



Améliorer la prise en charge de la douleur aux Urgences

Observatoire National de la Douleur aux Urgences (Portail collaboratif d'échange et d'analyse)

Campagne 2010

04 02 2010

ONDU- Campagne 2010



Programme

10h30

10h45

11h30

12h30

13h30

14h30

Clôture

- 10h00:** Introduction
- 10h30:** Présentation du programme 2010
- 10h45:** Présentation des résultats (étude prospective)
- 11h30:** Présentation étude rétrospective
Evaluation de la douleur et thérapeutique : pistes de travail
- 12h30:** Collation/repas
- 14h00:** Améliorer la thérapeutique : présentation de protocoles
- Algorithmes décisionnels et Algo. de sortie
 - Titration
 - Douleur induite par les soins
- 15h30:** Discussion
- 16h00:** Clôture

Programme

10h00

10h30

10h45

11h30

11h45

12h30

13h30

14h30

Clôture

Introduction

L'observatoire et les travaux reprennent !

Programme

10h00

10h30

Programme de l'année 2010

Allégé ! Plus simple !

Centré thérapeutique !

10h45

11h30

11h45

12h30

13h30

14h30

Clôture

Présentation campagne 2010



- Un déroulé similaire à l'année 2010 maisallégé :
 - L'espace internet habituel pour se retrouver entre professionnels pour :
 - échanger sur ses pratiques
 - saisir ses relevés
 - suivre en direct ses résultats et leur évolution
 - se comparer aux autres
 - Pour le moment adresse similaire :
www.ageal.com/meahdouleur
 - 3 périodes de recueil sur l'année 2010
 - 3 journées nationales pour suivre - échanger - partager

- Poursuite de l'observatoire en 2010 avec la cohorte initiale des 50 établissements
 - Les principes généraux :
 - Continuer le suivi avec les 50 sites de la première vague (quelques déflections)
 - Garder la même méthodologie de recueil des données (en réduisant la fréquence des recueils et le nombre de CTN)
 - Cibler sur la *thérapeutique* (évaluation de l'efficacité)
 - Evaluer à 1 an les résultats en termes de maintien des indicateurs initiaux (exhaustivité et efficacité de l'évaluation douleur) et amélioration de l'efficacité thérapeutique

→ Objectifs en termes de : *% patients traités et % soulagés*

Les participants de 2010



Au 2 février 2010

- **27 établissements ont confirmé leur participation au projet**
- 10 n'ont pas répondu
- 13 se retirent

- Hôpital Ambroise Paré, Marseille
- CH Argenteuil
- CH de Blaye
- CH de Cahors
- CH Sud Francilien (Corbeil-Evry)
- CH de Dreux
- CH de Dunkerque
- CH de Jonzac
- CH de Lannion
- CH de Maubeuge
- CH de Tulle
- CH de Vernon
- CH Loire Vendée Océan

- CH de Martigues
- CH Tarare
- CHU de Dijon
- CHU de Nancy
- CMCM Pôle Santé Sud, Le Mans
- Hôpital Foch, Suresnes
- CH de Beaune
- HUS, Hôpital Hautepierre
- Polyclinique Bordeaux Nord
- Polyclinique Bordeaux Rive droite
- CH de Bourg-en-Bresse
- HIA Clermont-Tonnerre-Brest
- CH Saint-Joseph-Saint-Luc
- CH de Fougères

Suite en 2011...



- Ouverture dès 2011 à une nouvelle cohorte de services volontaires en reprenant la méthode utilisée lors de la première vague
 - Le portail permettra à de nouveaux services de se lancer dans une véritable démarche d'EPP en simultané avec d'autres services volontaires
 - La méthode, les indicateurs et les tableaux de bords seront les mêmes que lors de la première cohorte
 - Ils permettront d'alimenter l'observatoire
 - Les établissements de la première cohorte poursuivront leurs évaluations régulières (avec une fréquence réduite)
 - Nous aurons alors 2 « cohortes » d'établissements qui se réuniraient régulièrement tous les 6 mois pour faire le bilan et échanger. Les anciens s'autonomiseront progressivement.

