

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PAR L'INFIRMIER SAPEUR POMPIER



TRAVAIL DE FIN D'ETUDE
EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

Institut de Formation en
Soins Infirmier
56, Avenue du Pr. Leriche
67500 HAGUENAU

Stéphane STEIN
Promotion 2002-2005

SOMMAIRE

Introduction	1
Présentation de l'enquête	2
I- Cadre législatif	4
1- L'infirmier diplômé d'Etat et la douleur	4
2- Cadre législatif de l'infirmier sapeur pompier	4
a. Le service de santé et de secours médical	4
b. L'infirmier sapeur pompier	5
c. Rôle de l'infirmier sapeur pompier au sein du SSSM	5
3- Les plans de lutte contre la douleur	6
II- Qu'est ce que la douleur ?	7
1- Définitions	7
a. Douleur	7
b. Souffrance	7
2- Physiologie	7
a. Les douleurs d'origine nociceptive	8
b. Les douleurs d'origine neurogène	8
c. Les douleurs psychogènes	8
3- Anthropologie de la douleur	8
4- Le traitement de la douleur	9
a. Les traitements adjuvants	9
b. Les analgésiques	9
c. Les co-antalgiques	10
5- Moyens d'évaluations de la douleur	10
a. L'EVA	11
b. L'EN	11
c. L'EVS	11
d. Comportements douloureux	11
e. L'EVA pédiatrique	11
6- Les cas particuliers : enfants et personnes âgées	12

III-	L’Infirmier Sapeur pompier face à la prise en charge de la douleur	13
1-	Pourquoi prendre en charge la douleur en pré-hospitalier ?	13
2-	L’ISP et l’évaluation de la douleur dans un contexte d’urgence	14
3-	Les différentes douleurs rencontrées par l’infirmier sapeur pompier	15
4-	Les méthodes de prise en charge de la douleur	15
	a. Sur rôle propre	16
	b. Sur prescription médicale / protocole	18
	c. Analyse	18
5-	L’ISP et la formation en matière de prise en charge de la douleur	19
6-	Les difficultés pour la prise en charge de la douleur par l’ISP	20
7-	Inégalité de prise en charge de la douleur selon le lieu géographique	21
IV-	Et demain ?	23
1-	Quelles évolutions possible ?	23
2-	L’ISP, acteur de soins en urgence, peut il apporter une réponse à la prise en charge de la douleur en terme de réponse graduée ?	23

Conclusion	24
-------------------	-----------

Bibliographie

Glossaire

Annexes

INTRODUCTION

"Mais la douleur est un parfait malheur, le pire des maux, excessive, elle vient à bout de toute patience..."

Milton, le "paradis perdu", livre 6

« Sois sage, ô ma douleur, et tiens toi tranquille »

Charles Baudelaire, « Les Fleurs du Mal »

INTRODUCTION

La douleur est, depuis quelques années, devenue un problème de santé publique. L'information des patients, l'évolution des connaissances, le développement des thérapeutiques, la création dans les établissements hospitaliers de Comités de Lutte contre la Douleur, l'apparition de référents douleur, tout converge à réduire dans des proportions considérables cette dernière. De même, dans le cadre de la prise en charge de la douleur en phase pré-hospitalière, le SMUR dispose du matériel de réanimation et d'assistance respiratoire indispensable à la sédation et à l'administration de morphiniques puissants.

Les sapeurs pompiers côtoient quotidiennement la douleur et la souffrance. L'apparition d'un statut récent, l'infirmier sapeur pompier, participe à avoir une meilleure prise en charge de la douleur, que ce soit sur son rôle propre ou, en l'absence de médecin sur place, par l'application de protocoles antalgiques médicamenteux.

Qu'en est il de la réalité du terrain ?

Sapeur pompier depuis quelques années, j'interviens régulièrement en tant que secouriste à bord du VSAV, quelques rares fois accompagné par un infirmier sapeur pompier. La formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers d'abord, les stages ensuite m'ont fait prendre conscience du sentiment d'impuissance, de frustration voir même de culpabilité, que je ressentais souvent lors d'interventions auprès de victimes algiques. Lors de médicalisations SMUR pour les interventions plus importantes, la douleur a toujours été prise en compte et traitée au mieux par le médecin urgentiste présent. Et je commençais à me rendre compte de l'importance de l'antalgie pour le bien-être des victimes. Mais les médicalisations ne sont justifiées que dans 5% des interventions pour secours à personne¹. N'y aurait il que le médecin urgentiste qui soit apte à évaluer et à traiter la douleur ?

Pourtant, l'article L.1110-5 du code de la Santé Publique dit que « ...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être **en toute circonstance** prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ».

Lors d'un stage aux urgences en 2^e année, j'ai ainsi été confronté à des admissions de victimes algiques en provenance de tout le secteur, prises en charge par les sapeurs pompiers, qu'ils soient accompagnés d'un infirmier ou non. Et le constat est toujours le même : peu, voir pas du tout de prise en charge de la douleur. Ainsi, je me souviens de ce cycliste admis pour chute et amené par le VSAV d'un CS situé à environ 20 kilomètres de l'hôpital. A son arrivée, il présentait une agitation intense et hurlait de douleur. La radio a montré une fracture de la tête humérale, de l'omoplate et de la clavicule. Et aucune précaution particulière n'a été prise pour assurer un transport dans les meilleures conditions possibles vers le centre hospitalier. La lutte contre la douleur fait pourtant partie de l'optimisation de la prise en charge et du confort garanti aux patients durant leur transfert vers l'hôpital.

J'avoue volontiers qu'avant le début de la formation, en étant uniquement formé aux gestes de secouristes, je n'avais aucune réelle connaissance, aucune sensibilisation à la prise en charge de la douleur. Les cours de médecins, de psychologues, la participation en 2^e année à un module optionnel dédié à la douleur, les situations en stage, les cas concrets étudiés, les plans de lutte contre la douleur, les campagnes de sensibilisation du Ministère de la Santé à l'attention du grand public, autant d'informations qui tendent à prouver que la douleur est de plus en plus et de mieux en mieux prise en charge.

¹ Source « LE SAPEUR POMPIER MAGAZINE » n° 947, Juin 2003

Alors pourquoi n'est elle pas ou si peu prise en compte par les sapeurs pompiers, notamment par le biais de leurs infirmiers ? par manque de moyens d'évaluation ? de thérapeutique adaptée ? de formation ? d'envie ? les situations ne s'y prêtent elles pas ? les infirmiers sapeur pompier sensibilisent-ils les sapeurs pompiers aux méthodes antalgiques à leur disposition ? comment se positionnent ils face à un médecin généraliste appelé sur les lieux et qui n'est pas forcément sensibilisé à la prise en charge de la douleur ? quelles pourraient être les améliorations à apporter ? quelles sont leurs attentes ?

Ces interrogations m'amènent à me poser la question suivante : « **Que peut apporter l'ISP en terme de prise en charge de la douleur dans le cadre des missions qui lui sont dévolues ?** ». J'ai ainsi voulu trouver des éléments de réponse au travers d'un questionnaire que j'ai diffusé dans divers départements, uniquement à l'attention des ISP des SSSM.

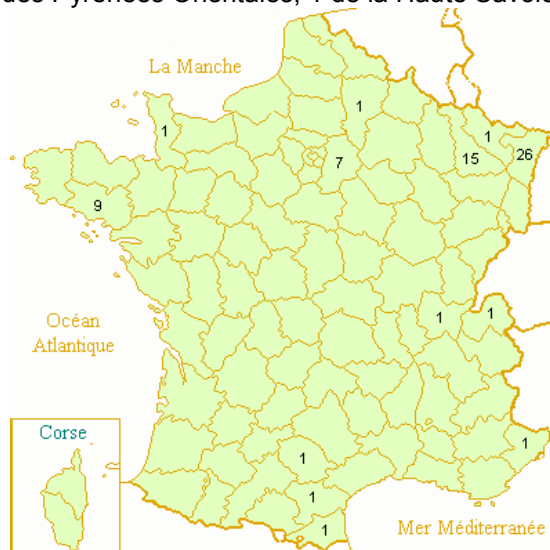
Enfin, le thème de ce travail de fin d'étude a un double intérêt pour moi. D'une part un intérêt professionnel, en parfaissant mes connaissances sur le thème de la douleur, qui est adapté à quelque service que ce soit, en intra ou extra hospitalier. D'autre part un intérêt personnel, car désirant intégrer le SSSM à l'issue de la formation, il me permettra dans le cadre des missions dévolues aux ISP, d'être un acteur de santé engagé dans la prise en charge de la douleur, car aujourd'hui, «la douleur n'est plus une fatalité».

PRESENTATION DE L'ENQUETE

Dans le cadre de mon travail de fin d'études, j'ai élaboré un questionnaire² à l'usage des ISP, qu'ils soient volontaires ou professionnels afin de me faire une représentation plus globale de ce que peut être la prise en charge de la douleur par l'ISP en France.

Il a été diffusé par l'intermédiaire de 2 supports :

- ▶ d'une part un support papier pour le département du Bas-Rhin : le SSSM l'a envoyé à tous les ISP du département (soit environ 80 envois). J'ai eu un retour de 26 questionnaires, ce qui représente environ 32% de réponses.
- ▶ d'autre part un support informatique via internet : je l'ai ainsi envoyé par courrier électronique à l'infirmier chef du département de Meurthe-et-Moselle, et je l'ai également publié sur 2 sites internet spécialisés (www.isp67.com et www.infirmiersp.com) au travers de leur forum. Il y a eu 40 réponses, provenant de 12 départements différents : 15 de Meurthe et Moselle, 9 du Morbihan, 7 de la Seine et Marne, 1 de l'Ain, 1 de l'Aisne, 1 des Alpes Maritimes, 1 de l'Aude, 1 de la Manche, 1 de la Moselle, 1 des Pyrénées Orientales, 1 de la Haute Savoie et 1 du Tarn.



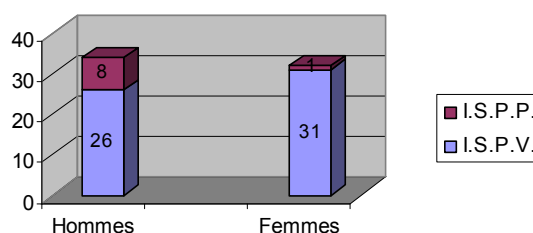
² Annexe 1

Le département du Haut-Rhin, pionnier dans le domaine du secours à personne en France, n'a pas répondu, ni à mon courrier postal, ni aux courriers électroniques.

Au total, j'ai analysé 66 questionnaires qui m'ont été adressés.

Il y a eu des réponses de 34 hommes (51,5%) et 32 femmes (48,5%). 57 sont ISPV (86,4%) et 9 sont ISPP (13,6%). La profession d'infirmier étant principalement une profession féminine, il faut souligner ici le quota plus important d'hommes par rapport aux femmes.

Répartition par sexe et fonction



Parmi les professions exercées par les ISPV, deux services hospitaliers sont plus représentés : 14 d'entre eux travaillent dans un service d'urgences, 15 en réanimation/SMUR ce qui, à eux deux, représente près de 51% des réponses. Mais on retrouve néanmoins des infirmières libérales, des infirmiers de psychiatrie, une sage femme, 2 IADE, un cadre de santé, et quelques autres services de soins généraux. 2 n'ont pas répondu à la question.

Concernant la question du nombre d'années de fonction d'ISP, je me suis rendu compte que je n'ai pas été suffisamment précis quant à la formulation. En effet, j'aurais dû préciser que je voulais savoir depuis combien de temps ils sont ISP, car quelques uns m'ont donné le nombre d'années d'exercice d'IDE et 1 personne n'a pas répondu. Néanmoins, les réponses indiquent que la majorité ont acquis le statut d'ISP entre 2 à 4 ans pour 26 d'entre eux (soit 39,4%), entre 4 et 6 ans pour 11 d'entre eux (soit 16,7%), et depuis moins de 2 ans, 18 d'entre eux (soit 27,3%). Le statut ayant été officiellement créé en 1996, les missions étant quant à elle définies par un décret en 1997, on s'aperçoit que c'est un statut relativement jeune et en pleine expansion. On peut penser qu'au départ, ce sont principalement des sapeurs pompiers, infirmiers par ailleurs dans le civil, qui ont intégré le SSSM. Mais depuis peu, le statut étant de plus en plus connu et reconnu, de nombreux infirmiers n'étant pas sapeur pompiers avant, s'engagent en tant qu'ISP (près de 30% des ISP le sont depuis moins de 2 ans).



I

CADRE LEGISLATIF



I. Cadre législatif

1- L'infirmier diplômé d'Etat et la douleur

Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 définit les actes professionnels et l'exercice de la profession d'infirmier.

Les articles suivants sont relatifs à la prise en charge de la douleur, que ce soit sur son rôle propre ou sur son rôle en collaboration :

Article R4311-2, alinéa 5 : « Les soins infirmiers [...] ont pour objet [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes... »

Article R4311-5, alinéa 19 : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants : [...] recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : [...] évaluation de la douleur »

Article R4311-8 : « L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. »

2- Cadre législatif de l'Infirmier Sapeur Pompier

a) Le Service de Santé et de Secours Médical

« La loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours (SDIS) dispose que les services départementaux d'incendie et de secours comprennent un service de santé et de secours médical (SSSM). Au même titre que la départementalisation, apparaît une volonté d'harmoniser et d'uniformiser un exercice de l'urgence médicale pré-hospitalière sapeur-pompier très disparate sur le territoire. La création du SSSM permet de rationaliser le fonctionnement du service de santé en lui attribuant des missions spécifiques, des personnels formés, et la possibilité de s'intégrer pleinement dans le dispositif de l'urgence pré-hospitalière. »

Le personnel du service de santé et de secours médical est composé de :

- ▶ médecins, sapeurs pompiers volontaires ou professionnels
- ▶ pharmaciens, sapeurs pompiers volontaires ou professionnels
- ▶ vétérinaires, sapeurs pompiers volontaires
- ▶ infirmiers, sapeurs pompiers volontaires ou professionnels

Les SSSM comptent au 31/12/2003 un effectif de 9.884 médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers³.

