



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2022 à Poitiers
par Rémi DALIER

Evaluation de l'impact de la mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée à l'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angoulême

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Docteur Jérémie GUENEZAN

Monsieur le Docteur Emmanuel BLANCHER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BARON



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2022 à Poitiers
par Rémi DALIER

**Evaluation de l'impact de la mise en place d'un protocole
d'antalgie anticipée à l'accueil des urgences du centre
hospitalier d'Angoulême**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Docteur Jérémy GUENEZAN

Monsieur le Docteur Emmanuel BLANCHER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BARON


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUJOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section médecine
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur LAS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Johann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Gylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Remy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MIMOZ,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer ce travail. Veuillez accepter ma profonde reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur BARON,

Je te remercie de m'avoir fait confiance pour ce travail, pour les conseils que tu as pu me prodiguer ainsi que le temps que tu as pris pour celui-ci.

A Monsieur le Docteur GUENEZAN,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Pour le temps que vous avez pris pour ma formation. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur BLANCHER,

Manu, merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Sois assuré de ma profonde estime. Merci également pour tout le reste.

A Messieurs et Mesdames les chefs de cliniques : Monsieur le Docteur RAHOUI, Madame le Docteur RAYNAUD, Madame le Docteur LAMARRE, Monsieur le Docteur KURFURST, Monsieur le Docteur DEVILLE, Monsieur le Docteur COUVREUR,

Pour le temps passé pour vos enseignements, merci de votre bienveillance et disponibilité.

Aux équipes hospitalières ayant participé à ma formation d'interne : de gériatrie du CHU, notamment les Docteurs SEITE et DELELIS-FANIEN, des urgences/SAMU/SMUR du CH d'Angoulême, de la réanimation médicale du CHU de Poitiers, de la cardiologie du CH d'Angoulême et de pédiatrie du CH d'Angoulême
Pour votre encadrement et votre accueil.

A mes co-internes de DESMU.

A ma famille, mes parents Gérard et Rose-Marie, pour votre soutien permanent, mon frère Pierre, mes grands-parents, mes oncles, tantes, cousins et cousines.

A mes co-internes qui sont par la suite devenus des amis, Gaëtan, Louise, Anna.

A mes amis, Cyril, Jérémie, Antoine, Jules-Alexis, Pierre, Raphaëlle, Hélène, Léanna, Mickaël, Nora,
Pour votre soutien.

Aux loulous.

A Manon.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	8
I. INTRODUCTION	9
1. Définition	9
2. La douleur aux urgences	9
3. Recommandations	10
4. Oligoanalgésie.....	10
5. Organisation du centre hospitalier d'Angoulême	11
5.1. Présentation du centre hospitalier.....	11
5.2. Parcours patient dans les urgences	12
5.3. Prise en charge actuelle de la douleur	12
5.4. But de l'étude	13
II. MATERIEL ET METHODE	13
1. Population	13
2. Critères d'exclusion	13
3. Choix de l'échelle d'évaluation de la douleur	14
4. Protocole	14
5. Critère de jugement principal.....	15
6. Critères de jugement secondaires.....	15
7. Recueil et analyse des données	15
III. RESULTATS	16
1. Description de la population	16
2. Résultats du critère de jugement principal	19
3. Résultats des critères de jugement secondaires.....	20

IV. DISCUSSION.....	22
V. CONCLUSION	24
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	25
VII. ANNEXES	28

ABREVIATIONS

IASP : Association internationale pour l'étude de la douleur

OMS : Organisation mondiale de la santé

SFMU : Société française de médecine d'urgence

GHT : Groupement hospitalier territorial

CH : Centre hospitalier

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

SSR : Soins de suites et réadaptation

USC : Unité de soins continus

IAO : Infirmier(e) d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier(e)s diplômé(e)s d'état

EN : Echelle numérique

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

EVA : Echelle visuelle analogique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

I. INTRODUCTION :

1. Définition

La douleur selon l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) et l'organisation mondiale de la santé (OMS) est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

2. La douleur aux urgences

La douleur est un motif très fréquent de consultation dans les services d'urgences ou y est souvent associée. Ainsi, entre 71 et 86% des patients déclarent une douleur à l'arrivée aux urgences (1).

Cette douleur, surajoutée à l'attente parfois importante, au stress dû à la situation, peut avoir comme conséquence une agitation ou une agressivité envers le personnel soignant.

La lutte contre la douleur est devenue, depuis plusieurs années, un enjeu de santé publique (2-4).

Actuellement, la prise en charge de la douleur aux urgences semble insuffisante. Une étude multicentrique réalisée en France en 2010 dans 11 services d'urgences faisait état d'un bilan inquiétant : la douleur était présente chez 76 % des patients consultants aux urgences, elle était pour 64 % des patients le motif de consultation. Parmi eux, seulement 38% ont reçu une antalgie dès leur admission et 47 % se déclaraient douloureux à la sortie des urgences, avec pour plus de la moitié une douleur d'intensité modérée à sévère (1).

3. Oligoanalgésie

L'oligoanalgésie correspond à une prise en charge antalgique insuffisante.

Il existe plusieurs causes à celle-ci, notamment une crainte irraisonnée par les personnels médicaux, paramédicaux ou par les patients quant à l'utilisation d'antalgiques et *a fortiori* d'opioïdes due à une mauvaise connaissance des recommandations par les professionnels de santé (6,7), une mauvaise évaluation de la douleur par ces derniers (8,9) ou encore la crainte de masquer un diagnostic, notamment dans le cadre des douleurs abdominales aiguës ce qui a été réfuté par de nombreuses publications (10–12).

Cette oligoanalgésie a pour conséquence un risque de chronicisation de la douleur si la prise en charge antalgique n'est pas suffisamment précoce et importante (13), mais elle a également un impact négatif sur la qualité de vie avec une diminution de la mobilité, des relations sociales, du sommeil ou des relations sexuelles, impliquant un risque de reconsultation précoce important et donc un coût de santé supplémentaire (14).

On constate également qu'une prise en charge efficace et rapide de la douleur permet une diminution des complications, notamment du temps de ventilation mécanique, des épisodes confusionnels, des instabilités hémodynamiques, du taux d'infections, et une augmentation de la survie globale (15).

Un lien a par ailleurs été montré entre une prise en charge efficace de la douleur et la satisfaction des patients (16).

4. Recommandations :

Les dernières recommandations formalisées d'experts de la société française de médecine d'urgence (SFMU) recommandent de « traiter toute douleur aiguë en urgence, quelle que soit la pathologie, dès le début de la prise en charge du patient. Il faut prévenir et traiter les douleurs induites par les soins ».