La MeaH/ANAP et la SFMU à propos de la douleur



- ❑ Les projets d'accompagnement à la réduction des délais de passage continuent
 - 25 établissements sont accompagnés en 2010

- ❑ Introduction, lors de la phase « d'état des lieux », d'une composante « douleur »
 - L'état des lieux est habituellement ciblé « organisation » du service
 - En 2010 l'objectif est d'intégrer des indicateurs simples dans l'évaluation de l'organisation et des pratiques des services participants à la démarche avec l'ANAP.
 - S'il sont d'anciens participants au projet douleur : pas d'indicateur à proposer
 - Si l'établissement n'a pas participé à l'observatoire douleur MEAH/SFMU
 - EVA initiale : Existe-t-elle dans les dossiers (% renseignée - % non renseignée - % valide - % non valide)
 - Existe-t-il un traitement mis en route à l'issue de la première EVA ? (% renseigné - % non renseigné)
 - EVA de sortie existe-t-elle ? (% renseignée - % non renseignée - % valide - % non valide)

- Re lancement par un **CNT 5 en février** (4 février 2010)

- Première période de recueil de données : P6 en Mars
 - Période de saisie et de recueil assez large (sur 45 jours par exemple), chaque service choisi une semaine dans cette période
 - Méthode de recueil habituelle
 - Saisie des données sur l'observatoire

- Analyse des données en avril- mai
 - Tableaux de bords comparatifs 2009/2010
 - Evolutions des indicateurs 2009
 - Etat des indicateurs « thérapeutique »

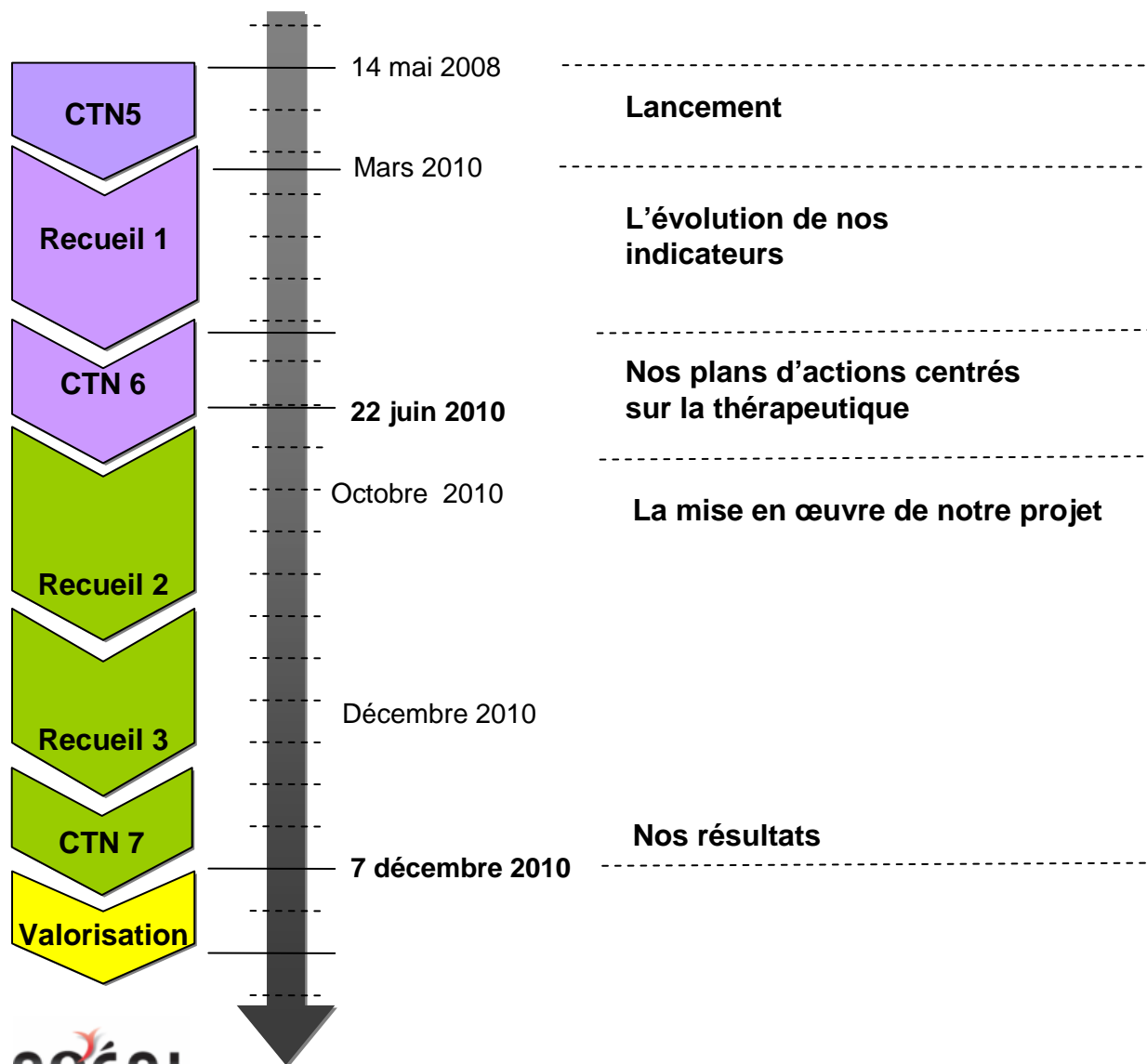
- **CTN 6 le 22 Juin** (susceptible de modifications)