Les interventions des SDIS concernent, pour l'année 2003, 2.212.154 secours à victimes, 331.876 accidents de la circulation, 369.041 feux et 788.756 opérations diverses.

Ce travail de fin d'étude étant l'observation d'une pratique professionnelle de l'infirmier diplômé d'état chez les sapeurs pompiers, je ne développerai que celui-ci.

³ Source Ministère de l'Intérieur, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile
http://www.interieur.gouv.fr/rubriques/a/a3_statistiques/a38_securite_civile/Services_d_incendie_et_de_secours.0/Statistiques_2003_-_rapport_2004.pdf

b) L'infirmier sapeur pompier

Le cadre législatif de l'infirmier sapeur pompier est posé par deux textes : le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, et l'article 24 du décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des SDIS qui définit le rôle de l'infirmier chez les sapeurs pompiers.

L'article R4312-6 du décret du 29 juillet 2004 précise que « l'infirmier est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril ».

L'article R4311-14 du même décret stipule qu'« en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable » et l'article R4312-26 stipule quant à lui que « l'infirmier doit agir en toute circonstance dans l'intérêt du patient ».

Le SSSM du Bas-Rhin a établi 16 protocoles d'urgences à ce jour, dont 1 est dédié à l'antalgie. Ce dernier, afin de pouvoir être appliqué en dehors des situations d'urgences vitales, relève de l'article R4311-8 dudit décret.

Au 31/12/2003, il y a en France 2.670 infirmiers sapeurs pompiers (2.565 volontaires, 98 professionnels et 7 contractuels). Le département du Bas-Rhin en compte dans ses effectifs à la même date, 83 dont 1 professionnel (91 en décembre 2004)³.

c) Rôle de l'infirmier sapeur pompier au sein du SSSM

Dans le cadre d'un secours à personne tel que défini par l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, trois types de situations sont rencontrées par l'infirmier sapeur pompier :

- ▶ Intervention de l'ISP sans médecin, sans protocole : le champ d'actions relève de son rôle propre (article R4311-5 du décret du 29 juillet 2004), et de la pratique préalable et concomitante des techniques et des gestes de secourisme tels que définis et enseignés dans le cadre de l'AFPS et du CFAPSE. De plus il joue un rôle de conseiller technique auprès du chef d'agrès du VSAV, ce dernier devant conserver son rôle décisionnel tout en recherchant un consensus avec l'infirmier.
- ▶ Intervention de l'ISP sans médecin, avec protocole⁴ : le médecin chef du département valide un certain nombre de protocoles que l'infirmier pourra appliquer sans présence médicale effective. Ces protocoles varient selon les départements et le législateur insiste sur le fait que leur application ne relève pas d'une démarche diagnostique de la part de l'ISP mais de conduites réflexes. L'application de ces protocoles est suivie d'un rapport circonstancié, daté et signé par l'ISP (comme prévu à l'article R4311-14 du décret du 29/07/2004)⁵. Rappelons tout de même que de tels protocoles n'autorisent en aucun cas la réalisation de soins nécessitant la présence physique d'un médecin, tels que définis à l'article R4311-9 du même décret.
- ▶ Intervention de l'ISP avec un médecin (sapeur pompier ou généraliste ou urgentiste) : l'infirmier est ici à même de mettre en œuvre les soins du décret de compétence dans sa globalité, à savoir le rôle propre, sur prescription et en collaboration. Il est à noter qu'ici, la présence physique du médecin autorise l'ISP à réaliser les actes définis à l'article R4311-9 du décret du 29 juillet 2004.

⁴ Annexe 4 « Les protocoles de soins d'urgence »

⁵ Annexe 5 : Exemple de compte rendu d'application de protocole d'urgence (SSSM67)

- ▶ Cas particulier : l'absence du médecin n'empêche pas dans certaines situations l'exécution de certains soins relevant de la prescription. Lorsque la situation l'impose, l'ISP prend contact avec le médecin régulateur du Centre 15 par radio ou téléphone. Ce dernier, fort des éléments recueillis par l'infirmier peut lui prescrire des soins, soit dans l'attente d'un renfort médical sur les lieux, soit afin de transporter la victime vers l'hôpital le plus proche dans les meilleures conditions. De même, l'IDE non membre du SSSM arrivé de façon fortuite sur les lieux d'un sinistre, peut en accord avec l'article R4312-6 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 porter assistance aux blessés en péril et, après avoir pris contact téléphonique avec le médecin régulateur du centre 15, appliquer des prescriptions téléphoniques.

En dehors du cadre du secours à personne, l'ISP assure un certain nombre de missions :

- ▶ la surveillance de la condition physique des sapeurs pompiers ;
- ▶ l'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs pompiers volontaires ;
- ▶ le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité ;
- ▶ la participation à la formation des sapeurs pompiers au secours à personne. Il faut noter que son statut seul ne lui permet pas d'assurer le monitorat de secourisme, il n'est pas dispensé de suivre la formation et de réussir l'examen.
- ▶ le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs pompiers ;
- ▶ la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service ;
- ▶ les missions exceptionnelles en cas de catastrophes naturelles
- ▶ la participation aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant la chaîne alimentaire ;
- ▶ la participation aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

3- Plans de lutte contre la douleur⁶

En 1998, l'ancien Ministre de la Santé Bernard Kouchner, lançait le premier plan triennal (1998-2000) de lutte contre la douleur. Ce plan avait pour but d'améliorer la prise en compte et le soulagement de la douleur. Il était articulé autour de trois axes principaux : la prise en compte de la demande du patient, le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins et l'information et la formation des professionnels de santé notamment pour mieux l'évaluer et la traiter.

La philosophie de ce programme pouvait se résumer ainsi : « La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé. »

Malgré les progrès encourageants dans la lutte contre la douleur, l'évaluation du plan menée par la Société Française de Santé Publique souligne des difficultés et des dysfonctionnements.

A partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, Monsieur Bernard Kouchner, a décidé de poursuivre les actions entreprises et de proposer un programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Ce nouveau programme d'actions poursuit les objectifs du premier plan triennal. Il vise notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et de la souffrance en fin de vie. Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

⁶ Documents consultables sur le site du Ministère de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/sommaire.htm>)

II

QU'EST-CE QUE LA DOULEUR ?



II. Qu'est ce que la douleur ?

1- Définitions

a) Douleur

Du latin « dolor » (souffrances), la douleur est selon le Robert Illustré définie comme une « sensation physique pénible»⁷.

En 1979, l'International Association for the Study of Pain (l'Association Internationale de l'étude de la douleur) définit la douleur en ces termes : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion ». Cette définition est actuellement toujours celle de référence.

Elle illustre bien le caractère pluridimensionnel de la douleur. Elle intègre des composantes physiques et sensorielles, affectivo-émotionnelles, cognitive ou intellectuelles, comportementales, socio-économiques, culturelles ou ethniques, voir religieuses.

Ainsi la douleur peut être associée à une lésion tissulaire réelle, mais elle peut être aussi morale, avec l'aspect psychologique de l'expérience douloureuse.

De même, une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique.

Deux types de douleurs existent :

- ▶ la **douleur aiguë** : elle correspond habituellement à une lésion tissulaire. C'est un symptôme qui a un rôle d'alarme, faisant percevoir à l'individu qu'une menace potentielle existe pour lui.
- ▶ la **douleur chronique** : maladie à part entière, qui se définit comme une douleur quotidienne existante depuis plus de 3 à 6 mois, rebelle aux traitements antalgiques usuels.

Dans le cadre de ses missions d'assistances à personnes, l'ISP sera essentiellement confronté aux douleurs aiguës (la douleur aiguë pouvant être également l'exacerbation de phénomènes chroniques), et à ce titre, seule cette dernière sera étudiée.

b) Souffrance

Les réactions engendrées par la douleur correspondent à la notion de souffrance. C'est l'association à la fois des phénomènes physiques, moraux et psychologiques mettant en jeu tous les mécanismes affectifs, intellectuels et instinctifs. La souffrance varie beaucoup d'un individu à l'autre, elle est fonction du contexte ou de la signification de la douleur.

Elle introduit d'emblée l'importance du dialogue et de l'attitude empathique de l'ISP envers la victime algique.

2- Physiologie de la douleur

Il faut distinguer les douleurs selon leur origine. On décrit schématiquement trois catégories, correspondant à trois prises en charge thérapeutiques différentes.

⁷ Le Petit Robert Illustré d'Aujourd'hui en Couleur, Ed. France Loisirs, Juin 2001, 1584 pages

a) Les douleurs d'origine nociceptive (par excès de nociception)

Les récepteurs nociceptifs périphériques, terminaisons nerveuses libres, reliant les organes, la peau, les muscles et les articulations à la moelle épinière sont activés lors d'une stimulation intense. Le message nerveux remonte de la périphérie du corps vers les zones spécifiques du cerveau à travers la moelle, le bulbe et le tronc cérébral. Ce sont les douleurs les plus souvent rencontrées par les ISP dans le cadre de leurs missions de secours à victimes.

Le traitement fait appel à trois niveaux d'antalgiques, étudiés au paragraphe 4.

b) Les douleurs d'origine neurogène (désafférentation)

Ce sont des douleurs après compression prolongée et/ou lésion d'une racine nerveuse. La partie du nerf restant, décharge une activité électrique permanente et désordonnée. Ces influx empruntent les mêmes voies de transmission que dans les douleurs par excès de nociception. Ce sont des douleurs à type de brûlures, de décharges électriques, de fourmillements, ... évoluant dans un territoire précis.

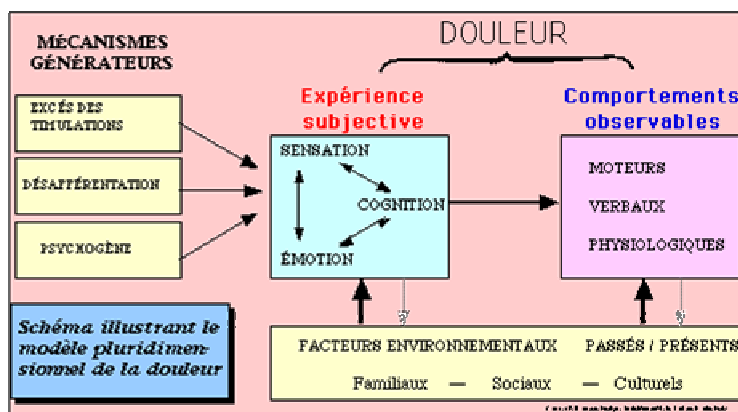
Une insensibilité de ce territoire, ou au contraire une hypersensibilité au moindre frôlement, au moindre contact, s'y associe.

Ces douleurs sont insensibles aux antalgiques usuels et même aux morphiniques et nécessitent des traitements spécifiques (certains anti-épileptiques ou anti-dépresseurs).

c) Les douleurs psychogènes

Elles apparaissent dans un contexte de difficultés psychologiques, sans qu'il y ait atteinte physique.

Dans ce cas, l'histoire et la personnalité de l'individu prend toute sa valeur. Les signes les plus souvent retrouvés sont l'angoisse, la dépression, l'hystérie, dans un contexte de relations familiales ou de conditions de travail particulièrement difficiles, d'alcoolisme, de toxicomanie, ...



Source : F. Boureau, *Pratique du traitement de la douleur*, éd. Doin, Paris

3- Anthropologie de la douleur

En septembre 2002, à l'occasion d'une interview dans le magazine « Alternative Santé », D. Le Breton, anthropologue, expose quelques aspects de la douleur⁸.

⁸ « Dossier : Combattre la douleur », Alternative Santé L'Impatient n° 292, 09/2002

- ▶ Souffrir est de moins en moins perçu comme un destin. Nombreux sont ceux qui sont convaincus que la médecine a une réponse antalgique à leurs maux.
- ▶ Les individus sont plus sensibles à la douleur qu'autrefois. Autrefois, dans certains milieux, résister à la douleur était une valeur.
- ▶ Aujourd'hui la modernité fait de la santé une question purement médicale, la douleur perd peu à peu toute signification morale et culturelle. Elle incarne l'effroi.
- ▶ Les sondages montrent qu'elle fait davantage peur que la mort.
- ▶ Le seuil de tolérance décroît au fur et à mesure que les antalgiques et l'automédication se banalisent.
- ▶ La représentation de la douleur est différente selon les origines.

4- Le traitement de la douleur

a) Les traitements adjuvants

Ce sont les moyens non médicamenteux :

- ▶ Immobilisations
- ▶ Positions antalgiques
- ▶ Relation d'aide (écoute / dialogue empathique)
- ▶ Prise en compte du contexte environnemental
- ▶ Techniques alternatives (sophrologie, relaxation, massages, électro-stimulation)
- ▶ Le froid : il diminue la conduction nerveuse et contracte les vaisseaux sanguins, ce qui en cas de contusion, diminue l'hématome. Utilisé également dans les cas de brûlures sous diverses formes
- ▶ Le chaud : réduit les contractions douloureuses des organes
- ▶ Le « gate control » (contre stimulation)

b) Les analgésiques

L'Organisation Mondiale de la Santé a classé les antalgiques par paliers selon leur composition :

- Palier I : non opioïdes (antalgiques d'action périphérique : paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine) concernant les douleurs légères
- Palier II : opioïdes faibles concernant les douleurs faibles à modérées (associés ou non à des antalgiques périphériques et/ou adjuvants : codéine, dextropropoxyphène, tramadol, nalbuphine)
- Palier III : opioïdes forts concernant les douleurs modérées à sévères (antalgiques centraux associés ou non à des antalgiques non opiacés et/ou adjuvants : morphine, fentanyl)

c) Les co-antalgiques

Ces substances, bien que n'étant pas de véritables antalgiques, sont capables de diminuer les douleurs en agissant seuls ou en association avec les antalgiques.