Il est également préconisé de traiter les douleurs faibles à modérées par des antalgiques de palier I ou II et les douleurs d'intensité supérieure ou égale à 6/10, par une titration morphinique intraveineuse, aussi, « Le traitement de la douleur en urgence doit reposer sur des protocoles, associés à une formation des équipes ».

5. Organisation du centre hospitalier d'Angoulême

5.1. Présentation du centre hospitalier

Le centre hospitalier (CH) d'Angoulême constitue l'établissement de santé de référence de la Charente, département qui comptait, en 2019, 350 240 habitants. Il est depuis 2016 l'établissement support du groupement hospitalier territorial (GHT) de la Charente, regroupant le centre hospitalier Camille Claudel (établissement psychiatrique d'Angoulême) et les CH de Cognac, La Rochefoucauld, Barbezieux, Confolens, Châteauneuf sur Charente et Ruffec.

La capacité du centre hospitalier est de 377 lits répartis en 12 lits de réanimation, 6 lits d'unité de soins continus (USC), 170 lits de médecine adulte, 25 lits d'obstétrique, 70 lits de chirurgie, 12 lits de pédiatrie, 13 lits de néonatalogie, 10 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) adulte, 4 lits d'UHCD pédiatrique et 55 lits de soins de suites et réadaptation (SSR).

Le service des urgences adultes compte 45 748 passages sur l'année 2021 avec une moyenne de 125 passages par jour, chiffre en augmentation permanente,

avec une majoration de 10,3% entre 2019 et 2021. En 2021, 10 816 patients (23,6 % des passages aux urgences) ont été hospitalisés depuis les urgences. Il faut également savoir qu'au centre hospitalier d'Angoulême, le service des urgences adultes prend en charge la traumatologie pédiatrique.

Le service d'accueil des urgences adultes est composé de plusieurs secteurs, un secteur de traumatologie, le « secteur I » où sont prises en charge les problématiques médicales simples et rapides, le « secteur II » pour les problématiques plus complexes ou qui nécessitent une prise en charge plus longue et le déchocage pour les patients plus graves et nécessitant une prise en charge urgente.

5.2. Parcours patient dans les urgences

Les patients sont d'abord vus par l'infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) pour juger de la nécessité d'une entrée dans le service ou d'une réorientation via le système Logibec (permettant une consultation avec un médecin de ville par la suite, 1 124 patients réorientés en 2021). Les patients sont ensuite orientés dans les différents secteurs selon des critères protocolisés par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) et médecins du service (Annexe 1).

5.3. Prise en charge actuelle de la douleur aux urgences

Actuellement, il existe une délégation de l'antalgie de manière anticipée aux IDE dans le service, mais sans protocole écrit établi. La délivrance de l'antalgie est réalisée au jugement de l'IDE du secteur. Le fait que cette délivrance soit anticipée n'est pas tracé sur le logiciel.

5.4. But de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si la mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée à l'accueil des urgences du CH d'Angoulême permettrait significativement de diminuer le délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance d'une antalgie.

II. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude monocentrique, de type avant-après, réalisée au CH d'Angoulême sur une période « avant » allant du 18/10/2021 au 24/10/2021 et une période « après » allant du 04/07/2022 au 11/07/2022.

1. La population

La population de l'étude est composée des patients majeurs de plus de 18 ans, installés dans un secteur des urgences d'Angoulême durant ces périodes avec une douleur déterminée à l'entrée par une échelle numérique (EN) ≥ 1 .

2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les patients avec un ou plusieurs des critères suivants :

- Refus de délivrance d'antalgique.
- Prise en charge pré-hospitalière par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).
- Patient inconscient, non communiquant ou présentant des troubles de la déglutition.

- Allergie à l'un des médicaments du protocole.
- Prise d'un antalgique dans les 4 heures précédentes.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement.
- Toxicomanie.
- Tentative d'autolyse avérée ou suspectée.
- Prise quotidienne d'antalgique de palier II ou III.
- Grossesse.

3. Choix de l'échelle d'évaluation de la douleur

Il est recommandé, lorsque cela est possible, d'utiliser une échelle d'auto-évaluation. L'échelle usuellement utilisée aux urgences du CH d'Angoulême est l'échelle numérique. Celle-ci consiste à demander au patient de quantifier sa douleur entre 0 et 10. Le 0 correspondant à aucune douleur et 10 à la pire douleur imaginable.

Il s'agit d'une des méthodes de référence de l'auto-évaluation (17).

Elle est souvent plus utilisée dans les services d'urgences que l'échelle visuelle analogique (EVA), car plus rapide à réaliser et ne nécessite pas de matériel contrairement à cette dernière (18).

Pour ces raisons, il s'agit de l'échelle qui a été choisie pour ce travail.

4. Protocole

Le protocole d'antalgie anticipée a été créé et discuté en collaboration avec les médecins urgentistes et les pharmaciens du CH d'Angoulême. Il a ensuite été retravaillé lors d'une réunion avec le groupe de travail sur le secteur d'accueil des urgences (groupe de travail pluridisciplinaire composé de médecins, d'IDE et en

relation avec les cadres de santé). Il a été décidé de délivrer des antalgiques en fonction de l'intensité de la douleur selon les modalités suivantes :