- Matinée : présentation des résultats (relevé 1er trimestre)
 - Evolution des indicateurs initiaux !
 - Pourquoi à la baisse ? Pourquoi à la hausse ou le maintien de niveaux élevés ?
 - Etat des indicateurs « thérapeutique »
 - Questions par rapport au projet ?

- Après midi : 3 tables rondes
 - Ciblés : Modalités thérapeutiques

- Seconde période de recueil de données : **P7 en octobre**
- Troisième période de recueil de données : **P8 en décembre**
- **CTN 7 le 7 décembre 2010**
 - ✓ Bilan
 - Evaluer à 1 an les résultats en termes de maintien des indicateurs initiaux (exhaustivité et efficacité de l'évaluation douleur)
 - Amélioration de l'efficacité thérapeutique
 - ✓ Appel à volontariat d'une nouvelle cohorte d'établissements (vers Juin 2010 pour démarrage en septembre-octobre)

Planning d'intervention



50 services

12 mois

3 audits de dossiers par service

Recherche d'amélioration de l'efficacité du traitement

Éléments de pilotage



☐ Qui fait quoi ?

- Services
 - Mettent en œuvre la démarche dans le respect des jalons
- SFMU
 - Dr Agnès Ricard-Hibon - Dr Jocelyne Borel-Kühner, Dr Ariski Taleb
 - Supervision scientifique
 - Valorisation des données
 - Finance à partir de 2011
- MeaH/ANAP
 - Finance 2010
- Agéal
 - Ageal : Dr Guillaume Nathan – Christelle Trichard
 - Anime la remontée d'information
 - Assure la partie technique du site de l'observatoire

☐ Données :

- Les informations remontées sont anonymes (identification du service mais pas des patients) ;
- Les remontées d'information se font via une plateforme Internet (si pas d'accès Internet, saisie sous Excel) ;
- Une valorisation au niveau nationale est prévue

3 « carottages » mensuels de 50 dossiers en 2010



□ Principe :

- Ciblés sur les indicateurs habituels du tableau de bord pour le premier recueil – puis sur indicateurs plus spécifiques « thérapeutique »
- Carottage
- Un jour donné, ou intervalle donné, rétrospectif

□ Méthode

- Mesure d'indicateurs spécifiques
- Dossiers consécutifs
- Tableau de bord, avec objectifs à atteindre