- ▶ Anti-spasmodiques (Spasfon[®])
- ▶ Corticoïdes (Solumédrol[®])
- ▶ Anxiolytiques (Valium[®]) : utilisés à dose filée, ils possèdent leur propre action antalgique, sans volonté d'aborder un versant psychologique. Une explication soigneuse est indispensable à chaque utilisation de ce type de produits afin d'éviter que la victime pense être considérée uniquement comme déprimé.
- ▶ Neuroleptiques (Loxapac[®]) qui sont utilisés lors de phases d'agitations légères à très intenses.
- ▶ Le mélange équimolaire protoxyde d'azote et oxygène appelé MEOPA (Kalinox[®], Medimix 50[®]). C'est un gaz analgésique majeur et anesthésique général faible. Associé au paracétamol, les effets sont majorés et il n'existe que peu de contre indications.

5- Moyens d'évaluations de la douleur⁹

« Tout personnel soignant est en possession d'échelles de mesure. Il est impératif que chaque professionnel s'approprie les outils de mesure proposés ce qui nécessite une formation théorique et pratique sur les modalités de leur utilisation »¹⁰.

« Personne ne peut et ne doit se mettre à la place de la victime »

La règle essentielle de l'évaluation :

« C'est la victime qui évalue sa douleur
La victime a toujours raison quand elle l'évalue »

La perception de l'intensité de la douleur est très variable d'une personne à l'autre. Elle met en jeu des facteurs psychologiques, culturels, génétiques. Il faut se garder de porter des jugements de valeurs hâtifs, mais faire comprendre à la victime qu'on croit ce qu'elle dit, ce que cette douleur signifie pour elle et qu'on l'a prend en compte.

Les méthodes disponibles pour évaluer la douleur reposent classiquement soit sur la description par le patient lui-même aux moyens d'échelles globales unidimensionnelles (auto-évaluation), soit sur l'observation au moyen d'échelles comportementales pluridimensionnelles (hétéro-évaluation).

Il est nécessaire de privilégier la rapidité de réalisation de l'évaluation, ce qui fait privilégier les échelles d'auto-évaluation et fait éliminer de nombreux instruments le plus souvent utilisés dans l'évaluation de la douleur chronique. (Mc Gill Pain par exemple).

Trois types d'échelles d'auto-évaluation se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement : échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple. Ces outils sont considérés comme « validés » car ils répondent à 3 qualités métrologiques (validité, fidélité, sensibilité au changement). Ils sont particulièrement utilisables en situation d'urgences, car simples de mise en œuvre.

⁹ Annexe 2

¹⁰ Source Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
(http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/guide.pdf)

Les échelles de mesure de la douleur visent à recueillir des informations reproductibles, valides et sensibles aux effets du traitement. Elles permettent de comparer l'intensité de la douleur à différents moments chez un même patient. De plus, les tests d'auto-évaluation prennent mieux en compte l'élément subjectif de la douleur.

Toutefois il faut rappeler que la seule mesure de l'intensité de la douleur (évaluation quantitative) ne suffit pas à la caractériser. D'autres éléments doivent être recherchés (évaluation qualitative) en posant quelques questions précises : Où (siège de la douleur et irradiations) ? Quand ? douleur permanente, continue ou non ? Existe-t-il des paroxysmes douloureux ? Quels sont les facteurs déclenchants ? Quel est le type de douleur ? Est-ce que ça pique, tord, ronge, brûle, bât ? Est-ce que c'est comme un coup de poignard ? Comme une décharge électrique ? Comme une pesanteur, un étai ?

L'intervention de soins infirmiers dans l'évaluation de la douleur est une nécessité car elle permettra de prendre en compte des réactions physiologiques du système neurovégétatif se traduisant par une élévation de la tension artérielle, du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, une dilatation pupillaire et une augmentation de la sudation.

L'utilisation plus systématique par l'ISP de méthodes d'évaluation de la douleur devrait permettre ainsi de mieux répondre à une préoccupation essentielle des malades : le soulagement de la douleur. Il est important pour l'ISP d'évaluer la douleur avant et après l'administration d'antalgiques.

a) Echelle Visuelle Analogique (EVA)

L'échelle visuelle analogique se présente sous la forme d'une réglette à 2 faces orientées de gauche à droite sur laquelle se déplace un curseur. Une face ou recto est destinée à la victime. Son envers ou verso est utilisé par l'infirmier pour mesurer l'intensité de la douleur. Elle est utilisable chez l'enfant à partir de 6 ans, pour lequel une version colorée existe. C'est l'échelle de référence préconisée par le Ministère de la Santé.

b) Echelle numérique (EN)

L'échelle numérique est de compréhension facile et se prête à des réponses orales. Moins reproductible que l'EVA, l'échelle numérique est très utilisée en pratique ; on demande au patient de coter sa douleur entre 0 et 10 (ou entre 0 et 100). L'EN est l'échelle de référence pour la cotation de la douleur retenue par le SSSM du Bas-Rhin.

c) Echelle Verbale Simple (EVS)

L'échelle verbale simple repose sur la description verbale ; de ce fait, elle est facile à comprendre. Le nombre plus réduit de réponses possibles la rend moins sensible que l'échelle visuelle analogique. On demande au patient s'il a mal. Si oui, demander un peu (EVS=1), moyen (EVS=2), fort (EVS=3), insupportable (EVS=4). Une échelle verbale simplifiée peut être utilisée pour les enfants entre 4 et 6 ans.

d) Comportements douloureux

Les expressions au niveau du corps sont à observer : attitudes antalgiques, mimiques, attitudes de retrait spontanées ou provoquées par les soins, contractions musculaires...

Les échelles comportementales sont utilisables chez les enfants de 0 à 4 ans.

e) EVA pédiatrique

L'échelle des visages douloureux a été mise au point pour l'évaluation de l'intensité de la douleur chez l'enfant. Sur le côté victime, de la gauche vers la droite, des visages montrent tout d'abord quelqu'un qui n'a pas mal du tout puis qui a de plus en plus mal,

jusqu'à celui-ci de droite, qui montre quelqu'un qui a très très mal. Elle est utilisable pour les enfants de 4 à 6 ans.

6- Cas particuliers : enfants et personnes âgées

L'âge est un facteur déterminant dans la perception et l'évaluation de la douleur.

Cela peut en partie s'expliquer par le développement physiologique particulier de ces deux groupes d'âges. Ainsi, certains facteurs physiologiques accompagnent souvent le vieillissement même chez la personne âgée en bonne santé. La baisse de la vue et de l'ouïe sont deux facteurs qu'il convient de prendre en considération.

Cela peut également s'expliquer par des variations sur le plan cognitif en ce qui concerne la capacité de comprendre ce qui leur arrive et de nous communiquer leur douleur.

Les problèmes de communication s'ajoutent aux préjugés sur la réalité douloureuse, faisant souvent des jeunes enfants, des malades psychiatriques et des sujets âgés, de véritables oubliés de la douleur.

Pourtant, les jeunes enfants et les personnes âgées, tout comme les adultes, ont un besoin impératif d'évaluation et de prise en charge de la douleur. Les échelles d'auto-évaluation de la douleur ne sont pas adaptées pour les enfants de moins de 6 ans ni pour les personnes âgées non communicantes (entendant par non communicantes, toutes les personnes âgées non verbalisantes, non comprenant, ou non participantes et par définition, des personnes âgées ne pouvant pas s'auto-évaluer). L'observation des comportements, des expressions faciales, des attitudes corporelles, les pleurs pour les enfants (qui ne sont pas spécifiques à la douleur), l'entourage devenant pour ces groupes de personnes les meilleurs moyens d'évaluation de la douleur.

De même, les échelles d'auto-évaluation ont leurs limites chez la personne âgée communicante, qui n'exprime pas toujours sa douleur de façon verbale notamment pour des raisons culturelles et relationnelles, à cause de troubles de l'humeur et du caractère, ou de préjugés (la douleur fait partie du vieillissement normal ; la douleur sauve, elle a une valeur rédemptrice dans la religion judéo chrétienne ; la douleur fait peur : si j'ai mal, c'est que c'est grave d'où angoisse d'être hospitalisé, opéré, de devenir dépendant ou d'être institutionnalisé).

La douleur peut également faire défaut chez le sujet âgé comparativement au sujet jeune, en cas par exemple d'infarctus du myocarde, d'embolie pulmonaire ou d'urgences abdominales.



III

L'INFIRMIER SAPEUR POMPIER FACE A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



III. L'infirmier sapeur pompier face à la prise en charge de la douleur

Avant de prendre en charge la douleur, l'ISP se doit d'avoir une vision globale de la victime afin de collecter un maximum d'informations utilisables et de transmettre un bilan vital et lésionnel le plus complet possible au régulateur du SAMU :

- ▶ examiner la victime
- ▶ vérifier l'état d'oxygénation (SatO₂) et administrer l'O₂ selon le protocole établi (protocole n° 2 du S.S.S.M. du Bas Rhin)
- ▶ assurer le contrôle hémodynamique : tension artérielle, fréquence cardiaque, voie veineuse périphérique (protocole n° 1 du SSSM du Bas Rhin)
- ▶ interroger la victime et/ou son entourage concernant ses antécédents médicaux et chirurgicaux, **se renseigner s'il présente des allergies ou des contre indications aux traitements antalgiques** usuels (insuffisance rénale, hépatique, ulcère gastrique,...)

« Prendre en charge la douleur nécessite d'admettre sa réalité, de connaître les moyens de son soulagement, de considérer la personne dans sa globalité et d'entendre sa plainte. »

1- Pourquoi prendre en charge la douleur en pré-hospitalier ?

A l'instar de la prise en charge de la douleur dans les services hospitaliers, il existe de nombreuses raisons pour lesquelles elle doit être également traitée en pré-hospitalier.

D'ailleurs, 100% des ISP interrogés considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans cette prise en charge.

En premier lieu, je dirais que, comme à l'hôpital, il est interdit de laisser souffrir les victimes. En effet, l'ISP étant protocolisé, ayant à sa disposition des antalgiques et épaulé par des textes de lois, il est de son devoir de prendre en charge la douleur de la victime. Celle-ci n'attend ou ne demande pas toujours « zéro douleur », lui la rendre plus supportable peut suffire.

Dans la très grande majorité des cas, il y aura nécessité de relever, brancarder et transporter la victime. Traiter la douleur permet d'améliorer son confort lors de ces manipulations.

Prendre en charge la douleur en amont de l'hospitalisation permet également d'éviter à la victime des délais d'attente long dans un tableau clinique algique. A ce propos, plusieurs ISP avec lesquels j'ai discuté notamment lors d'un stage en service de réanimation, ne voient pas l'utilité de cette prise en charge, arguant être à moins de cinq minutes d'un centre hospitalier. Il peut pourtant s'écouler plusieurs heures entre la survenue de l'épisode algique (pour quelque raison que ce soit), la prise en charge par les secours, le transport à l'hôpital, l'examen clinique par le médecin et l'action des antalgiques prescrits à ce moment là. Traiter en amont permet donc non pas de diminuer l'attente aux urgences, mais de la rendre un peu plus supportable en diminuant la douleur. Les incivilités, insultes, agressions physiques ou verbales dans les services d'urgences, pourraient elles être dues au manque de prise en charge de la douleur de patients attendant trop longtemps ? et dans ce cas, ne pourraient elles être évitées si la douleur était prise en charge en amont ?

De plus, l'atténuation de la douleur avant l'arrivée aux urgences peut faciliter la prise en charge diagnostique et thérapeutique, la victime étant moins anxieuse et moins agitée. Elle augmente également la coopération et permet souvent un meilleur examen clinique ou une manipulation par le médecin, les antalgiques administrés ayant fait effet durant le trajet. De nombreux chirurgiens, bien que la tendance s'inverse, sont contre cette prise en charge «précoce ». Ils mettent en avant que l'atténuation ou la disparition de la douleur peut cacher les symptômes et retarder ou fausser les diagnostics cliniques. Plusieurs études réalisées

aux Etats-Unis¹¹ « ont prouvé que les opioïdes n'influençaient pas le diagnostic des douleurs abdominales tout en soulageant la douleur. En 2001, l'A.H.R.Q. (Agency for Healthcare Research and Quality) conclut que l'usage approprié d'analgésiques chez les patients souffrant de douleurs abdominales aiguës, décroît la douleur sans interférer avec le diagnostic et le traitement ». Concernant les enfants, cette étude démontre que « l'analgésie par des morphiniques chez des enfants souffrant de douleurs abdominales aiguës améliore le diagnostic d'abdomen chirurgical en augmentant la coopération (en diminuant la douleur) et en permettant ainsi un meilleur examen clinique ».

La prise en charge de la douleur permet également d'éviter les complications directement ou indirectement dues à cette dernière, ou l'aggravation de l'affection causale, en particulier si la douleur s'accroît. Dans ce sens, traiter une douleur n'est pas seulement un acte « humanitaire », mais peut devenir un acte « vital » (par exemple un angoreux qui lors d'une chute se fracture le col du fémur. Les réactions physiologiques du système neurovégétatif dues à la douleur tels la polypnée, la tachycardie, le stress, conduisent à une souffrance myocardique par manque d'apport en O₂ risquant de provoquer une crise d'angor ou un infarctus par sténose des artères coronaires).

