caractère mesurable
 - Formulation claire, précise
 - En nombre restreint ≤ 10
- Conditions de satisfaction au critère**
 - Le critère est satisfait « SI »
 - ET/OU ?
 - En cas de conditions multiples, l'absence d'une d'entre elles ne permet pas de satisfaire au critère.

Élaboration de critères de qualité à partir de recommandations disponibles



12^{ème} JOURNÉE DU CLUD
Vendredi 15 décembre 2023
LA DOULEUR EST UNE URGENCE

HAS - Angèle A - 116 Avenue du Port Solaire - 34000 Montpellier
Comité scientifique - CLUD du CHU de Montpellier

Les critères remarquables

Fiches réflexes pour une prise en charge de la douleur induite

Nursing et Mobilisation

Drainage Thoracique

Pose de péridurale lombaire et thoracique / Pose de cathéter péri-nerveux

Pansements – VAC et Escarres - / Détersion de Plaies



Fiche réflexe prise en charge douleur induite Nursing et Mobilisation	
Préambule	Pour tout patient et pour tout soin : - Schéma basal selon prescription médicale: ➤ Antalgique palier 1 ➤ Antalgique palier 2 ➤ Antalgique palier 3 LP - Détournement de l'attention / distraction / exercice de respiration / hypnose (si formation) - Installation confortable et environnement calme
Avant le soin :	Evaluation de la douleur / anxiété: - Si douleur ≤ 4 Administrer l'inter dose palier 3 libération immédiate (LI) sur prescription médicale une heure avant début du soin - Si anxiété ≥ 3 prévoir MEOPA (Cf. Fiche MEOPA) - Si douleur ≥ 5 sur prescription médicale palier 3 LI 1heure avant début du soin + hypnotique +/- analgésique +/- anesthésique (pas de MEOPA)
Pendant le soin :	Détournement attention / distraction / exercice de respiration +/- hypnose
Après le soin :	- Prise en compte ressenti patient - Evaluation et traçabilité DX Care douleur / anxiété + réévaluation 2 heures après - Transmission des moyens mis en œuvre pour le prochain nursing

NB : pour tout soin nécessitant la participation du patient (mise au fauteuil, kiné mobilisatrice etc. ...) éviter l'utilisation des Hypnotique / analgésique / anesthésique / MEOPA selon réaction patient.

S. CHOLVY – Dr C. MAURY - L. NEKROUF – I. VAILLANT



Formation réalisée

MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote)

Afin d'optimiser les soins et pouvoir appliquer les projet de mise en place des fiches réflexes plus d'un tiers des infirmiers ont bénéficié d'une formation in situ.



Fig. 1 :
Kit d'administration
du MEOPA

Fig. 2 :
La bouteille de
MEOPA PRESENCE
(à détendeur-débitmètre
intégrés) de KALINOX®
distribué par Air Liquide.



04.C-Suivi infirmier - Fiche soins douloureux

1

Type de geste

Evaluation de la douleur avant le soin

...

Soin potentiellement anxiogène

☐ Oui ☐ Non

Prise en charge médicamenteuse

☐ Oui ☐ Non

MEOPA ☐ Oui ☐ Non

Prémédication ☐ Oui ☐ Non

Si oui, DCI :

prise en charge NON médicamenteuse

☐ Oui ☐ Non

Toucher massage ☐ Oui ☐ Non

Distraction ☐ Oui ☐ Non

Choix de la distraction

Hypnose conventionnelle

☐ Oui ☐ Non

Thème

Hypnose formelle

☐ Oui ☐ Non

Type d'induction

Les ressources

Autre

Evaluation de la douleur après le soin

...