Quelques précisions sur les audits de dossiers



- ❑ Les informations et indicateurs produits lors des premiers audits de dossiers :
 - Présence de l'information
 - Données épidémiologiques : j et h d'arrivée, âge, sexe, motif, mode de sortie
 - PEC initiale de la douleur : j et h de première évaluation, intensité initiale, traitement (type, j et h)
 - Suivi de la PEC de la douleur : j et h de réévaluation, intensité réévaluée, ajustement du traitement (type, j et h)
 - Fin de la PEC de la douleur : évaluation finale et intensité, j et h de départ


- ❑ Les informations et indicateurs produits lors des audits de dossiers suivants (2010) :
 - Seront centrés sur l'aspect « thérapeutique » :
 - Présence de ré-évaluations
 - Pertinence des prescriptions
 - Pourcentage de patients soulagés
 - ...

L'Observatoire sur internet



☐ Accessible via www.ageal.com/meahdouleur

✓ Ecran d'accueil :

MeaH 

Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences
Portail collaboratif

Le Portail Urgences Douleur s'adresse aux services des urgences participant au projet MeaH/SFMU d'amélioration de la qualité de prise en charge de la douleur aux urgences. Cet outil de travail vous permet de partager et échanger des fichiers et des documents.

Vous pouvez :

- Consulter les documents du chantier classés en différentes rubriques.
- Consulter les documents mis à disposition par chacun selon leur date de mise en ligne et le nombre de téléchargements.
- Accéder à l'observatoire.
- Remplir le questionnaire Professionnels sur la prise en charge de la douleur.

Identifiant

Mot de passe

En cas de
perte de vos
identifiants,
contacter
Agéal

L'Observatoire sur internet



- Accès à l'interface de saisie et consultation des indicateurs :

Rubrique
« Observatoire »

MeaH

Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences

Le Portail Urgences Douleur s'adresse aux services des urgences participant au projet MeaH/SEMI

Télécharger un document

Fiches de poste
Procédures (ex : gestion documentaire)
Processus de prise en charge de la douleur

L'Observatoire sur internet



➤ Page d'accueil « Observatoire » :

Indicateurs / Analyse
des résultats

Tableau de bord /
Indicateurs clés

Saisie des dossiers
(pour chaque période, 50
dossiers tirés au sort sur la
semaine, du lundi 0h au
dimanche 24h)

**Consultation ou
modification de
dossiers déjà saisis**

L'Observatoire sur internet



➤ Un rapide aperçu :

2010-02-02 13:19:19 Utilisateur connecté : AGEAL

Formulaire de saisie

Evaluation de la prise en charge de la douleur

Données épidémiologiques

Identifiant fiche unique (ex : 1/03_3513)

Date et heure d'arrivée JJ/MM/AAAA HH:MM

Age ans (0-115)

Poids kg

Sexe F M

Patient communicant Oui Non

Imagerie Oui Non

Avis spécialisé Oui Non

Motif de recours principal

Traitement pré-hospitalier

Traitement médicamenteux à visée antalgique avant l'arrivée aux urgences Oui Non

Auto-administré Oui Non

Prise en charge INITIALE de la douleur (0)

Douleur présente à l'admission Oui Non

Evaluation initiale standardisée de la douleur, à l'arrivée aux urgences (EVA, END) Oui Non Refusé par le patient

Traitement initial (délivré aux urgences) Oui Non Refusé par le patient

2010-02-02 13:12:58 Utilisateur connecté : AGEAL

P0 - Mars 08 P1 - Mai (r. prospectif) P2 - Juin-Sept 08 P3 - Nov-Déc 08
 P4 - Jan-Fév 09 P5 - Mars 09 P6 - Fév-Mars-Avr 10 P7 - Sept-Oct 10
 P8 - Nov-Déc 10

Prise en charge des patients douloureux à l'admission : P1 - Mai (r. prospectif)
 (15 Mai 2008 au 30 Juin 2008 - 259 Fiches souhaitées)