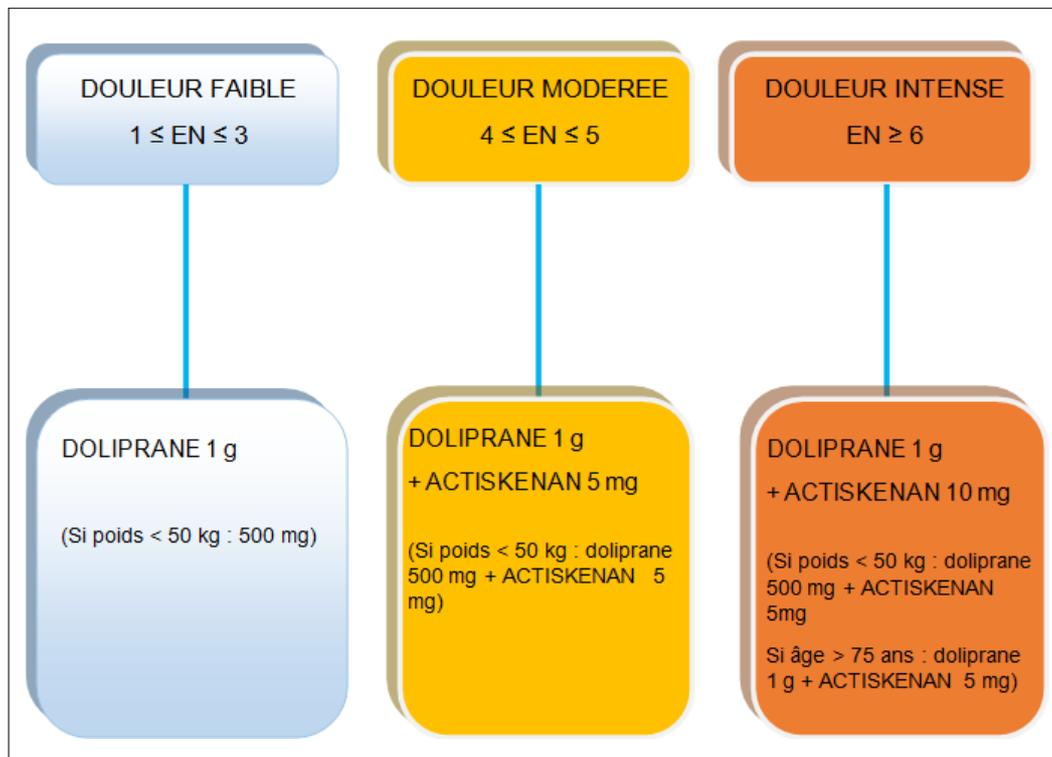


Figure 1 : Modalités de délivrance antalgique

Il a également été décidé de ne pas modifier le « circuit patient » afin de ne pas surcharger le travail des IAO et ne pas créer de perte de chance pour les patients en induisant un engorgement supplémentaire. La délivrance de l'antalgie a donc été réalisée par l'IAO pour les patients de secteur médical et par l'IDE de traumatologie pour les patients de ce secteur.

Ensuite, plusieurs formations ont été dispensées de manière présentielle au personnel paramédical à l'aide de diaporamas. Des fiches synthétiques du protocole (Annexes 2 et 3) ont ensuite été affichées dans les secteurs concernés par la mise en place de ce protocole (secteurs d'accueil et de traumatologie).

Pour la mise en place de ce protocole, un coffre fermé à clé a été positionné à l'accueil des urgences et un questionnaire à faire remplir par les patients a été créé (Annexe 4) afin de limiter la surcharge de travail pour l'IAO.

Plusieurs lignes de prescriptions ont également été créées sur le logiciel informatique afin de pouvoir tracer la délivrance d'antalgie selon le protocole.

5. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de ce travail était la diminution du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance d'une antalgie après mise en place du protocole. Le premier contact étant déterminé par l'heure d'enregistrement sur le logiciel informatique.

6. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont :

- Les proportions de patients recevant des antalgiques.
- Les proportions de patients recevant un antalgique en fonction de leur douleur à l'entrée.
- La proportion de patients avec une EN \geq 6 ayant reçu de la morphine.
- La proportion des différentes voies d'administration des antalgiques.
- La diminution du délai de délivrance de l'antalgie en fonction des paliers d'antalgiques.
- La réduction du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance d'une antalgie en fonction de la sectorisation dans les urgences.
- La proportion de patients ayant bénéficié d'une réévaluation de leur douleur.

7. Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé sur la partie ASUR du logiciel EASILY (HCL®, France) qui est le logiciel utilisé depuis 2021 aux urgences adultes du CH d'Angoulême.

La comparaison des variables qualitatives représentées par leur intervalle de confiance et leur pourcentage a été réalisée grâce au test de Khi2 et celle des variables quantitatives représentées par leur moyenne, leur nombre, leur pourcentage, leur médiane et espace interquartile a été réalisée grâce au test T de Student.

Ces analyses ont été réalisées grâce aux logiciels Microsoft Office Excel 2007® (Microsoft®, Etats-Unis) et IBM SPSS Statistics V 28.0.0.0 (IBM®, Etats-Unis).

III. RESULTATS

1. Description de la population

Lors de la première période, 492 patients ont été inclus dans l'analyse, parmi ces patients, 91 avaient pris un antalgique dans les heures précédentes, 3 ont refusé une prise en charge antalgique et 5 patients avaient bénéficié d'une prise en charge SMUR.

Lors de la deuxième période, 402 patients ont été inclus, parmi ces patients, 29 ont refusé une prise en charge antalgique, 6 avaient bénéficié d'une prise en charge SMUR, 13 présentaient une contre-indication aux thérapeutiques et 64 avaient pris un antalgique dans les 4 heures précédentes.

Au total, 693 patients ont été étudiés, 393 durant la première période, 290 durant la deuxième période.

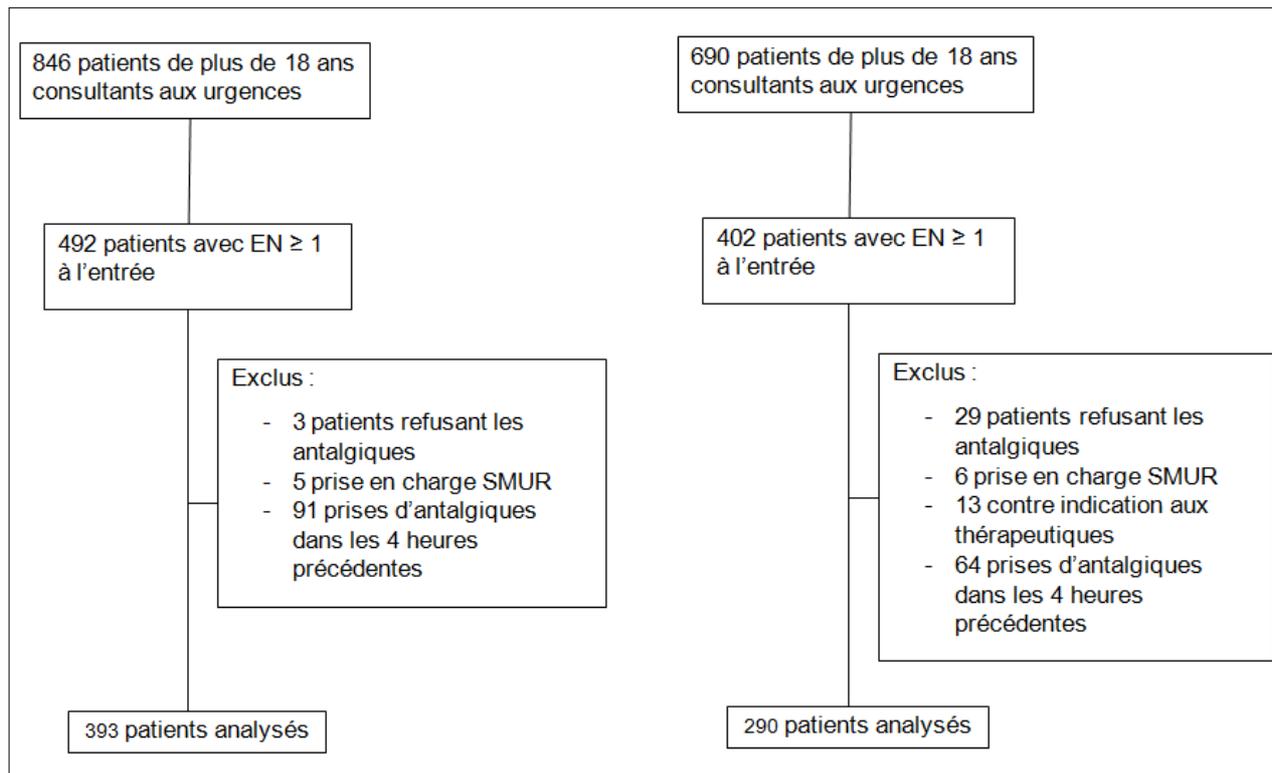


Figure 2 : Diagramme de flux

Les caractéristiques des populations sont résumées dans le tableau 1.