La douleur est extrêmement anxiogène. La victime traumatisée dans son corps, l'est également dans son esprit. Le stress engendré stimule le système neurovégétatif et accroît l'anxiété. Rassurer la victime par le dialogue, l'écoute, l'explication des gestes effectués permet de réduire l'anxiété qui contribue par la même à réduire la douleur.

Prendre en charge la douleur de la victime permet de lui faire comprendre que l'on écoute et qu'on croit ce qu'elle nous dit. C'est un moyen d'entrer en communication, en relation, d'améliorer le contact, de créer un climat de confiance. Cela peut permettre à la victime d'exprimer un ressenti difficile à exprimer. En graduant sa propre douleur, il donne un point de repère. Il s'agit d'une information quantifiée figurant dans son dossier. La réévaluation systématique et régulière de la douleur par des critères identiques permet de suivre son évolution et d'adapter le traitement à son intensité. Cela devient alors un outil de communication entre les équipes de prise en charge de la victime. Les soignants sont sur la même « longueur d'onde », évitant les termes subjectifs souvent employés.

Enfin, cela permet de recentrer les actions sur le bien être de la victime qui souffre et de pouvoir « Prendre soin de... ».

2- L'ISP et l'évaluation de la douleur dans un contexte d'urgence

L'analyse du questionnaire quant aux différents moyens d'évaluation de la douleur permet de faire ressortir quelques points importants :

- ✚ L'EVA, échelle de référence préconisée par le Ministère de la Santé, n'est pas celle la plus utilisée en pratique par les ISP. 28 ISP sur 66 disent l'avoir sur eux, 24 dans le véhicule, 29 (près de 44%) ni sur eux, ni dans le véhicule. 14 ISP disent l'utiliser toujours, 17 quelques fois et 6 jamais. Mais 89.4% (59 ISP sur 66) disent utiliser d'autres moyens d'évaluation. Seuls 8 disent l'utiliser en priorité.
- ✚ 33 ISP connaissent l'EN et s'en servent, mais seuls 25 disent l'utiliser en priorité.
- ✚ 20 ISP disent se servir de l'EVS, 10 disent l'utiliser en priorité.
- ✚ Concernant les échelles comportementales, 26 ISP y font référence, en terme réellement d'observation des comportements. 1 seul me dit que l'expérience peut être importante pour détecter les attitudes douloureuses, et 1 seul me dit interroger l'entourage. A cela, j'ai ajouté également les « interrogations », « l'écoute des plaintes », « le dialogue », « les attitudes », « les descriptions de la douleur ». 6 ISP sur 66 disent l'utiliser en priorité. Mais en pratique, y en a-t-il dans les VSAV ? est elle

¹¹ « Essai clinique randomisé sur l'analgésie de l'enfant avec une douleur abdominale aiguë » (<http://www.pediadol.org/actualites/kim03.htm>)

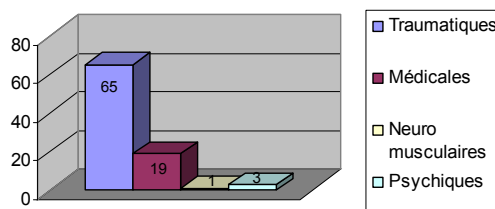
réellement utilisable dans le contexte de l'urgence, vu le nombre d'items à renseigner ?

- ✚ 2 ISP ont répondu utiliser toutes les méthodes d'évaluation et 15 n'ont pas répondu.
- ✚ 2 ISP disent utiliser l'EVA pédiatrique.
- ✚ Je souligne également le fait que plusieurs protocoles sont établis sur des évaluations avec l'EVA, mais qu'en pratique, les ISP m'indiquent qu'ils ne l'utilisent pas, lui préférant l'EN. Il est effectivement plus simple et plus rapide de demander de coter sa douleur à une victime que de lui présenter une réglette que bien souvent il ne comprendra pas.
- ✚ Concernant l'EVS, il faut souligner le fait que quelques uns me disent utiliser « l'échelle verbale qui consiste à coter la douleur de 0 à 10 » ; il semblerait donc qu'il y ait une méconnaissance des termes employés, faisant l'amalgame entre échelle numérique et échelle verbale, ce dont j'ai pu me rendre compte également lors d'entretiens.
- ✚ Il semble évident à l'analyse du questionnaire qu'il était inutile de poser la question « avez-vous d'autres moyens d'évaluer la douleur – si oui, les utilisez-vous ? », puisque 90 % soit 58 ISP ont répondu oui et 6 non pas répondu.
- ✚ La question « avez-vous d'autres moyens d'évaluer la douleur – si non, pourquoi ? » n'est pas pertinente, ou mal posée. Seul 4 personnes y ont répondu.

3- Les différentes douleurs rencontrées par l'ISP

- ✚ Traumatiques (AVP, accidents sportifs, accidents domestiques, accidents du travail) : 65 ISP soit plus de 99% citent les douleurs d'origine traumatiques, que ce soit des fractures, des entorses, des luxations, des plaies, des contusions, des brûlures. 1 personne n'a pas répondu à la question. Ce sont effectivement les douleurs les souvent rencontrées sur intervention.
- ✚ Médicales (douleurs abdominales, gynécologiques, thoraciques, céphalées, coliques) : 19 ISP y font référence, sous forme de douleurs abdominales ou thoraciques en particulier. Un homme cite l'accouchement. Les coliques néphrétiques et les céphalées sont citées par 4 personnes.
- ✚ Neuro-musculaires (lumbago, déchirures musculaires, névralgies) : elles sont citées par 1 seule personne, sous forme de cervicalgies et dorsalgies.
- ✚ Psychiques (deuil, douleurs morales) : 3 personnes les citent. Il s'agit respectivement d'une infirmière de secteur psychiatrique qui parle de douleur morale dans les tentatives de suicide et de douleurs psychiques à type d'angoisse ; d'une infirmière en neurologie qui parle de douleur morale ; et d'un infirmier en soins palliatifs qui parle en terme de douleurs émotionnelles liées à la peur.

Douleurs rencontrées par l'ISP



4- Méthodes de prises en charge de la douleur

« Tout doit tendre très précocement à supprimer la douleur ou tout au moins, à la rendre tolérable »

a) Sur rôle propre

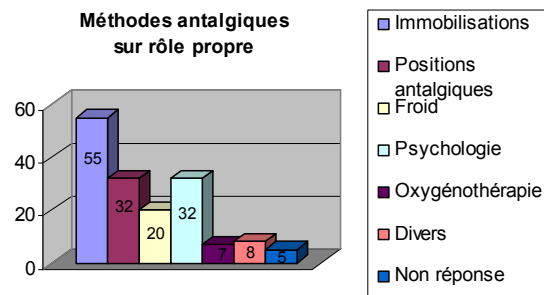
- ✚ L'immobilisation des suspicions de fractures ou luxations : la mise en place de colliers cervicaux, d'attelles, de matelas coquilles, du KED[®], éventuellement d'une écharpe, doit être réalisée très précocement et très précautionneusement, avant même tout traitement médicamenteux. 55 I.S.P. sur 66 (83,3%), soit une majorité, mettent l'immobilisation en avant.
Il faut souligner l'importance pour l'ISP d'avoir le CFAPSE car l'utilisation du matériel d'immobilisation et le brancardage en équipe ne sont pas appris en cours de formation infirmier.
- ✚ Les positions antalgiques (souvent positions spontanées des victimes) sont citées par 32 ISP (48,5%). Elles sont fonctions de l'origine des douleurs (ex : en chien de fusil en cas de douleurs abdominales). Elles peuvent être également fonction de la personne et de son vécu, il faut donc dans la mesure du possible le laisser dans la position qu'il aura lui-même choisi.
- ✚ Le refroidissement : le froid réduit les phénomènes inflammatoires locaux par vasoconstriction et associe un effet anesthésique local sur les terminaisons nerveuses (contusions, douleurs musculaires, irritations péritonéales ou piqûres ou morsures de certains animaux comme les vipères ou autres hyménoptères). 20 ISP disent utiliser le froid sur leur rôle propre comme moyen antalgique à leur disposition sur les brûlures ou contusion, sous diverses formes : poches de froid, vessies de glace, Cryopack[®], Brulstop[®], Water Gel[®]. Dans le département du Bas-Rhin, aucun moyen de refroidissement n'est en dotation dans les VSAV ; faut-il en conclure, pour ceux du département (5 ISP) y faisant allusion, qu'ils utilisent le kit membres coupés ? Certains départements (notamment la Meurthe et Moselle) proposent le Brulstop[®] en dotation et préconisent de l'utiliser dans les cas de brûlures, en remplacement du refroidissement par eau et incluent la formation dans le CFAPSE. Par contre, que penser des personnes ayant répondu « vessie de glace » (4 ISP), étant donné qu'il n'y a pas de congélateur dans les véhicules ?
En l'absence de matériel de refroidissement, l'irrigation des brûlures par de l'eau à 10°-15° pendant 5 minutes minimum reste la technique de référence enseignée dans le cadre du secourisme.
- ✚ Concernant les personnes âgées en santé, comme vu précédemment, la baisse de l'ouïe et de la vue sont à prendre en considération. Le ton de la voix devra être assez haut pour permettre à la victime avec une réduction de l'ouïe de bien entendre. S'exprimer clairement et bien prononcer est généralement plus utile que d'élever le ton de la voix pour bien se faire comprendre.
- ✚ Le versant psychologique est abordé par 32 ISP (48,5%). Il est décliné en diverses attitudes, dont voici les principaux :
 - **Le dialogue et l'information** : Eléments centraux dans la **relation de confiance** entre victime et soignant, ils contribuent à la participation active de cette dernière aux soins et améliorent la coopération (« si les intervenants ne vous parlent pas, c'est que la situation est pire que vous ne l'imaginiez ou que vous êtes tellement proche de la mort que ça ne vaut même plus la peine de vous expliquer quoi que ce soit »). Il faut prendre le temps de bien expliquer à la victime la situation : explication des gestes réalisés, origine de la douleur, vérification de la compréhension. La victime qui arrive bien à comprendre les consignes, sera à même de bien évaluer et de documenter sa douleur. Ils seront également l'occasion de reconforter ou de réassurer la victime, très souvent en proie à l'anxiété, au doute, à la peur, la douleur ne faisant que les accentuer. Enfin, ils permettent souvent d'amener la victime à collaborer : cette attitude d'échanges réduit le stress inutile que peut engendrer une relation tendue et peut avoir une action thérapeutique en soi. Il faudra également être attentif aux sens des mots et des expressions : ils seront choisis pour leur caractère positif.

On préférera dire par exemple "je vais vous administrer un antalgique" à, "n'ayez pas peur, vous n'allez plus avoir mal". De même, la victime traumatisée est dans un état mental particulier. Notre communication doit y être adaptée : une expression verbale rassurante, plus lente, l'emploi de mots et expressions valorisantes sont indispensables ; et il ne faut pas hésiter à les répéter afin d'éviter les malentendus, faire confiance aux ressources de la victime. Et elle n'aura pas peur de demander de répéter si elle n'a pas compris.

- **L'écoute** : Une attitude calme et une écoute empathique permettent de créer un **climat de confiance**. La victime qui se sent écoutée et comprise, aura plus de facilité à se confier et à évaluer sa douleur. Quelques fois, l'écoute peut être suffisante pour rassurer.
- Les techniques alternatives tels la sophrologie, la relaxation, les massages sont rapportées par 4 ISP. Bien que très souvent utilisées dans les cas de douleurs chroniques, ces techniques demandent une bonne connaissance et un pratique régulière de la part de l'opérateur, qui, ici ne dispose que de très peu de temps, et de peu de place dans le véhicule.
- ✚ Même si on ne peut considérer cela comme une méthode antalgique, j'accorde une mention spéciale à 8 ISP qui ont souligné l'importance de l'environnement de la victime, à savoir : un comportement adapté du conducteur (une conduite « agressive », une chaussée abîmée, des amortisseurs usés, sont autant de sources algiques, même si la fracture est immobilisée), des manipulations délicates des victimes, et un environnement calme (diminution des stimulus extérieurs : bruit par exemple en cours de désincarcération, lumière vive surtout dans les cas de céphalées, témoins ou familles, ...). Les gestes et déplacements des équipes de secours seront aussi calmes que possible, les intervenants seront en nombre limité, chacun ayant une fonction spécifique. Il serait profitable à la victime de l'isoler dans le véhicule ou demander aux personnes de s'éloigner.
- ✚ 7 ISP citent l'oxygénothérapie comme méthode antalgique. Dans le département du Bas-Rhin, l'ISP est habilité à administrer l'O₂ sur protocole (protocole n° 2) dans des indications définies (le CFAPSE habilite les secouristes SP à l'administrer dans toutes les situations). L'O₂ n'est pas antalgique en soi, mais il participe au bien être de la victime (on peut parler de bénéfique secondaire). En effet, les réactions physiologiques du système neurovégétatif (augmentation de la tension artérielle, tachycardie et polypnée entre autres) en réponse à la douleur peuvent induire des complications chez une personne souffrant par ailleurs d'une affection particulière (par exemple « certains angors instables résultent ou sont aggravés par une augmentation des besoins en oxygène du myocarde par un facteur extracardiaque »¹², en l'occurrence ici par les réactions physiologiques du système neurovégétatif en réponse à la douleur). L'oxygénothérapie à visée antalgique est également une idée relayée par les formateurs de secourisme. En effet, je me souviens que lors de ma formation CFAPSE, nous avons appris que l'O₂ contribue à atténuer la douleur de la victime. Il existe une indication où l'O₂ est utilisée à visée antalgique, dans le cas des crises d'algie vasculaire de la face¹³.
- ✚ L'ISP sage femme indique que sur son rôle propre elle peut administrer du Spasfon® et du Nubain®, mais dans le cas unique d'une parturiente.
- ✚ Enfin, 5 personnes sur 66 n'ont pas répondu à la question.