1. Refus :

Indicateurs Analysés	Ageal Conseil - 0 fiches	Ensemble des services - 15617 fiches
Proportion de refus, parmi les patients douloureux à l'admission* (et communicants) :		
Refus d'au moins une évaluation	0%	1,8%
Refus d'au moins un traitement	0%	4,9%

* Perception des soignants

2. Evaluations standardisées de la douleur :

Indicateurs Analysés	Ageal Conseil - 0 fiches	Ensemble des services - 15617 fiches
Proportion d'évaluations standardisées, parmi les patients douloureux à l'admission (et communicants) :		
Au moins une évaluation standardisée	-	91,8% (8668/7265)
Au moins 1 évaluation initiale	-	90,4%

2009-01-26 08:00:02 Utilisateur connecté : SAU 4

Tableau de bord

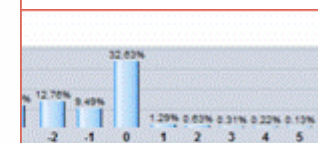
Prise en charge de la douleur aux urgences

1. Taux d'évaluations standardisées de la douleur :

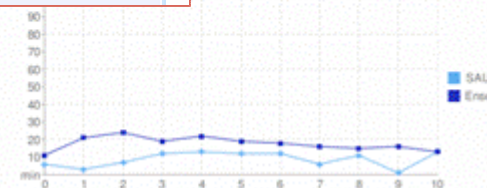
Indicateurs Analysés	SAU 4 - 288 fiches	Ensemble des services - 10719 fiches
Patients douloureux à l'admission (et communicants) ayant eu au moins une évaluation standardisée au cours de leur passage dans le service des urgences		
P0 - Mars 08	21,4% (6/28)	30,5% (412/1350)
P1 - Mai (r. prospectif)	100% (141/141)	92,5% (4770/5157)
P2 - Juin-Sept 08	-	100% (2/2)

évaluation standardisée) :

Ensemble des services - 10719 fiches



Initiale, en fonction de l'intensité de mission



Programme

10h00

10h30

10h45

11h30

11h45

12h30

13h30

14h30

Clôture

Présentation des résultats

Etude prospective

Sophie Guéant, Interne de santé publique

Dr Agnès Ricard-Hibon, SFMU

Plan / Objectifs

- Introduction
 - Cadre
 - Point sur les articles en cours
 - Objectifs
- Résultats
- Délais
- L'évaluation de la douleur
- Le traitement antalgique
- Les indicateurs de qualité
- Conclusion

Les messages clés

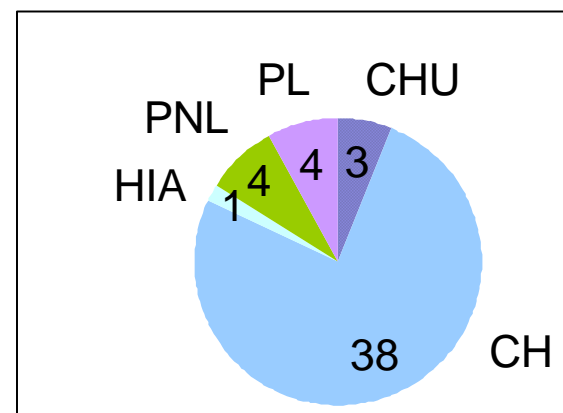
- Se mettre à jour des **derniers résultats** en cours de publication
- Comprendre les **points forts et les points faibles** de la prise en charge de la douleur aux urgences
- Saisir les **enjeux** d'une campagne nationale
 - Envisager les **perspectives** d'amélioration

Introduction

□ Cadre

Un projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur aux urgences sur un an

- Copiloté par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) et la société française de médecine d'urgence (SFMU)
- 50 services d'accueil des urgences (SAU) français
 - volontaires
 - sélectionnés en avril 2008