Variables étudiées	Avant	Après	P
Age, moyenne (DS)	50,5 (22,4)	48,5 (21,7)	0,128
Sexe, N (%)			0,439
Homme	202 (51,4)	156 (53,8)	
Femme	191 (48,6)	134 (46,2)	
Intensité de la douleur, N (%)			0,006
1 ≤ EN ≤ 3	109 (27,7)	70 (24,1)	
4 ≤ EN ≤ 5	118 (30)	63 (21,7)	
EN ≥ 6	166 (42,2)	157 (54,1)	
Adressé par, N (%)			0,067
Centre 15	99 (25,2)	98 (33,8)	
Lui-même/famille	221 (56,2)	156 (53,8)	
Médecin	51 (13)	29 (10)	
Service de l'hôpital	1 (0,3)	1 (0,3)	
Transfert d'un autre CH	4 (1)	3 (1)	
Police	4 (1)	2 (0,7)	
EHPAD	3 (0,8)	0 (0)	
Employeur	10 (2,5)	1 (0,3)	
Sectorisation, N (%)			0,819
Traumatologie	130 (33,1)	89 (30,7)	
Secteur I	161 (41)	122 (42,1)	
Secteur II	83 (21,1)	61 (21)	
Dechocage	19 (4,8)	18 (6,2)	
Cause, N (%)			0,396
Digestive	68 (17,3)	52 (17,9)	
Cardiologique	42 (10,7)	36 (12,4)	
Pneumologique	14 (3,6)	8 (2,8)	
Traumatologique	196 (49,9)	154 (53,1)	
Urologique	15 (3,8)	14 (4,8)	
Neurologique	24 (6,1)	12 (4,1)	
Autre	34 (8,7)	14 (4,8)	

Tableau 1 : Tableau descriptif des populations de l'étude

2. Résultats du critère de jugement principal

La mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée par l'IAO aux urgences du CH d'Angoulême a permis la diminution du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie de 32 minutes en médiane. Cette différence est statistiquement significative avec $p < 0,001$.

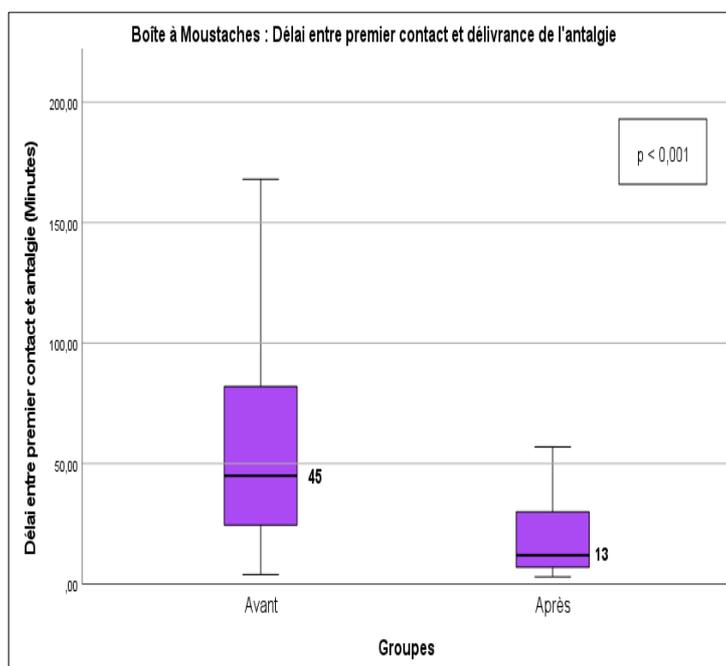


Figure 3 : Boîte à moustaches : médiane du délai entre premier contact et délivrance de l'antalgie

2. Résultats des critères de jugement secondaires

Variables	Nombre de patients, N / Total (%)		p
	Avant	Après	
Au moins un antalgique	191 / 393 (48,6)	229 / 290 (79)	< 0,001
Différent type d'antalgique			
PARACETAMOL	173 / 191 (90,6)	220 / 229 (96,1)	0,018
Pallier II	4 / 191 (2,1)	0 / 229 (0)	0,042
MORPHINE	30 / 191 (15,7)	153 / 229 (66,8)	< 0,001
KETAMINE	1 / 191 (0,5)	3 / 229 (1,3)	0,409
AINS	29 / 191 (15,2)	15 / 229 (6,6)	0,03
MEOPA	3 / 191 (1,6)	3 / 229 (1,3)	0,823
Délivrance antalgie en fonction EN			
1 ≤ EN ≤ 3	28 / 104 (26,9)	38 / 70 (54,3)	< 0,001
4 ≤ EN ≤ 5	51 / 118 (43,2)	46 / 63 (73)	< 0,001
EN ≥ 6	112 / 166 (67,5)	145 / 157 (92,4)	< 0,001
EN ≥ 6 et palier III	23 / 166 (13,9)	115 / 157 (73,2)	< 0,001
Voie administration 1ère antalgie			< 0,001
Intraveineuse	100 / 191 (52,4)	56 / 229 (24,5)	
Orale	90 / 191 (47,1)	172 / 229 (75,1)	
Inhalée	1 / 191 (0,5)	1 / 229 (0,4)	
Réévaluation de la douleur	37 / 191 (9,4)	182 / 229 (62,8)	< 0,001

Tableau 2 : Résultats des critères de jugement secondaires (partie 1)

Après la mise en place du protocole, une plus grande proportion de patients a reçu au moins un antalgique, 79 % contre 48,6 %. Cette différence est encore plus notable pour les morphiniques avec 66,8 % contre 15,7 %. En rapport avec les recommandations décrites ci-dessus, uniquement 13,9 % des patients présentant une EN à 6 ou plus recevaient un antalgique de palier III contre 73,2 % des patients après la mise en place du protocole.

Nous pouvons également constater que les patients reçoivent significativement plus d'antalgiques quelle que soit l'intensité de leur douleur à l'entrée.