¹² Source Clinique Cardiologique du CHU de Grenoble (<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/CardioCD/cardio/chapitre/403b.htm>)

¹³ Source « LE SAPEUR POMPIER MAGAZINE » n° 954, Mai 2004, page 64



b) Sur prescription médicale / protocole

Le Service de Santé et de Secours Médical du département du Bas-Rhin a établi des protocoles de soins d'urgence à l'usage des infirmiers sapeurs pompiers, dont un est dédié à l'analgésie intraveineuse¹⁴.

Les médicaments ci-dessous correspondent à l'éventail des thérapeutiques antalgiques usuellement en dotation dans les VSAV et cités par les ISP dans le cadre du questionnaire, tous départements confondus.

- ▶ les médicaments de l'urgence : priorité à l'efficacité, médicaments hors urgence : priorité à la sécurité
- ▶ Perfalgan® (paracétamol) antalgique/anti-pyrétique
- ▶ Dafalgan® (paracétamol) antalgique/anti-pyrétique
- ▶ Aspegic® (acide acétylsalicylique) antalgique/anti-pyrétique/anti-inflammatoire
- ▶ Acupan (néfopam) antalgique non opioïde
- ▶ Profenid® (kétoprofène) anti-inflammatoire non stéroïdien
- ▶ Nubain® (nalbuphine) antalgique opioïde mixte. A une puissance analgésique moitié moins puissante que la morphine, mais il n'est pas inscrit sur la liste des stupéfiants.
- ▶ Spasfon® (phloroglucinol) antispasmodique non cholinergique. Effet antalgique du fait de l'action anti-spasmodique.
- ▶ L'inhalation de mélange équimolaire protoxyde d'azote/oxygène (Medimix®) à visée analgésique se développe.
- ▶ Morphine® (morphine) antalgique pour les douleurs intenses.

A côté de ces médicaments antalgiques, on peut en rajouter deux pour lesquelles l'action, bien que n'étant pas antalgique, peut diminuer l'angoisse, l'agitation, et calmer la victime.

- ▶ Loxapac® (loxapine) neuroleptique dans les cas d'agitations
- ▶ Valium® (benzodiazépine) dans les cas de souffrances morales.

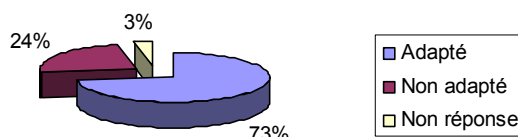
c) Analyse

Comme je le disais précédemment, l'article R4311-14 du décret du 29/07/2004 permet aux infirmiers de mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin chef. En outre, ce même article précise que les actes effectués dans ce cadre « doivent obligatoirement faire l'objet [...] d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient ». Est il réellement rempli à chaque fois ?

100% des ISP interrogés utilisent les protocoles à leur disposition. 48 les trouvent adaptés (72,7%), 16 les trouvent non adaptés (24,2%) et 2 n'ont pas répondu (3,0%).

¹⁴ Annexe 3 : Protocole d'analgésie intraveineuse du S.S.S.M. du Bas-Rhin

Utilisation des protocoles



J'aurais du être plus précis dans mes attentes de la question « protocoles », car de nombreuses réponses peu précises (« application du protocole douleur », « protocole du SDIS », « antalgique IV »...) m'ont amené à recontacter les infirmiers de chefferie des différents départements afin de me procurer une copie des protocoles et ainsi procéder à une analyse plus précise. Cela m'a permis de dégager des différences flagrantes de prise en charge de la douleur selon les départements, qui sera abordé un peu plus loin. Malheureusement, deux départements n'ont plus répondu.

Quelques ISP font des amalgames entre le rôle propre et le rôle sur prescription/protocole (notamment certains qui mettent les immobilisations sur protocole).

Quelques ISP ne connaissent pas le protocole antalgie de leur département car ils ne citent pas toutes les thérapeutiques (lors d'un entretien, une ISP m'a avoué ne pas le connaître ni l'utiliser); d'autres à l'inverse en citent qui ne sont pas protocolisés (par exemple, 5 ISP du Bas-Rhin citent le Nubain®)

A cela je voulais ajouter une évidence : **« traiter la douleur est bien, mais surveiller l'efficacité et détecter de possibles effets secondaires des traitements est mieux »**. Certains départements rappellent les principaux effets secondaires des thérapeutiques et proposent la conduite à tenir en cas d'apparition d'un de ces signes.

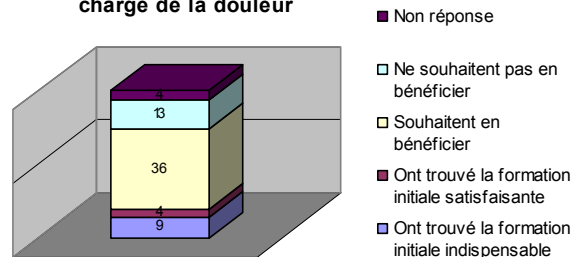
5- L'ISP et la formation en matière de prise en charge de la douleur

Selon l'article R4312-10 du décret du 29/07/2004, « l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles ».

A la question « avez-vous bénéficié d'une formation initiale à la prise en charge de la douleur dans le cadre de vos missions SP », 13 ISP (18,8%) ont répondu par l'affirmative, dont 4/9 ISPP et 9/57 ISPV. 9 l'ont trouvé indispensable, 4 satisfaisante. Sur le département du Bas-Rhin, 4 ont répondu oui et 22 ont répondu non. Pourtant, au SSSM 67, il y a une formation initiale qui englobe le protocole d'antalgie pour tous les nouveaux ISP. Mais peut être que les ISP désireraient une formation spécifique à la prise en charge de la douleur ?

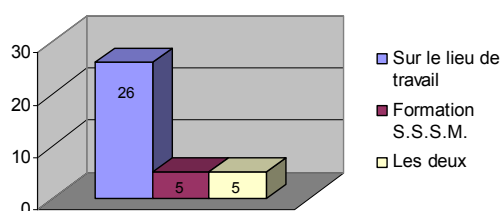
Parmi ceux qui n'en ont pas eu, 36 ISP (67,9%) souhaiteraient en bénéficier, 13 (24,5%) non et 4 n'ont pas répondu. Il serait intéressant de savoir pourquoi ces 13 personnes ne désirent pas de formation sur la prise en charge de la douleur. D'autant qu'à l'analyse plus détaillée, sur ces 13 personnes, 6 bénéficient d'une formation continue sur la prise en charge de la douleur sur leur lieu de travail, ce qui pourrait expliquer leur réponse négative ; par contre, les 7 autres n'en ont pas sur leur lieu de travail.

Formation initiale sur la prise en charge de la douleur



Concernant la formation continue sur la prise en charge de la douleur, 36 ISP (54.5%) en bénéficient, 26 sur leur lieu de travail, 5 dans le cadre des missions SP, 5 les deux.

Formation continue



L'article 24, alinéa 5 du décret 97-1225 du 26/12/1997 relatif à l'organisation des S.D.I.S. stipule que les ISP doivent participer à la formation des sapeurs pompiers au secours à personnes. A ce titre, j'ai demandé s'ils formaient les SP sur des méthodes antalgiques utilisables par eux. 46 sur 66 (69,7%) d'entre eux répondent par l'affirmative, 18 ont répondu non, 2 n'ont pas répondu. Il serait intéressant de savoir s'ils ne forment pas les SP aux méthodes antalgiques, ou s'ils ne participent pas à la formation en général.

6- Difficultés pour l'ISP de prendre en charge la douleur

« La seule façon de dire sa douleur, c'est d'exprimer ce que vos sens et votre esprit ont éprouvé. Je ne crois pas avoir trouvé les mots pour expliquer à quel point cela m'effrayait, me labourait » Philippe Labrot (« La traversée »)

Les difficultés de prise en charge de la douleur par l'ISP sont multifactorielles :

- ✚ du fait de la douleur elle-même :
 - ▶ le seuil de la douleur est variable dans le temps
 - ▶ à l'acmé de la douleur, la victime peut ne pas supporter d'être questionnée
 - ▶ si la douleur aiguë est l'exacerbation d'une douleur chronique (personne âgée, fin de vie), comment la prendre en charge ?
- ✚ du fait de la victime :
 - ▶ le patient ne dit pas toujours, ou masque sa douleur.
 - ▶ la victime présente des troubles de la conscience,
 - ▶ difficultés de compréhension (personnes âgées, problèmes psychiatriques, enfants, étrangers,...)
 - ▶ pour les enfants, les parents qui sont absents
 - ▶ antécédents inconnus
 - ▶ la victime est non coopérante
 - ▶ gros vécu douloureux
 - ▶ la victime est hyperalgique
 - ▶ contre indications : par exemple alcooliques chroniques, personnes âgées (attention aux anti-inflammatoires, à l'aspirine, risque hémorragique élevé)
 - ▶ religion
 - ▶ limitation thérapeutique du fait de l'inefficacité des traitements antalgiques (selon les antécédents de la victime, par exemple les toxicomaniaques)

- ✚ du fait de l'évaluation :
 - ▶ évaluer la douleur revient à « confronter » deux subjectivités : celle du patient et de l'infirmier. Celui-ci se doit d'être le plus neutre possible.
 - ▶ difficulté d'évaluation correcte, compréhension, réévaluation

- ✚ du fait d'éléments extérieurs :
 - ▶ difficultés d'abord de la victime, surtout AVP avec désincarcération
 - ▶ intervention de dégagement longue et/ou difficile (désincarcération)
 - ▶ conditions climatiques défavorables (pluie battante, froid, neige, gel...)
 - ▶ médecin généraliste sur place non sensibilisé à la prise en charge de la douleur ou réfractaire aux traitements protocolisés

- ✚ du fait de l'I.S.P. :
 - ▶ collaboration difficile avec l'équipe SP
 - ▶ abord veineux difficile
 - ▶ manque de dextérité (ISP ne pratiquant par régulièrement de gestes techniques sur son lieu de travail)
 - ▶ manque de formation
 - ▶ « humeur » du jour

7- Inégalité de prise en charge de la douleur selon le lieu géographique¹⁵

Les protocoles sont validés par le médecin chef de chaque département. D'où une différence d'un département à l'autre, notamment en matière de thérapeutiques utilisées.

Le département du Bas-Rhin propose l'utilisation de Perfalgan[®] en première intention. En cas de traumatisme de membre sans hémorragie, administration complémentaire de Profenid[®] chez la personne de plus de 15 ans n'ayant pas de contre indications. Les douleurs abdominales ou pelviennes ou lombaires seront traitées par Spasfon[®]. Les I.S.P. prennent des gardes dans les centres de secours ou sont déclenchés par appel sélectif et décalent avec l'équipage VSAV. Selon l'infirmier chef du département du Bas-Rhin, l'analyse des compte rendu d'interventions remplis par les ISP concernant pour 60 à 70% le protocole antalgie, avec une très nette prédominance de l'utilisation du Perfalgan[®].

A l'occasion du congrès annuel des sapeurs pompiers qui s'est tenu à Montpellier en 2004, le département de l'Isère a présenté une étude concernant la prise en charge de la douleur par l'ISP. Deux protocoles sont mis à leur disposition : Perfalgan[®] si EVA <3 et Morphine[®] si EVA >6. Les résultats sont très intéressants. En effet, il y a eu une réelle amélioration de la prise en charge de la douleur pour la victime ; les équipes sapeurs pompiers peuvent sereinement aborder et transporter la victime ; il n'y a eu aucun incident dans l'utilisation de ces protocoles ; les deux sont complémentaires. Enfin, le centre 15 sollicite régulièrement les ISP afin de renforcer les ambulances privées pour améliorer la prise en charge de patients à domicile.

Dans l'Allier, il n'existe actuellement aucun protocole antalgie. Il est en cours d'écriture suite à la nomination récente d'un infirmier de chefferie qui souhaite une analgésie systématique (EVA >3 au Perfalgan[®] complété si EVA >6 par de la morphine).

Le département de Meurthe et Moselle dispose d'un protocole antalgie pour les douleurs sévères de l'adulte (apprécié par le degré d'agitation, l'impossibilité de manipuler la victime, l'interrogatoire ou l'examen), utilisant du Nubain[®] (1/2 ampoule pour les victimes <50Kg, 1 ampoule si la victime a plus de 50 Kg). Pour les douleurs plus modérées, l'ISP peut administrer du Perfalgan[®] sur prescription téléphonique de la régulation du centre 15. Le protocole douleur représente 12% des protocoles. Pour l'instant, les ISP prennent des gardes casernées dans les CSP et CS et décalent uniquement en VSAV et sont déclenchés par appel sélectif pour les ISP de CPI. La mise en place de VL est à venir prochainement.

¹⁵ Annexe 6 : Exemple d'un protocole du département de l'Aude

Le département de l'Aisne dispose de deux protocoles antalgie adulte. Un pour le secours à personne (Perfalgan[®] si EVA > 6) et un pour le soutien sanitaire aux sapeurs pompiers (Dafalgan[®] per os si EVA compris entre 4 et 6). Ils représentent 30 à 40% des protocoles utilisés. Les départs pour secours à personnes des ISP se font en fonction des moyens du centre (soit VSAV, soit VL). Les départs pour soutiens sanitaires se font avec 1 VL mise à disposition par le centre de rattachement.