□ Point sur les articles en cours

Introduction

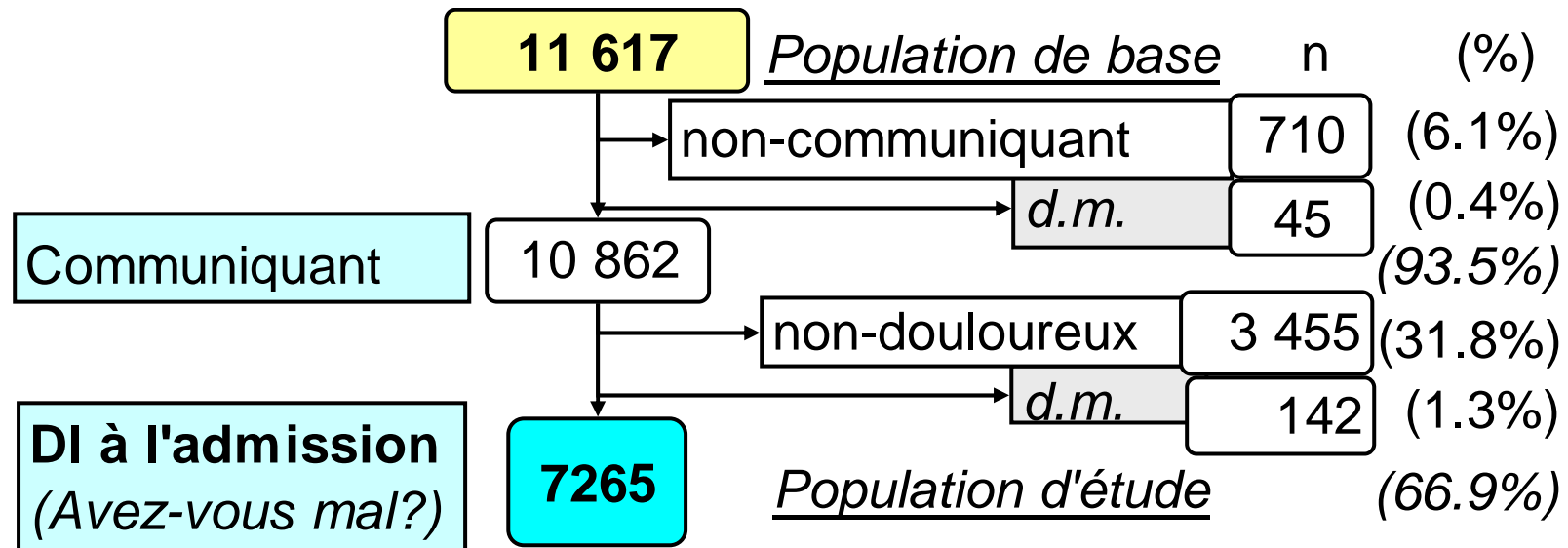
□ Objectifs

- Objectifs de l'étude : mesurer
 - Incidence, sévérité de la douleur chez des patients adultes admis aux urgences
 - Qualité de la prise en charge de la douleur

- Objectifs pour les services : se sensibiliser à la thématique, se comparer entre services