La voie de délivrance d'antalgique la plus utilisée dans le groupe « avant » était la voie intraveineuse alors qu'il s'agit de la voie per os pour le groupe « après », respectivement, 52,4 % contre 24,5% et 47,1 % contre 75,1%.

Enfin, la réévaluation de la douleur est également plus réalisée après la mise en place du protocole avec une réévaluation chez 62,8% des patients contre uniquement 9,4 % auparavant.

Variables	Avant	Après	p
Delai entre 1er contact et palier I, Moyenne (DS)	55,137 (44,77)	31,75 (51,83)	< 0,001
Delai entre 1er contact et palier III, Moyenne (DS)	97,66 (76,54)	29,7 (52,2)	< 0,001
Delai entre 1er contact et antalgie, Moyenne (DS)			
Secteur I	60,07 (44,67)	35,91 (38,45)	0,001
Traumatologie	50,65 (50,63)	18,57 (19,78)	< 0,001
Secteur II	82,23 (64,12)	47,53 (71,01)	0,09
Dechocage	20,56 (7,84)	46,81 (80,93)	0,174

Tableau 3 : Résultats des critères de jugement secondaires (partie 2)

Le délai entre le premier contact et la délivrance de l'antalgique était diminuée après mise en place du protocole, que ce soit en fonction du palier de l'antalgique, ou en fonction de la sectorisation dans les urgences. Ces différences sont significatives en dehors des patients placés au déchocage (p=0174).

IV. DISCUSSION

Ce travail a permis de montrer une diminution significative du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance d'une antalgie.

Cette différence doit tout de même être pondérée par le fait que la majorité de la délivrance d'antalgique avant la mise en place de ce protocole était réalisée par voie intraveineuse et par voie orale après. Il faut donc prendre en compte le délai d'efficacité de ces molécules, 20 à 60 minutes pour les deux molécules utilisées dans le protocole par voie orale comparativement à l'efficacité de 5 à 15 minutes pour le PARACETAMOL intraveineux et 5 à 20 minutes pour la MORPHINE intraveineuse.

Au cours de notre pratique quotidienne, nous avons remarqué que la réévaluation de la douleur même lorsque celle-ci était réalisée, n'était pas tracée sur le logiciel. Nous avons donc choisi d'évaluer le délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgique plutôt que sur l'efficacité de l'antalgie car celle-ci n'aurait pas pu être évaluée. Ceci a bien été confirmé au cours du recueil de données initial. La réévaluation était très insuffisante avant la mise en place du protocole. Ce dernier a permis une amélioration des pratiques à l'aide d'une formation du personnel paramédical mais également une nouvelle ligne de prescription sur le logiciel informatique permettant aux IDE de prescrire lors de la délivrance de l'antalgique une réévaluation 1 heure après la délivrance de celui-ci.

La mise en place de ce protocole et les formations délivrées au personnel paramédical ont également permis, en rapport avec les recommandations, une amélioration de la proportion de délivrance d'antalgique en rapport avec leur niveau

de douleur ainsi qu'une majoration significative de la proportion de patients ayant bénéficié d'une réévaluation de l'intensité de leur douleur. Ceci permet une adaptation plus précise des thérapeutiques délivrées et une diminution de l'oligoanalgésie.

Cette différence est tout de même moins marquée pour les patients de déchocage pour plusieurs raisons, la première étant que ces patients sont globalement plus rapidement installés et donc reçoivent une antalgie plus rapidement, la deuxième étant que la majorité de ces patients ont bénéficié d'une prise en charge pré-hospitalière par le SMUR et ont donc été exclus de cette étude.

Ces résultats sont comparables aux différentes données de la littérature. (19–22)

Pour ce travail, il a été décidé de privilégier l'utilisation du SULFATE DE MORPHINE comparativement à des antalgiques dit « opioïdes faibles » (TRAMADOL, CODEINE, OPIUM). Ceux-ci ne semblent pas apporter de bénéfice sur le plan de l'antalgie comparativement à de faibles doses d'« opioïdes forts » avec des risques de mauvais usage ou de survenue d'effets secondaires qui sont comparables (23,24). Le SULFATE DE MORPHINE a également été préféré à l'OXYCODONE car leur effet analgésique sont comparables (25) mais avec un risque addictif qui semble moins important. Plusieurs études réalisées dans le contexte de l'« opioid crisis » aux Etats-Unis, ont mis en évidence que l'OXYCODONE procure des effets jugés plus agréables avec des sensations corporelles agréables et moins d'effets négatifs que la MORPHINE (26,27). Ces

effets étant probablement liés au fait d'une libération de dopamine au niveau du circuit de la récompense observé après la prise d'OXYCODONE (28).

Dans ce contexte, le PENTHROX (METHOXYFLURANE), qui permet une analgésie très rapide pour les douleurs traumatiques importantes ou les brûlures (30), pourrait constituer un médicament de choix dans le but d'une épargne morphinique (29). Cependant il implique un coût de santé supplémentaire (20,42 € pour un dispositif contre 0,096 € pour 1 gélule d'ACTISKENAN 10 mg) et surtout rajoute un temps de manutention très important pour être mis en place dès l'accueil des urgences.

Il est à noter que durant la deuxième période un défaut de traçabilité a été observé, 12 doses de SULFATE DE MORPHINE n'ont pas été tracées. Plusieurs raisons peuvent être en cause, la charge de travail supplémentaire pour les IAO de la mise en place d'un tel protocole, que ce soit sur le plan traçabilité ou sur le plan matériel. Des axes d'améliorations sont possibles afin d'éviter ce risque, notamment l'utilisation de SULFATE DE MORPHINE sous forme orodispersible, étant commercialisée depuis le début de l'année 2022. Ceci éviterait la nécessité d'avoir des bouteilles d'eau à l'accueil et diminuerait les gestes de manutention de l'IAO mais cette présentation n'était pas disponible au CH d'Angoulême durant cette période. Une autre possibilité serait de positionner un coffre de stupéfiants en traumatologie, en effet quand l'IDE de traumatologie doit délivrer un morphinique, elle doit se rendre soit à l'accueil soit au déchocage pour le récupérer et le tracer.

Cette étude comporte plusieurs limites. La première étant qu'il s'agit d'une étude monocentrique avant/après et donc de faible puissance.

Il existe de plus un biais de confusion car nous avons à la fois mis en place le protocole mais également délivré des formations avec sensibilisation à l'antalgie, et ces facteurs étaient difficilement dissociables.

Une autre limite est la courte durée de mise en place du protocole.

Enfin pour terminer, la population au cours de la deuxième période était moins importante que lors de la première. Cette différence est probablement due au fait que la seconde période a eu lieu au cours des vacances scolaires avec une affluence qui est généralement plus faible lors de cette période. Ceci pouvant modifier l'applicabilité du protocole durant les périodes de fortes affluences du fait de la charge de travail augmentée pour les IAO.