Le département de l'Aude propose également deux protocoles antalgie. Le premier pour l'adulte propose l'utilisation de Perfalgan[®] 1g ET Profenid[®] 100mg (EVA ou EN <4), et Nubain[®] en titration (EVA ou EN >4). Le second, pour l'adulte ou l'enfant de plus de 4 ans, propose le Medimix[®] (EVA ou EN >4) dans des conditions précisées.

La Loire Atlantique utilise le Perfalgan[®] pour les douleurs avec EVA <5 et la morphine en titration si l'EVA >5.

La Moselle a un protocole pour les douleurs sévères de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans. Le Perfalgan[®] est administré sur protocole pour toute EVA >3, le Profenid[®] sera administré sur décision médicale.

Le département des Pyrénées Orientales propose un protocole pour les douleurs sévères de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans. Pour une EVA entre 4 et 7, administration de Perfalgan[®] pour les douleurs traumatiques, de Profenid[®] pour les douleurs traumatiques ou viscérales et Spasfon[®] pour les douleurs abdominales à caractéristiques spastiques. Pour les douleurs traumatiques avec EVA >7, titration de Nubain[®].

Dans le département de Seine et Marne, il n'y a aucun médicament dans les VSAV. Ils ne sont disponibles que dans le véhicule du médecin sapeur pompier, ou dans une valise scellée à disposition de l'ISP.

Il est à noter que sur plusieurs protocoles, il s'agit de prendre en charge les douleurs de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans. Qu'en est-il des enfants de moins de 15 ans ?

Dans le Morbihan, selon les résultats du questionnaire, les ISP ont à leur disposition du sirop codéiné, et du Nifluril[®] en suppositoires pour les douleurs de l'enfant, Perfalgan[®] et Acupan[®] pour les adultes.

Plusieurs départements proposent en préambule du protocole, un rappel des gestes secouristes à appliquer en première intention et de la conduite à tenir en cas de persistance de la douleur. Ces mêmes départements ont annexé aux protocoles un organigramme décisionnel plus visuel et plus pratique.

L'analyse non exhaustive de ces quelques protocoles montre que chaque département fonctionne différemment, tant au niveau des thérapeutiques utilisées, que des moyens d'interventions des ISP et que la prise en charge de la douleur des victimes n'est pas identique selon le lieu géographique.



IV

ET DEMAIN ?



IV. Et demain ?

1- Quelles évolutions possibles ?

La question a été posée dans le questionnaire. 23 ISP sur 66 (34,8%) revendiquent l'utilisation de morphine en titration, 5 de mélange équimolaire protoxyde d'azote/oxygène.

La formation est abordée. 9 réponses concernent les formations sur les composantes de la douleur, sur les protocoles, gestes et techniques non médicamenteux, et techniques d'évaluation à l'usage des ISP 11 réponses concernent les sapeurs pompiers, afin qu'ils soient formés à l'évaluation de la douleur (EN ou EVA) pour, le cas échéant, demander le renfort d'un ISP ou d'un médecin afin de prendre la douleur en charge (il s'agit surtout d'ISP qui ne décalent pas en première intention qui ont formulé cette demande). Je rappelle à ce titre, que dans le cadre du chapitre sur la formation, 69,7% des ISP ont répondu former les SP aux méthodes antalgiques non médicamenteuses, alors pourquoi pas à l'évaluation ? ou en incluant un module dans le CFAPSE au même titre que les immobilisations ou le DSA ?

Certains I.S.P. précisent que les médecins devraient plus systématiquement traiter la douleur et que ces derniers devraient eux-mêmes être mieux formés. Les ISP n'ont-ils pas à leur disposition un protocole antalgie le leur permettant ?

Une personne propose un protocole antalgie spécifique pour les enfants. Une autre préconise l'utilisation de « cold pack » mais précise qu'il serait nécessaire d'avoir un congélateur.

Un ISP voudrait pouvoir noter sur les feuilles de bilan la cotation de la douleur comme il note les paramètres vitaux. Dans le département du Bas-Rhin, cette possibilité existe.

La mise à disposition d'une VL infirmier ainsi que la « paramédicalisation » systématique des interventions est proposée par 3 ISP.

Pour ma part, je pense que des sessions de formation spécifique sur la douleur au sein des SSSM pour une prise en charge globale de la victime est nécessaire, avec possibilité de diffuser un compte rendu à tous ceux qui n'ont pu y assister. En effet, de nombreux ISP ne savent pas ni quand ni comment réellement appliquer le protocole antalgie, et n'ont pas de formation sur leur lieu de travail.

Les formations PHTLS (concept américain permettant l'amélioration de la prise en charge des victimes de traumatismes) et ACLS (prise en charge des arrêts cardio respiratoires) enseigné par le SSSM 68 seraient un apport supplémentaire. Le médecin chef du département du Bas-Rhin souhaite faire bénéficier du PHTLS les ISP du département.

Après avoir lu plusieurs protocoles douleurs de divers départements, je trouve que des améliorations pourraient encore être apportées, comme par exemple rappeler les étapes secouristes avant la mise en œuvre thérapeutique, créer des algorithmes plus visuels et plus adaptés, intégrer systématiquement des indications de cotation, rappeler les effets secondaires des traitements afin de pouvoir les détecter au plus tôt (tous les I.S.P. n'utilisent pas dans leur pratique quotidienne ces médicaments). Ceux-ci pourraient être soit intégrés au protocole, soit sous la forme de fiches techniques annexées à celui-ci, soit les deux.

Plutôt que l'EVA, il existe une « horloge de la douleur » permettant en même temps une évaluation quantitative (EN) et qualitative (icônes représentant les diverses douleurs) qui pourrait être mise en dotation dans les VSAV.

2- L'ISP, acteur de soins en urgence, peut-il apporter une réponse à la prise en charge de la douleur en terme de réponse graduée ?

Un protocole est en soi déjà une réponse graduée, puisqu'il permet à l'infirmier formé et validé de mettre en place des actions et thérapeutiques pouvant, le cas échéant, éviter

une demande de médicalisation, dont l'unique but serait, par exemple, de prendre en charge une douleur et d'améliorer le transport vers le centre hospitalier. Malgré tout, l'intensité de la douleur peut constituer par elle-même l'indication d'une médicalisation.

Face à la désertification médicale, notamment avec des moyens SMUR limités (selon le département), le maillage de proximité des SP permet aux ISP de réaliser une « paramédicalisation » efficace et rapide. Certains secteurs, voir certains départements, ne peuvent disposer d'un renfort médical que dans des délais pouvant atteindre 45 minutes. S'il ne s'agit que de traiter une douleur, est il judicieux de déplacer ces moyens médicaux, au détriment d'une perte de temps considérable ou d'une intervention concomitante et vitale ailleurs ? « Il est tout à fait entendu qu'il ne s'agit pas de limiter les sorties des SMUR en y substituant des ISP, mais d'éviter les sorties inutiles ». L'ISP protocolisé trouve ici toute la mesure de son efficacité. « Il est un maillon intermédiaire entre le médecin et le sapeur pompier. Sa présence permet d'apporter une réponse graduée dont l'enjeu principal est l'intérêt des victimes »¹⁶.

CONCLUSION

Après plusieurs mois de recherches documentaires, de rédaction, d'entretiens, de sorties VSAV, ma vision sur la prise en charge de la douleur par les ISP a évoluée, s'est enrichie.

D'un point de vue personnel, cela m'a permis de compléter ma formation en tant qu'infirmier et en tant que pompier et m'a donné une certaine assurance. En effet, je m'exprime plus en faveur de la prise en charge de la douleur, que ce soit vis-à-vis de mes collègues SP, que des médecins. D'ailleurs à ce propos, un de mes objectifs à court ou moyen terme, serait d'obtenir le monitorat de secourisme, afin d'apporter des informations complémentaires aux SP lors des sessions CFAPSE.

De même, la souffrance, à défaut de pouvoir l'évaluer ou de savoir la détecter, sans signes cliniques apparents, laisse bien souvent la victime seule face à elle-même.

L'ISP est un vecteur d'une bonne prise en charge de la douleur des victimes, de par ses compétences lui permettant d'évaluer la douleur, de mettre en place des actions sur son rôle propre d'infirmier et de secouriste, ainsi que d'appliquer des protocoles préétablis. Il a en outre un rôle très important à jouer dans la formation de ses pairs concernant les méthodes antalgiques non médicamenteuses.

Sa présence rassure les équipes SP et est appréciée par les victimes.

Nous ne sommes pas tous égaux devant la douleur. D'une part celle-ci est liée à l'histoire de chaque victime, d'autre part il y a le soignant avec ce que cette douleur peut lui renvoyer, ce qu'il en fait. Ainsi, l'analyse du questionnaire et divers entretiens m'ont démontré que, malheureusement, tous les ISP n'investissent pas leur possibilité de traiter la douleur soit par manque d'envie, de formation, de protocole adapté... Même si le « zéro douleur » est un rêve utopique, la finalité serait d'arriver à ce que la douleur d'un maximum de victimes soit enfin prise en charge. Pour cela, il faudrait déjà uniformiser les pratiques des ISP à l'intérieur d'un même département, et pourquoi pas, un jour, l'étendre à tout le pays ?

Reste également la douleur de l'enfant où peu d'études ont été effectuées. Je n'ai pour l'instant, été confronté qu'à peu d'interventions auprès d'enfants algiques, mais j'appréhende toujours cette possibilité et je ne sais pas aujourd'hui, comment je réagis au moment venu.

¹⁶ « Ces infirmiers sur ordonnance », SAPEUR POMPIER MAGAZINE n° 929, 11/2001

BIBLIOGRAPHIE



GLOSSAIRE

Vous trouverez ici l'explication des différents sigles et abréviations contenus dans ce travail de fin d'étude.

A.C.L.S.....	A dvanced C ardiac L ife S upport
A.F.P.S.....	A ttestation de F ormation aux P remiers S ecours
A.V.P.....	A ccident de la v oie p ublique
C.F.A.P.S.E.....	C ertificat de F ormation aux A ptitudes de P remiers S ecours en E quipe
C.F.A.P.S.R.....	C ertificat de F ormation aux A ptitudes de P remiers S ecours R outiers
C.S.....	C entre de S ecours
C.S.P.....	C entre de S ecours P rincipal
C.P.I.....	C entre de P remière I ntervention
D.S.A.....	D éfibrillateur S emi A utomatique
E.N.....	E chelle N umérique
E.V.A.....	E chelle V isuelle A nalogique
E.V.S.....	E chelle V erbale S imple
I.A.D.E.....	I nfirmier A nesthésiste D iplômé d' E tat
I.D.E.....	I nfirmier D iplômé d' E tat
I.S.P.V.....	I nfirmier S apeur P ompier V olontaire
I.S.P.P.....	I nfirmier S apeur P ompier P rofessionnel
P.H.T.L.S.....	P re H ospital T rauma L ife S upport
S.A.M.U.....	S ervice d' A ide M édicale d' U rgence
S.D.I.S.....	S ervice D épartemental d' I ncendie et de S ecours
S.M.U.R.....	S ervice M édical d' U rgence et de R éanimation
S.P.....	S apeur P ompier
S.S.S.M.....	S ervice de S anté et de S ecours M édical
V.R.M.....	V éhicule R adio M édicalisé
V.S.A.B.....	V éhicule de S ecours aux A sphyxiés et B lessés
V.S.A.V.....	V éhicule de S ecours A ux V ictimes

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

« Comprendre et combattre la douleur » Dr Michèle Bénigno, Collection « Médicale et paramédicale », Editions Dangles, 2002, 272 pages

« Le phénomène de la douleur » Serge Marchand, Editions Masson, 1998, 312 pages

« Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession », Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Edition Berger-Levrault, 87 pages

Dictionnaire

« Le Petit Robert Illustré d'Aujourd'hui en Couleur », Edition France Loisirs, Juin 2001, 1584 pages

Périodiques

« La réponse graduée » Article de J.P. Deschin, Vincent Dubrous et Véronique Lelorrain, LE SAPEUR POMPIER MAGAZINE n° 947, Juin 2003

« Infirmière chez les sapeurs pompiers », Revue de l'Infirmière supplément au n° 101, 05/04

« La douleur, ennemie Numéro Un », Article de Carole Ivaldi, L'infirmière magazine n° 198, Octobre 2004

« La douleur, un mal français ? », Science et Vie n° 1034, Novembre 2003, Page 98 à 116

« Le SSSM68, un service qui s'implique », Soldat du Feu magazine n° 2, Mai/Juin 2004, Page 44

« Dossier : Combattre la douleur », Alternative Santé L'Impatient n° 292, Septembre 2002

Références juridiques

Article L.1424 du Code Général des Collectivités Territoriales concernant les Services d'Incendie et de Secours

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des SDIS qui définit le rôle de l'infirmier chez les sapeurs pompiers

Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours

Circulaire DGS/DH/DAS N°99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales

Article 1110-5 du Code de la Santé Publique

Sites Internet

www.infirmiersp.com

www.isp67.com

www.santé.gouv.fr

www.pompierdefrance.org
www.pediadol.org
www.sfar.org
www.institut-ipsa-douleur.org
www.sparadrap.org
www.douleur.com
www.anaes.fr

« Le gaz hilarant se répand dans les ambulances des pompiers »
<http://www.lesapeurpompiers.fr/article.php?sid=3026>

« P.H.T.L.S. » <http://www.lifesupport-france.org/>

« Analgésie à la phase pré-hospitalière », Dr. E. Monthonnex Samu 38, Février 2002
(http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/CMU/1ercmu2003/cours20_02_03/analgesie_fev_2003_modif.pdf)