12^{ème} JOURNÉE DU CLUD
Vendredi 15 décembre 2023
LA DOULEUR EST UNE URGENCE
IFMS - Amph A - 11,45 avenue du Père Soulas - 34000 Montpellier
Comité scientifique : CLUD du CHU de Montpellier

Les soins en Unité de Surveillance Continue

Audit douleur en octobre 2023

Population concernée: tous patients admis dans l'unité

Échantillon: dossiers de 5 patients ayant quitté l'unité le(s) jour(s) précédant l'audit

Auditeurs: 60 professionnels volontaires pour cette activité

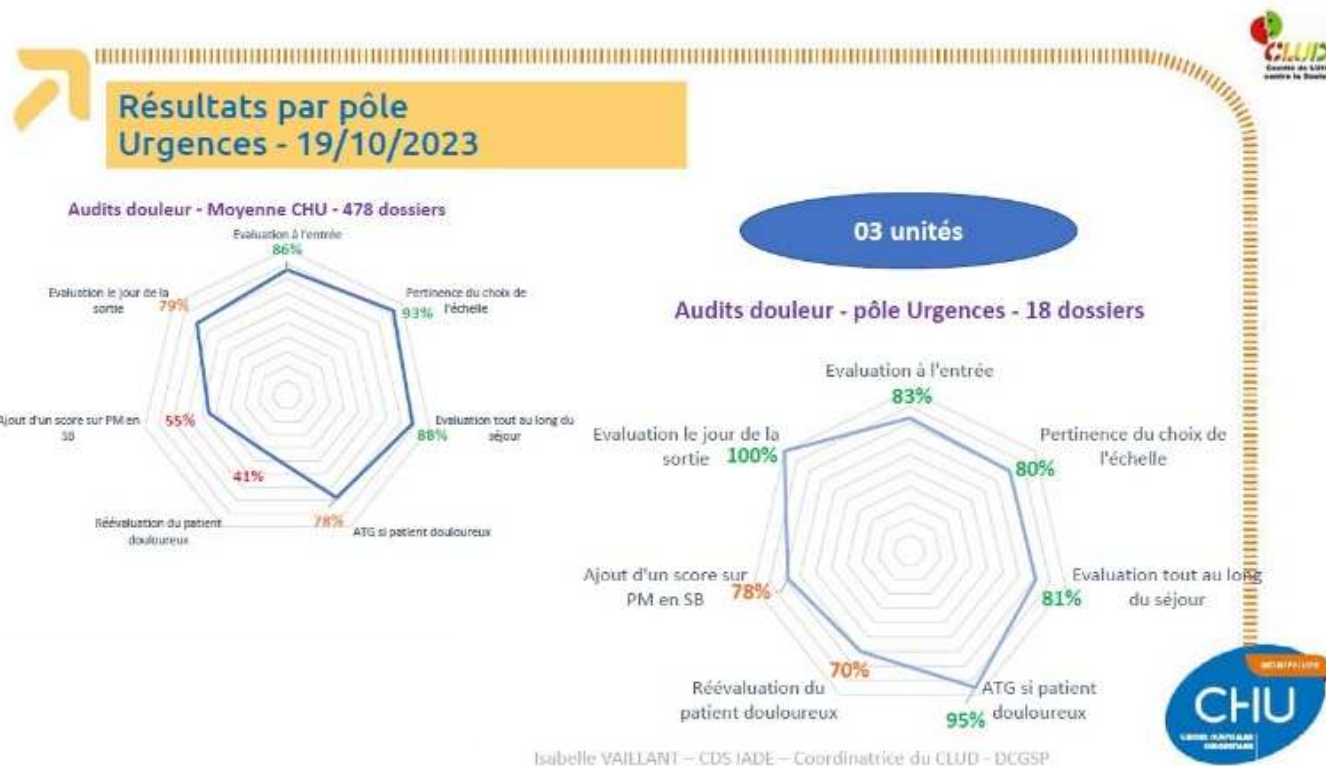
Méthode: audit clinique

Grille d'audit: découpée en 6 volets

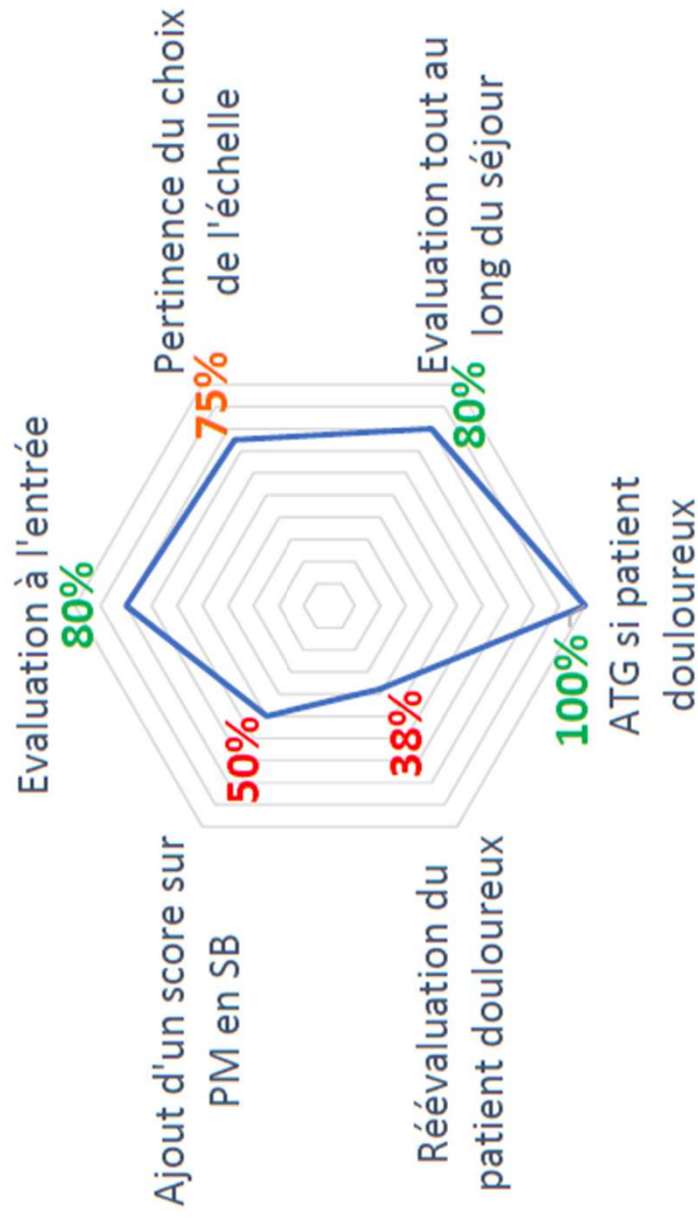
- Évaluation à l'entrée avec échelle et score
- Pertinence du choix de l'échelle
- Évaluation scorée tout au long du séjour
- Administration d'un antalgique si patient douloureux (ou moyen non médicamenteux)
- Réévaluation scorée 2 à 3 heures après administration d'un antalgique
- Ajout d'un score de douleur sur prescription médicale



Pôle urgences : 11 services 3 auditionnées



Audit douleur - USC - 5 dossiers



12^{ème} JOURNÉE DU CLUD
Vendredi **15 décembre 2023**
LA DOULEUR EST UNE URGENCE