V. CONCLUSION

La mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée dès l'accueil a permis de réduire significativement le temps entre le premier contact paramédical et la délivrance de l'antalgie. Il a également permis une délivrance d'antalgique plus adaptée à l'intensité de la douleur des patients et une meilleure réévaluation de la douleur.

Certaines modifications semblent toutefois nécessaires, d'un point de vue matériel avec une traçabilité simplifiée ou des thérapeutiques notamment grâce à la forme galénique proposée afin de d'utiliser un tel protocole au long terme.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Milojevic K, Boutot F, Berton I, Lambert Y. prevalence et etiologie de la douleur en prevalence et etiologie de la douleur en medecine d'urgence chez l'adulte medecine d'urgence chez l'adulte. La Revue du SAMU - Médecine d'Urgence - 2007
2. Circulaire DGS/DH N° 98 / 586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_98-586_du_24_Sep_1998.pdf
3. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-2005.pdf
4. Arrêté du 3 avril 2008 relatif aux missions et à la composition du comité de suivi du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000018787627>
5. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Annales française de médecine d'urgence. 2011
6. Galinski M, Ruscev M, Pommerie F, Hubert G, Srij M, Lapostolle F, et al. Prise en charge de la douleur aiguë sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière : enquête nationale auprès des médecins de Smur. Annales Françaises d'Anesthesie et de Réanimation. 2004
7. Friesgaard KD, Paltved C, Nikolajsen L. Acute pain in the emergency department: Effect of an educational intervention. Scandinavian Journal of Pain. 2017
8. Nelson BP, Cohen D, Lander O, Crawford N, Viccellio AW, Singer AJ. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. American Journal of Emergency Medicine. 2004

9. Sivera et al. Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. Elsevier. 2011
10. A Jones, K Ramakrishnan. Analgesics In The Initial Management Of Acute Abdominal Pain. Internet Journal of Emergency Medecine. 2005
11. Pace S, Burke TE. Intravenous Morphine for Early Pain Relief in Patients with Acute Abdominal Pain. Academic Emergency Medicine. 1996
12. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, et al. Effects of Morphine Analgesia on Diagnostic Accuracy in Emergency Department Patients with Abdominal Pain: A Prospective, Randomized Trial. Journal of the American College of Surgeons. 2003
13. Griffioen MA, Greenspan JD, Johantgen M, Von Rueden K, O'Toole RV, Dorsey SG, et al. Acute Pain Characteristics in Patients with and without Chronic Pain following Lower Extremity Injury. Pain Management Nursing. 2017
14. Sinatra R. Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain. Pain Medecine. 2010
15. Georgiou E, Hadjibalassi M, Lambrinou E, Andreou P, Papathanassoglou EDE. The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients' Outcomes: A Systematic Review. BioMed Research International. 2015
16. Hemangini C. Bhakta and Catherine A. Marco. Pain Management: Association with Patient Satisfaction among Emergency Department Patients. The Journal of Emergency Medecine. 2013
17. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David JS, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Annales Françaises de Médecine d'Urgence. 2011.

18. Karcioglu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*. 2018
19. Stephan FP, Nickel CH, Martin JS, Grether D, Delpont-Lehnen K, Bingisser R. Pain in the emergency department: adherence to an implemented treatment protocol. *Swiss Medical Weekly*. 2010
20. Fosnocht DE, Swanson ER. Use of a triage pain protocol in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2007
21. Finn J, Rae A, Gibson N, Swift R, Watters T, Jacobs I. Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse*. 2012
22. Le Roux E, Tozzi Jj, Goron L, Baron C, Deslandes E, Tapia C, et al. Intérêt d'un protocole de traitement de la douleur par l'infirmière organisatrice de l'accueil. *Journal Européen des Urgences*. 2008
23. Zheng R jun, Fu Y, Zhu J, Xu J ping, Xiang Q fen, Chen L, et al. Long-term low-dose morphine for patients with moderate cancer pain is predominant factor effecting clinically meaningful pain reduction. *Supportive Care in Cancer*. 2018
24. Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, et al. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *Journal of Clinical Oncology*. 2016
25. Fassassi C, Dove D, Davis A, Butt M, Masoudi A, Drapkin J, et al. Analgesic efficacy of morphine sulfate immediate release vs. oxycodone/acetaminophen for acute pain in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*. 2021
26. James P. Zacny & Stephanie A. Lichtor. Within-subject comparison of the psychopharmacological profiles of oral oxycodone and oral morphine in non-drug-abusing volunteer. *Psychopharmacology*. 2008

27. Wightman R, Perrone J, Portelli I, Nelson L. Likeability and Abuse Liability of Commonly Prescribed Opioids. *Journal of Medical Toxicology*. 2012
28. Vander Weele CM, Porter-Stransky KA, Mabrouk OS, Lovic V, Singer BF, Kennedy RT, et al. Rapid Dopamine transmission within the nucleus accumbens dramatically differs following morphine and oxycodone delivery. *European journal of Neurosciences*. 2014
29. Coffey F, Dissmann P, Mirza K, Lomax M. Methoxyflurane Analgesia in Adult Patients in the Emergency Department: A Subgroup Analysis of a Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study (STOP!). *Advances in Therapy*. 2016
30. PENTHROX, méthoxyflurane, anesthésique pour antalgie d'urgence (méthoxyflurane). Haute Autorité de Santé. 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2730794/fr/penthrox-methoxyflurane-anesthesique-pour-antalgie-d-urgence-methoxyflurane