« Douleur chez la Personne âgée » F. Boureau, J.F. Doubrere, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Saint Antoine
(http://www.chups.jussieu.fr/polys/douleur/293,1,DOULEUR_CHEZ_LA_PERSONNE_AGEE)

« La douleur n'est pas une fatalité », Patrick Naze, 03/1999
(<http://membres.lycos.fr/ca1998/Douleur/P11.html>)

« Les médicaments de la douleur », Stéphane Schück, Laboratoire de pharmacologie Expérimentale et Clinique, Rennes, 02/1999
(<http://membres.lycos.fr/ca1998/Douleur/P11.html>)

« Stratégie thérapeutique de la douleur aiguë », Louis Brasseur et Christophe Denantes, Développement Santé, Octobre 1997 (<http://documentation.ledamed.org/IMG/html/doc-10748.html>)

« Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé », Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/prog_douleur/guide.pdf)

« Sémiologie et pathologie Cardiovasculaire », Clinique cardiologique du C.H.U. de Grenoble (<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/CardioCD/cardio/sommaire.htm>)

« Essai clinique randomisé sur l'analgésie de l'enfant avec une douleur abdominale aiguë », KIM M.K., STRAIT R.T., SATO T.T., et HENNES H.M.
(<http://www.pediadol.org/actualites/kim03.htm>)

Personnes ressources

ZANCHETTE Sophie infirmière de chefferie des Vosges
CARUSO Yohan infirmier de chefferie de la Manche
DAVIGNON Catherine infirmière de chefferie du Morbihan
HAVARD Cedric infirmier de chefferie de l'Allier (précédemment infirmier de groupement en Seine et Marne)
OLIVETTO Sébastien infirmier de chefferie de l'Aisne
BONNET André I.S.P.V. dans l'Aude
ASTIER Loïc I.S.P.V. dans l'Aude

Crédit Photos

Couverture : Stéphane STEIN
Pages intercalaires : Le SAPEUR POMPIER MAGAZINE, SSSM67

ANNEXES



ANNEXE 1



Institut de formation
en soins infirmiers
Promo 2002-2005

Juillet 2004

QUESTIONNAIRE A L'USAGE DES INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS DES SERVICES DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAUX

Etudiant en soins infirmiers de 3^è année, le sujet de mon travail de fin d'études concerne la prise en charge de la douleur par l'infirmier sapeur pompier dans le cadre de ses missions de secours à personnes.

Dans le cadre de ce travail de fin d'études, j'ai élaboré un questionnaire auquel j'aimerais que vous répondiez et qui me permettra d'étayer ma réflexion sur ce sujet.

Vous n'êtes pas obligé de répondre, mais si vous acceptez de le faire, je vous demande de répondre à chaque question avec autant d'attention et de franchise que possible. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Souvenez-vous que vos réponses sont entièrement confidentielles.

J'espère que vous trouverez le questionnaire intéressant. Si vous aviez le moindre problème quant à ce questionnaire, je reste à votre entière disposition pour vous fournir de plus amples renseignements, soit par mel : legnome.steph@free.fr, soit par téléphone au 06.32.74.32.20.

Merci de retourner si possible le questionnaire rempli avant le 20 septembre 2004.

Merci pour votre participation.

Stéphane STEIN
Etudiant de 3^è année
à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Haguenau (67)

**Questionnaire anonyme à l'usage des Infirmiers Sapeur Pompier des
Services de Santé et de Secours Médicaux dans le cadre de la prise en charge de la douleur**

- Avez-vous sur vous / dans le véhicule une réglette E.V.A. ? (plusieurs réponses possibles)
 sur vous dans le véhicule ni l'un ni l'autre

- Si oui, l'utilisez-vous (dans les cas de victimes algiques uniquement) :
 toujours quelques fois jamais

- Avez-vous d'autres moyens pour évaluer la douleur dans le cadre de vos missions SP ?
 Oui Non

- Si oui, lesquels ? _____

- Si oui, les utilisez-vous ? Oui Non

- Si oui, lequel utilisez-vous le plus souvent ? _____

- Si non, pourquoi ? _____

- Quelles types de douleurs rencontrez-vous le plus souvent ? _____

- Quelles méthodes de prise en charge de la douleur avez-vous à votre disposition/utilisez-vous ?

Sur rôle propre	Sur prescription / protocole
-	-
-	-
-	-
-	-

- Les appliquez-vous ? Oui Non

- Si non, pourquoi ? _____

- Les trouvez-vous adaptés ? Oui Non

- Avez-vous eu une formation initiale spécifique à l'I.S.P. concernant la prise en charge de la douleur ? Oui Non

- Si oui, l'avez-vous trouvée Indispensable Satisfaisante Inutile

- Si non, souhaiteriez-vous en bénéficier ? Oui Non

- Pensez-vous que l'I.S.P. a un rôle dans la prise en charge de la douleur ? Oui Non

- Bénéficiez-vous d'une formation continue sur la prise en charge de la douleur ? Oui Non

- Si oui : sur votre lieu de travail dans le cadre de vos missions d'I.S.P. les deux

- Formez vous les S.P. sur des méthodes antalgiques utilisables par eux ? (ex: utilisation d'attelles) : Oui Non

- Quelles seraient selon vous les améliorations à apporter dans la prise en charge de la douleur ?

- Etes-vous : un homme une femme

- Etes-vous : I.S.P.P. I.S.P.V.

- Depuis combien de temps ? _____ ans

- Si vous êtes I.S.P.V., dans quel service travaillez-vous ? _____

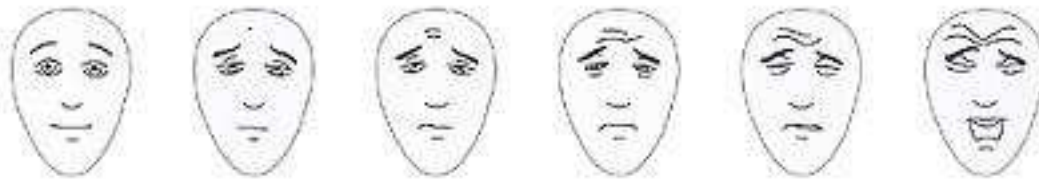
- Dans quel département ? _____

ANNEXE 2

Echelle Visuelle Analogique



Echelle Visuelle Analogique Pédiatrique (Echelle des Visages)



Echelle Verbale Simple

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

0	pas de douleur	<input type="checkbox"/>
1	faible	<input type="checkbox"/>
2	modérée	<input type="checkbox"/>
3	intense	<input type="checkbox"/>
4	extrêmement intense	<input type="checkbox"/>

Echelle de CHEOPS

Échelle de CHEOPS*
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

Cris - Pleurs

- 1 : Absents
- 2 : Gémissements ou pleurs
- 3 : Cris perçants ou sanglots

Visage

- 0 : Sourire
- 1 : Visage calme, neutre
- 2 : Grimace

Plaintes verbales

- 0 : Parle de choses et d'autres sans se plaindre
- 1 : Ne parle pas, ou se plaint, mais pas de douleur
- 2 : Se plaint de douleur

Corps

- 1 : Corps (torse) calme, au repos
- 2 : Change de position ou s'agite, ou cherche à se redresser, et/ou corps arqué ou raidi ou tremblant, et/ou contention

Mains

- 1 : N'avance pas la main vers la zone douloureuse
- 2 : Avance la main ou touche ou agrippe la zone douloureuse, ou contention

Jambes

- 1 : Relâchées ou mouvements doux
- 2 : Agitées, ou donnent des coups, ou jambes raidies, en l'air ou ramenées sur le corps et/ou l'enfant se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, et/ou contention

SCORE DE SEDATION

- 0 = réveille
- 1 = somnolent mais facilement réveillable à l'appel
- 2 = endormi mais réveillable aux stimuli tactiles
- 3 = endormi, non réveillable

Echelle comportementale

	Spontanément			Lors de l'examen		
	Absent	Faible	Marqué	Absent	Faible	Marqué
Pousse des gémissements, des plaintes	0	1	2	0	1	2
Front plissé, crispation du visage	...	...	...	...	...	...
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos (assis ou allongé)	...	...	...	...	...	...
Mouvements précautionneux	...	...	...	...	...	...

Tableau 2 : Echelle d'observation comportementale de la douleur aiguë [13]

Intensité (EN, FSP si sujet âgé, éventuelles échelles comportementales)
Localisation précise + irradiation
Description (brûlures, serrement...)
Facteurs aggravants
Rythmicité
Répercussions générales et cognitives (sommeil/activité sociales...)
Éventuels traitements pris et efficacité

Tableau 3 : Les renseignements à obtenir pour évaluer un douleur ne se limitent pas à l'intensité.



N° 16 : PROTOCOLE D'ANALGESIE INTRA-VEINEUSE

Evaluation de l'intensité douloureuse :

Interrogatoire de la victime en lui faisant verbalement coter sa douleur grâce à l'échelle numérique (E.N.) de 0 à 10.

Conduite à tenir :

① Mise en place d'une voie veineuse périphérique

② Administration par perfusion IV lente (10min.mini) en Y de PERFALGAN

1g chez la personne de plus de 50 kg

15 mg/kg chez la personne de 30 à 50 kg

après avoir vérifié l'absence des contre-indications suivantes :

- Hypersensibilité au paracétamol ou au chlorhydrate de propacétamol (prodrogue du paracétamol)
- Enfant de moins de 30 kg
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.

③ En cas de traumatisme de membre sans hémorragie :

Administration complémentaire par perfusion IV lente (10min.mini) en Y de PROFENID 100 mg dilué dans 100 ml chez la personne de plus de 15 ans, après avoir vérifié l'absence des contre-indications suivantes :

- Grossesse au delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois de grossesse révolus)
- Hypersensibilité au kétoprofène
- Antécédent d'asthme déclenché par la prise de kétoprofène ou autres AINS comme l'aspirine
- Antécédent d'ulcère gastrique ou intestinal ou hémorragie gastro-intestinale
- Insuffisance hépatique ou rénale
- Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée
- Hypovolémie (hémorragie active, brûlure, déshydratation, 3^{ème} secteur)

④ En cas de douleur abdominale ou lombaire ou pelvienne :

Administration complémentaire de Spasfon IV directe 40 mg après avoir vérifié l'absence d'hypersensibilité à ce produit

Surveillance : des constantes vitales, d'éventuels signes locaux ou généraux d'intolérance, de la réponse au traitement en réévaluant l'intensité douloureuse.

Date 01 SEP, 2003

Pour validation



Les protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers de sapeurs-pompiers (ISP)

Septembre 2002

La loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours, dispose que les services d'incendie et de secours comprennent un service de santé et de secours médical (SSSM). Le décret 97-1225 relatif à l'organisation du SDIS définit la sphère de compétence dévolue au SSSM en énumérant les missions qui lui sont attribuées, en particulier celles liées aux missions de secours d'urgence. Le SSSM est un vecteur susceptible d'intervenir dans le domaine de l'urgence pré-hospitalière par l'intermédiaire des médecins et des infirmiers de sapeurs-pompiers, en complément des équipes VSAV. En règle générale, les infirmiers interviennent en binôme avec les médecins. Mais il arrive qu'en l'absence de médecin, l'infirmier se retrouve seul face à une victime en détresse.

Cette situation implique une réponse organisationnelle et réglementaire et doit se traduire par la mise en place de protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers.

CADRE JURIDIQUE

Infirmiers
Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (diplômé d'Etat), dispose, via son article 13, que l'infirmier est habilité après avoir reconnu, en

l'absence de médecin, une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence. Ces protocoles seront écrits et signés par le médecin responsable.

• Infirmiers sapeurs-pompiers

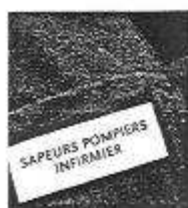
La circulaire DSC/10/DC/00 356 délimite la sphère de compétence de l'infirmier sapeur-pompier: « L'ISP sera autorisé par le médecin chef à mettre en œuvre des gestes techniques définis par protocole ». Seul l'ISP membre du SSSM pourra être autorisé.

Processus de mise en place de protocoles.

La mise en place de protocoles doit s'inscrire dans une démarche de qualité des soins par :

- la définition d'une procédure opérationnelle sous forme de représentation linéaire simple de l'enchaînement des différentes étapes qui constituent le processus opérationnel (avec logigramme) mettant en évidence les différents acteurs de la réponse graduée à l'urgence.
- L'élaboration de protocoles de soins d'urgence qui décrivent en détail la manière d'accomplir les actes de soins techniques en pré-hospitalier.
- La mise en place d'une formation d'adaptation à l'emploi concrétisée par une évaluation certificative pour





Les protocoles de soins d'urgence

pour les infirmiers de sapeurs-pompiers (ISP)

validation individuelle de l'infirmier à utilisation de protocoles (attribution d'un numéro d'identification).

l. L'instauration d'un consensus avec le SAMU sur la procédure et le choix des protocoles ainsi que sur son niveau de participation à la formation continue spécialisée en complément du SSSM éventuellement.

m. La définition de la méthodologie du bilan, qui doit être axée sur la description des symptômes et des éléments para-cliniques à fin de transmission phonique ou par un système expert. L'ensemble des dossiers devant être adressé au médecin de sapeurs-pompiers et/ou au SAMU.

n. La définition du mode de convergence médicale, lors de l'étape pré-hospitalière.

o. La détermination de la dotation en matériel du sac de soin d'urgence de l'infirmier proportionnellement au niveau de prérogative du protocole individualisé. Choisir le mode de vecteur adapté.

p. Définition d'un mode d'évaluation a posteriori qui tiendra compte des fiches de compte-rendu d'intervention destinées au médecin chef, au médecin receveur, afin de vérifier l'accomplissement des bonnes pratiques. L'information des équipiers VSAV et en particulier du chef d'agrès afin que celui-ci puisse articuler l'intervention en fonction des actes infirmiers, puis du médecin si besoin, dans l'intérêt de la victime.

q. La mise en place d'un comité pluridisciplinaire du SSSM et autres experts, pour actualiser les protocoles en rapport à l'évolution des connaissances médicales et du retour

d'expérience.