8h30 - Angèle A - 1160 Avenue du Parc Solaire - 34000 Montpellier
Comité scientifique : CLUD du CHU de Montpellier

Points à améliorer

1. le choix des échelles qui doit être adapté aux capacités cognitives des patients,
2. la traçabilité des réévaluations de la douleur après l'administration d'un antalgique,
3. l'ajout d'un score de douleur sur une prescription médicale en « si besoin »



Points à améliorer

Le manuel de certification des établissements de santé en 2023, porte une attention particulière aux éléments d'évaluation suivants :

Crit.1.2-08-ee01-PAT : Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'au soulagement de la douleur et une amélioration de sa qualité de vie.

Crit.1.2-08-ee03-PAT : L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin - niveau de douleur - est précisé)

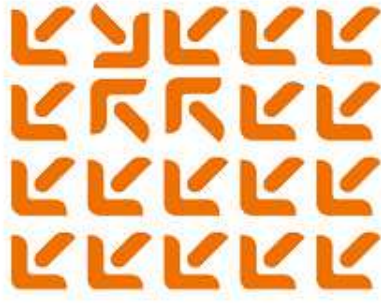


Projet de formation Hypno analgésie



A ce jour 3 binômes IDE-AS sont formés
4 dossiers sont en attente de formation





Merci pour votre attention !



CHU de MONTPELLIER
191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. 04 67 33 67 33

www.chu-montpellier.fr