VII. ANNEXES

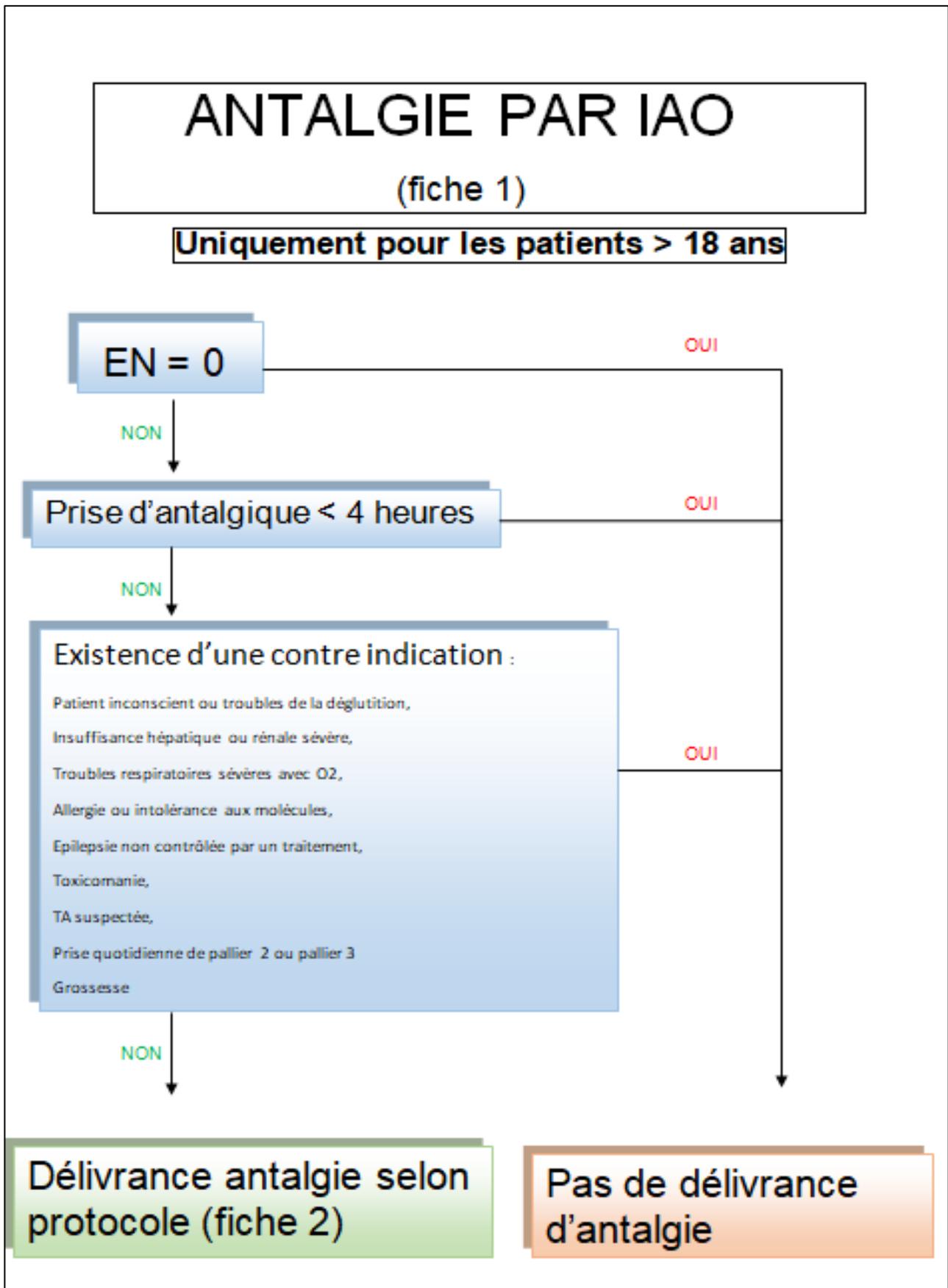
Annexe 1 : Protocole d'orientation des patients à l'accueil des urgences du CH d'Angoulême

SAU – Orientation des patients à leur arrivée selon leur pathologie – Projet 2014

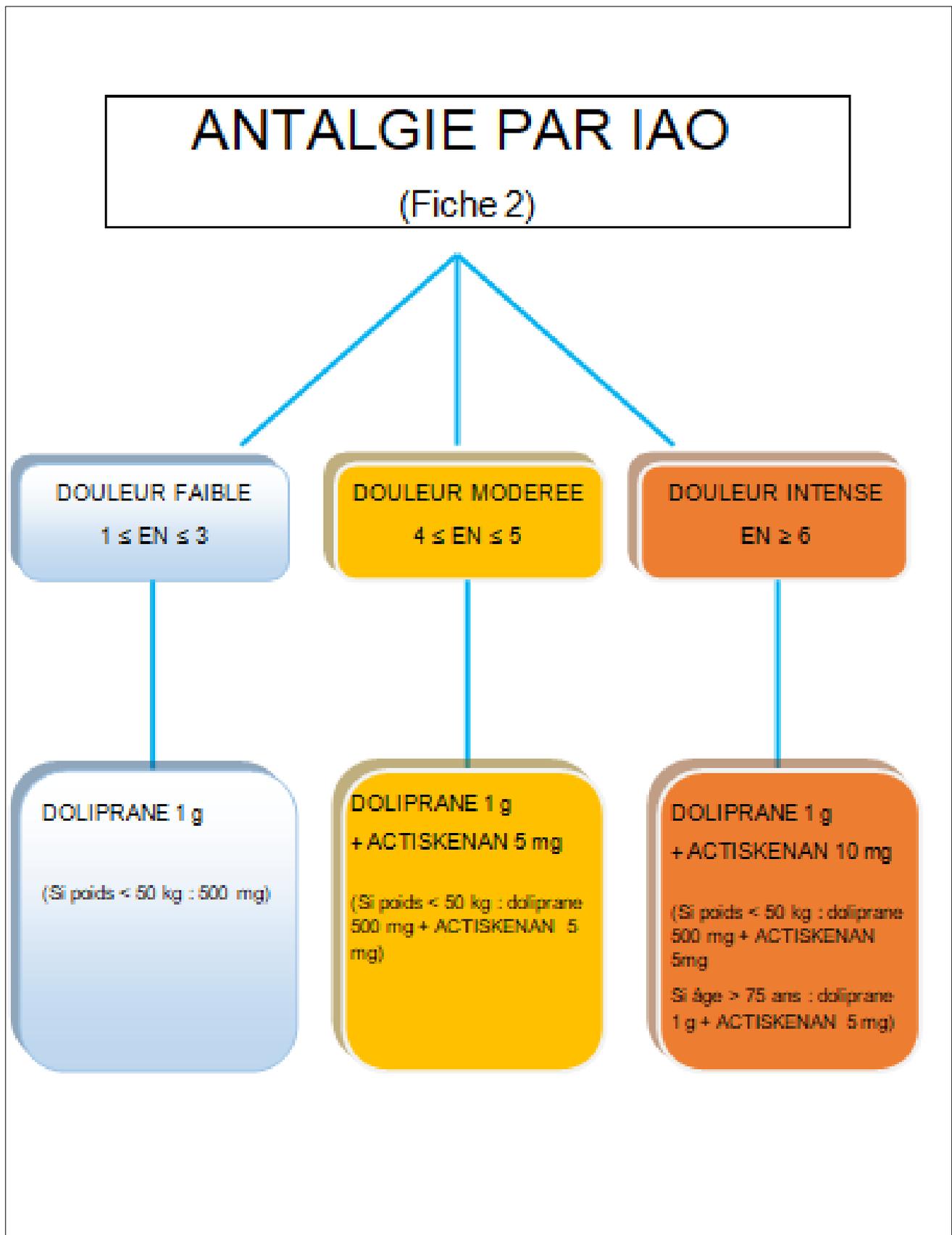
ORIENTATION DES PATIENTS A LEUR ARRIVEE SELON LEUR PATHOLOGIE		
SAU 1	SAU 2	SAUV
<p>AVP simples (même de la veille) Chutes de grande hauteur (cheval, escalier, vélo) Malaises type vagal Problèmes psychologiques, angoisses Ivresses simples, Addictologie (sevrage) Troubles digestifs béniens Expositions aux fumées Anémies, Transfusions (pas de transfusion en box) Epistaxis, HTA Suspensions de TVP, Surdosages/Hématomes sous AVK Migraines simples Allergies, Eruptions cutanées, Urticaires RAU / Problèmes infectieux urinaires Problèmes infectieux avec isolement : Box 4 (Aplasies, Méningites non graves, Diarrhées fébriles) Kystes pylonitiaux CNH : CNH et dépiéages sous réquisitions Gardes à vue : Box 1 (00H00 à 08H30) Détenus : Box 4 Violences conjugales : Box 4</p>	<p>Arrêts cardiaques Patients intubés – ventilés Admissions par SMUR (sur décision médicale) Tout état de choc (y compris choc anaphylactique) Noyades, Ecchymoses, Hypothermie sévères Chutes de plus de 2 mètres Traumatismes sévères (polytraumatismes) TC avec PC grave (altération Glasgow) Traumatismes du Rachis Luxations (épaules, coudes, chevilles) Fractures ouvertes Amputations traumatiques Plates profondes (armes blanches, armes à feu) Brûlures graves Douleurs thoraciques Troubles du rythme cardiaque OAP, Dyspnée, Cyanoses Crises d'asthme Pneumothorax AVC dans les 3 premières heures Comas, troubles de la conscience Etats de mal épileptique, convulsions Hématomes sous ou extra duraux Hémorragies méningées Hémorragies digestives Purpuras fébriles</p>	<p>Consultations Post Urgence Consultations Médecine Légale</p> <p>TRAUMATOLOGIE</p> <p>Traumatismes divers des membres Adultes/Enfants Accidents domestiques, accidents de sport Chutes simples Plates simples Brûlures simples Corps étrangers (œil et autres) Douleurs sous plâtre Douleurs lombaires Abcès simples Problèmes dermatologiques /ophtalmologiques /ORL Morsures animales Agressions / Rixes (hors alcool) Problèmes sociaux / PASS Consultations Médecine du Sport (attente) Traumatologie</p>
<p>SAU 2</p> <p>Douleurs abdominales*, Coliques néphrétiques* Asthme (si problème de traitement)* Crise convulsive (si problème de traitement)* Fractures cliniques simples (col et autres)* TC sous antiagrégants*, anticoagulants Malaises type syncope Perte d'autonomie et problème de maintien au domicile Troubles métaboliques, Déshydratation, Fausses routes Décompensations cardiaques, suspicion d'EP AVC, pathologies neurologiques Céphalées (hors migraines), Vertiges Problèmes carcinologiques Tentatives d'autolyse médicamenteuse</p>	<p>UHTCD</p> <p>Patient alcoolisé agité hors contexte traumatique Agressions sexuelles et viols</p>	

