

LÉGISLATION

MORPHINE

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

Malgré toutes ces mesures, l'organisation du service doit permettre l'accès des morphiniques aux personnels autorisés à toute heure du jour et de la nuit.

MEOPA

- En cas de disparition d'une bouteille, une déclaration obligatoire doit être réalisée auprès du pharmacien hospitalier.
- Relevé nominatif de prescription.

KÉTAMINE

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

Références

- Association internationale de l'étude de la douleur.
- Wrobel J et al. L'infirmière et la douleur. Ed. Institut Upsa de la douleur 1998.
- Ricard-Hibon A, Ducassé JL. Prise en charge de la douleur en urgence. Urgences 2002.
- ANAES. Evaluation et stratégie de prise en charge ambulatoire de la douleur de l'enfant de moins de 15 ans. 2000.
- Rollo S, Ricard Hibon A, Vinh MP, Marty JP. Comment évaluer la douleur en urgence ? Journées des infirmiers anesthésistes et d'urgence., Ed Scientifiques Elsevier 2002.
- Giniès P, Verrière JL, Benmedjahed et al. Mise à disposition d'une échelle tactile analogique de la douleur pour les patients non-voyants «SenscaleTM» : développement, description, validation et intérêt. Douleurs. 2003 : 4-6.

ÉTABLISSEMENT

Avec le parrainage de l' INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR

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

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage (Association internationale de l'étude de la douleur).

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

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

CLASSIFICATION DES DOULEURS ET DES ANTALGIQUES

Douleur faible à modérée	PALIER 1 Paracétamol, Aspirine, Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Douleur modérée à intense	PALIER 2 Codéine, Dextropropoxyphène
Douleur intense et très intense	PALIER 3 Morphiniques, médicaments co-antalgiques, corticostéroïdes, antidépresseurs tri-cycliques, anti-épileptiques, MEOPA**

* Sous la responsabilité des auteurs

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

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

1 - RECONNAÎTRE LA DOULEUR, LA CARACTÉRISER

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

Le patient ne s'exprime pas

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

Le patient s'exprime

Demander de décrire cette douleur :

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

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

2 - EVALUER LA DOULEUR***

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

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

ADULTE

Echelles unidimensionnelles

- EVA (Echelle Visuelle Analogique)
- EN (Echelle Numérique)
- EVS (Echelle Verbale Simple)

Echelle de sédation

- Score de Ramsay
- Score de Sédation

Echelles comportementales

- Echelle à 3 niveaux
- Echelle DOLOPLUS-2

ENFANT

- EVA adaptée (Echelle Visuelle Analogique)
- EN (Echelle Numérique)
- Echelle 6 visages

- Score de Rosen

- Echelle Amiel-Tison
- Echelle EDIN
- CHEOPS
- OPS

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

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

3 - DÉBUTER LA PRISE EN CHARGE

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

4 - SURVEILLER

SURVEILLANCES CLINIQUES ET PARACLIQUES

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

SURVEILLANCE EN FONCTION DU TYPE D'ANALGÉSIE

PALIER 1 ET 2

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

PALIER 3

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

ANALGÉSIE LOCORÉGIONALE

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

MEOPA**

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