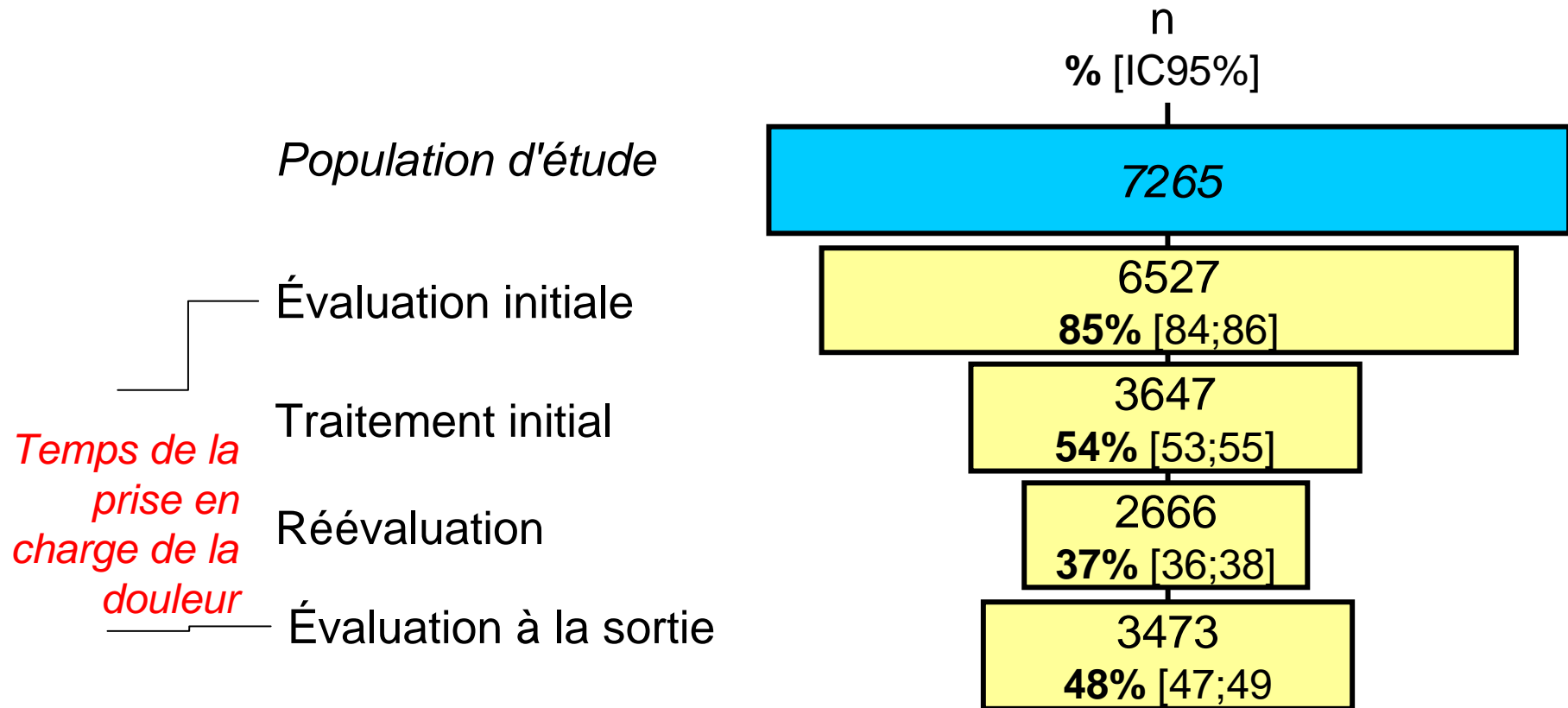
Résultats

La population d'étude



La douleur est un symptôme fréquent aux urgences (quelque soit le motif de recours)

Résultats

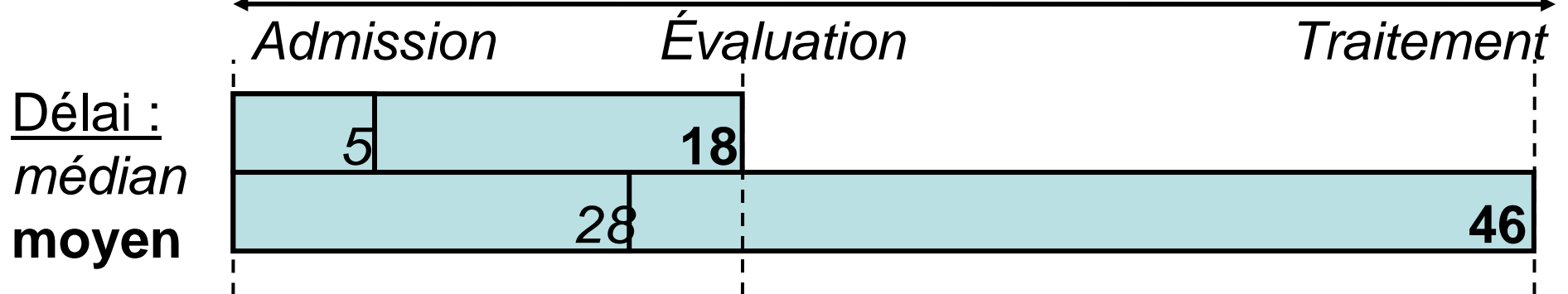


Les réévaluations sont peu fréquentes (malgré le caractère incitatif de l'étude)