À cette fin, l'infirmier de chefferie adressera régulièrement au médecin chef le détail de l'activité qualitative et quantitative des infirmiers protocolés.

r. Le contrôle et la gestion par le médecin-chef du SDIS du processus dans sa globalité.

s. L'ensemble de la démarche devant être validée par le directeur du SDIS ■





ANNEXE 5

Compte rendu d'application des
Protocoles d'Urgences, de Prise en Charge de la Douleur et de Prescriptions Médicales
par un Infirmier Sapeur-Pompier

Nom et prénom de l'infirmier :	
U.T. de rattachement :	Signature :

Date de l'intervention :	Heure d'alerte :
Motif de l'alerte :	N° :
Adresse du lieu d'intervention :	

<u>NOM</u> de la victime:		<u>PRENOM</u> :	
né(e) le :		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H
- circonstances :			
- observations :			
Glasgow :	Pupilles :		
Fr :	SpO2 à l'air :	Cyanose †	Sueur † Balancement † Tirage †
PA :	FC :	Marbrures †	Pâleur † Pouls capillaire † ≤ 3" † ≥ 3"
Glycémie :	Température :	CO expiré :	Vomissements †

Protocole des soins d'urgence établi à l'usage des infirmiers de sapeurs-pompiers du SDIS du Bas Rhin
en référence au décret n° 2002-194 du 11 février 2002 et son article 13

<u>Protocole N°</u>	<u>Intitulé</u> :
<u>Médicament(s) administré(s)</u> :	
<u>Résultat(s)</u> :	
<u>Protocole N°</u>	<u>Intitulé</u> :
<u>Médicament(s) administré(s)</u> :	
<u>Résultat(s)</u> :	

Protocole des soins d'urgence établi à l'usage des infirmiers de sapeurs-pompiers du SDIS du Bas-Rhin
en référence au décret n° 2002-194 du 11 février 2002 et son article 13.

Protocole N° **Intitulé :**

Médicament(s) administré(s) :

Résultat(s) :

Protocole N° **Intitulé :**

Médicament(s) administré(s) :

Résultat(s) :

Protocole de prise en charge de la douleur établi à l'usage des infirmiers de sapeurs-pompiers du SDIS du Bas-Rhin
en référence au décret n° 2002-194 du 11 février 2002 et son article 7.

Protocole N° 16 **Intitulé :** Protocole d'analgésie intra-veineuse

Médicament(s) administré(s) :

Résultat(s) :

Compte rendu au Centre 15 :

- Bilan passé au SAMU par : Infirmier SP ↔ Par sapeur-pompier ↔ Autre ↔

- Renfort médical obtenu : Médecin SP ↔ Moyen SMUR ↔ Médecin généraliste ↔

- Décision de la régulation :

Prescription médicale (téléphonique) :

Nom du médecin :

Médicament(s) : **Résultat(s) :**
.....
.....

Destination du patient :

Vecteur de transport et de médicalisation :

ANNEXE 6

Service de Santé et de Secours Médical du Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'AUDE
PRÉPROTOCOLE de SOINS INFIRMIERS
Prise en charge de la douleur de l'adulte
<small>Remplace et annule le protocole précédent du 1^{er} juillet 1998</small>
<small>Date de mise en application : 1^{er} juillet 2001 / Date de révision : non prévue</small>

1. PERSONNEL CONCERNÉ :

- Ce protocole est applicable par tou(te)s les infirmier(e)s sapeur-pompier(s) (I.S.P.) du S.S.S.M. de l'Aude qui ont obtenu la validation de leur formation initiale et de leur formation continue.

2. DÉFINITIONS :

- **Adulte** : dans ce protocole, un «adulte» est une victime dont l'âge est supérieur ou égal à 15 ans ou le poids supérieur ou égal à 50 kg.

3. CHAMP D'APPLICATION :

- La prise en charge de la douleur est une composante essentielle des soins donnés dans le contexte de l'urgence. Ce protocole est fait pour permettre à un I.S.P. d'assurer cette prise en charge en milieu extra-hospitalier. Cependant, le traitement de la douleur n'améliore pas directement le pronostic vital de la victime et il utilise des médicaments qui ont des contre-indications et des effets secondaires. Il est donc impératif qu'au moindre doute et avant l'application du présent protocole, l'I.S.P. prenne l'avis du médecin régulateur ou du médecin sur les lieux.
- Ce protocole est applicable par les I.S.P. qui participent à une intervention sapeur-pompier pendant laquelle une personne adulte souffre d'une douleur d'origine traumatique ou non. La victime peut être un sapeur-pompier notamment lors d'une mission de soutien sanitaire.
- Ce protocole concerne les soins infirmiers délivrés dans le cadre d'une intervention conjointe avec l'équipe de premiers secours sapeur-pompier.

4. COMMENTAIRES sur l'ALGORITHME :

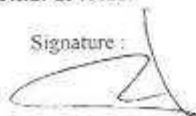
Les numéros suivants du commentaire se réfèrent aux numéros identiques dans l'algorithme de la page 3 du protocole :

- ① l'évaluation clinique de la douleur se fait conformément à la fiche technique «*Évaluation de la douleur*».
- ② le critère essentiel de décision est l'évolution de la douleur lors de la mobilisation. Si la douleur augmente, l'I.S.P. cesse ou fait cesser le geste puis continue d'appliquer le protocole.
- ③ par moyens non médicamenteux, on entend les techniques d'immobilisation des traumatismes (ou suspicion de traumatismes), la mise en position antalgique et l'application de poches réfrigérantes. Ces techniques doivent être utilisées en fonction du cas et conformément à la formation de premiers secours en équipe. En fonction des complications présentes ou prévisibles, l'I.S.P. peut être autorisé par le médecin régulateur à réaligner un segment de membre avant immobilisation.
- ④ si la victime porte déjà une voie veineuse périphérique, l'I.S.P. peut l'utiliser à condition qu'il se soit au préalable assuré de son bon fonctionnement.
- ⑤ la victime est en droit de refuser la pose de la voie veineuse. Si après une ou deux tentatives, la douleur empêche l'application des moyens non médicamenteux prévus en ③, l'I.S.P. prend contact avec le médecin régulateur pour avis.

Approuvé par le Médecin Colonel J-Y. BASSETTI
médecin-chef du S.D.I.S. de l'Aude

Le 14 juin 2001

Signature :



Tampon qualité

ATTENTION : ce tampon n'apparaît pas en rouge, mais doit apparaître en vert sur tous les protocoles après de votre arrivée à destination.

Service de Santé et de Secours Médical du Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'AUDE
PROTOCOLE de SOINS INFIRMIERS
Prise en charge de la douleur de l'adulte
Remplace et actualise le protocole précédent du 1 ^{er} juillet 1998
Date de mise en application : 1 ^{er} juillet 2001 / Date de révision : non prévue

⊕ comme avant toute utilisation de morphinique, il est nécessaire d'anticiper la survenue d'un trouble de la conscience ou de la ventilation. Avant l'utilisation de ce type d'analgique, l'I.S.P. s'assure de la disponibilité immédiate de l'aspirateur de mucosités et du ballon auto-régulateur à valve unidirectionnelle

⊕ le Nubain® doit être utilisé conformément à la fiche technique qui le concerne. Il est admis que l'administration en titration puisse s'obtenir soit par injection lente à la seringue soit par perfusion lente après dilution dans 100 ml de sérum glucosé ou chloruré. L'I.S.P. stoppe l'administration dès l'effet désiré

⊕ le Pro-dafalgan® et le Profénid® doivent être utilisés conformément aux fiches techniques qui les concernent

⊕ si un ou des effets secondaires apparaissent, l'I.S.P. stoppe immédiatement l'administration du médicament si elle est toujours en cours. Dans tous les cas, l'I.S.P. contacte le médecin régulateur et lui rend compte de ce problème pour avis

⊕ en cas d'administration d'analgiques, une surveillance au minimum paramédicale doit être constamment assurée y compris pendant le transport

5. AUTRES PROTOCOLES OU DOCUMENTATIONS LIES :

Fiche technique S.S.S.M. de l'Aude «*Évaluation de la douleur*»

Fiche technique S.S.S.M. de l'Aude «*Pro-dafalgan® ou propacétamol*»

Fiche technique S.S.S.M. de l'Aude «*Profénid® ou kétoprofène*»

Fiche technique S.S.S.M. de l'Aude «*Nubain® ou nalbuphine*»

6. REFERENCES :

SFAR. Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière. Conférence d'expert. Elsevier, Paris, 2000.

<p>Approuvé par le Médecin Colonel J-Y. BASSETTI médecin-chef du S.D.I.S. de l'Aude</p> <p>Le 14 juin 2001 Signature </p>	<p>Tampon qualité</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>ATTENTION : en ne faisant pas de tampon qualité, vous ne pouvez pas garantir la qualité de votre activité médicale.</p> </div>
---	---

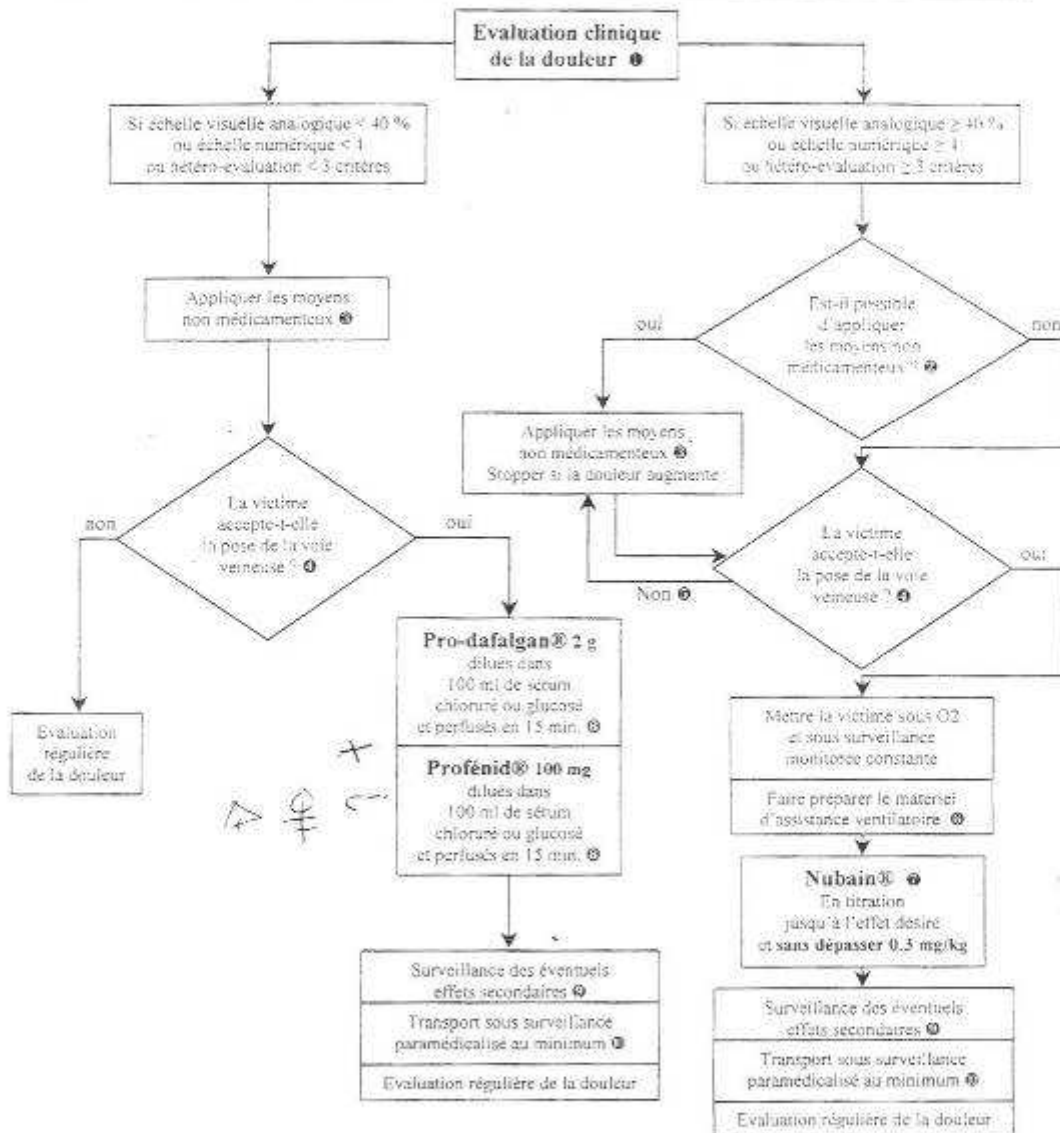
**Service de Santé et de Secours Médical
du Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'AUDE**

PROTOCOLE de SOINS INFIRMIERS

Prise en charge de la douleur de l'adulte

Remplace et annule le protocole précédent du 1^{er} juillet 1998

Date de mise en application : 1^{er} juillet 2001 / Date de révision : non prévue



Approuvé par le Médecin Colonel J-Y. BASSETTI
médecin-chef du S.D.I.S. de l'Aude

Le 14 juin 2001

Signature :

Tampon qualité
ATTENTION : en cas de doute, s'adresser au pharmacien en charge de la pharmacie de l'Aude pour en vérifier l'authenticité et la validité auprès de votre autorité hiérarchique