* Possibilités d'orientation en secteur 1 si manque de place en secteur 2

Annexe 2 : Fiche synthétique du protocole de délivrance d'antalgie anticipée par l'IAO (partie 1)



Annexe 3 : Fiche synthétique du protocole de délivrance d'antalgie anticipée par l'IAO (partie 2)



Questionnaire délivrance antalgie

	OUI	NON
Souhaitez-vous un médicament contre la douleur dès maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous moins de 50 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies à des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ?		
Avez-vous une allergie à la MENTHE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous plus de 75 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes au foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes aux reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes respiratoires et/ou de l'oxygène au domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous épileptique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de la drogue intraveineuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous de manière quotidienne des médicaments antidouleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etiquette patient

RESUME

Evaluation de l'impact de la mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée à l'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angoulême

Introduction : La douleur est un motif très fréquent de consultation dans les services d'urgence, sa prise en charge est complexe et l'oligoanalgésie est souvent trop fréquente.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée par l'IAO sur le délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie. Les objectifs secondaires ont pour but de comparer les proportions de patients qui ont reçu, selon les recommandations, une antalgie adaptée à l'intensité de leur douleur ainsi que le taux de réévaluation de la douleur après la mise en place de ce protocole.

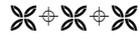
Matériel et méthode : Etude mono-centrique avant-après durant une période d'une semaine concernant les patients majeurs de plus de 18 ans ayant une EN à l'entrée ≥ 1 .

Résultats : Au total 693 patients ont été étudiés, 393 durant la première période, 290 durant la deuxième période. La mise en place du protocole a permis une réduction du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie de 32 minutes en médiane ($p < 0,001$). Une plus grande proportion des patients ont également reçu une antalgie adaptée à l'intensité de leur douleur initiale et la réévaluation de l'intensité de la douleur a été réalisée plus rigoureusement au cours de la deuxième période (62,8 % contre 9,4%).

Conclusion : La mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée par l'IAO a permis une diminution du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie mais également la délivrance d'une antalgie adaptée à l'intensité de cette douleur ainsi qu'une meilleure réévaluation de la douleur.

Mots clés : Médecine d'urgence, protocole d'antalgie anticipée, douleur, oligoanalgésie, morphine.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Evaluation de l'impact de la mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée à l'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angoulême

Introduction : La douleur est un motif très fréquent de consultation dans les services d'urgence, sa prise en charge est complexe et l'oligoanalgésie est souvent trop fréquente.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée par l'IAO sur le délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie. Les objectifs secondaires ont pour but de comparer les proportions de patients qui ont reçu, selon les recommandations, une antalgie adaptée à l'intensité de leur douleur ainsi que le taux de réévaluation de la douleur après la mise en place de ce protocole.

Matériel et méthode : Etude mono-centrique avant-après durant une période d'une semaine concernant les patients majeurs de plus de 18 ans ayant une EN à l'entrée ≥ 1 .

Résultats : Au total 693 patients ont été étudiés, 393 durant la première période, 290 durant la deuxième période. La mise en place du protocole a permis une réduction du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie de 32 minutes en médiane ($p < 0,001$). Une plus grande proportion des patients ont également reçu une antalgie adaptée à l'intensité de leur douleur initiale et la réévaluation de l'intensité de la douleur a été réalisée plus rigoureusement au cours de la deuxième période (62,8 % contre 9,4%).

Conclusion : La mise en place d'un protocole d'antalgie anticipée par l'IAO a permis une diminution du délai entre le premier contact avec le patient et la délivrance de l'antalgie mais également la délivrance d'une antalgie adaptée à l'intensité de cette douleur ainsi qu'une meilleure réévaluation de la douleur.

Mots clés : Médecine d'urgence, protocole d'antalgie anticipée, douleur, oligoanalgésie, morphine.