Délais

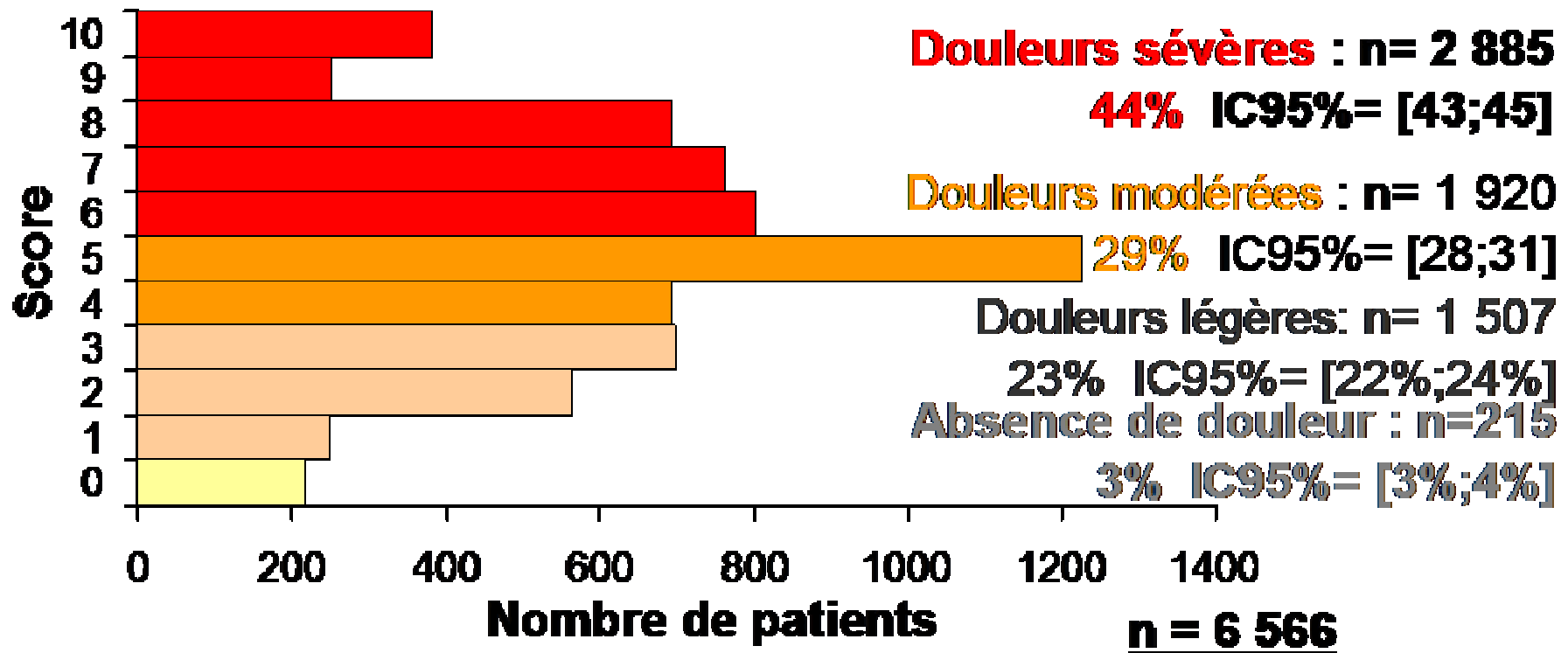
Délais de prise en charge

temps (min)



Évaluation initiale

Intensité douloureuse à l'admission



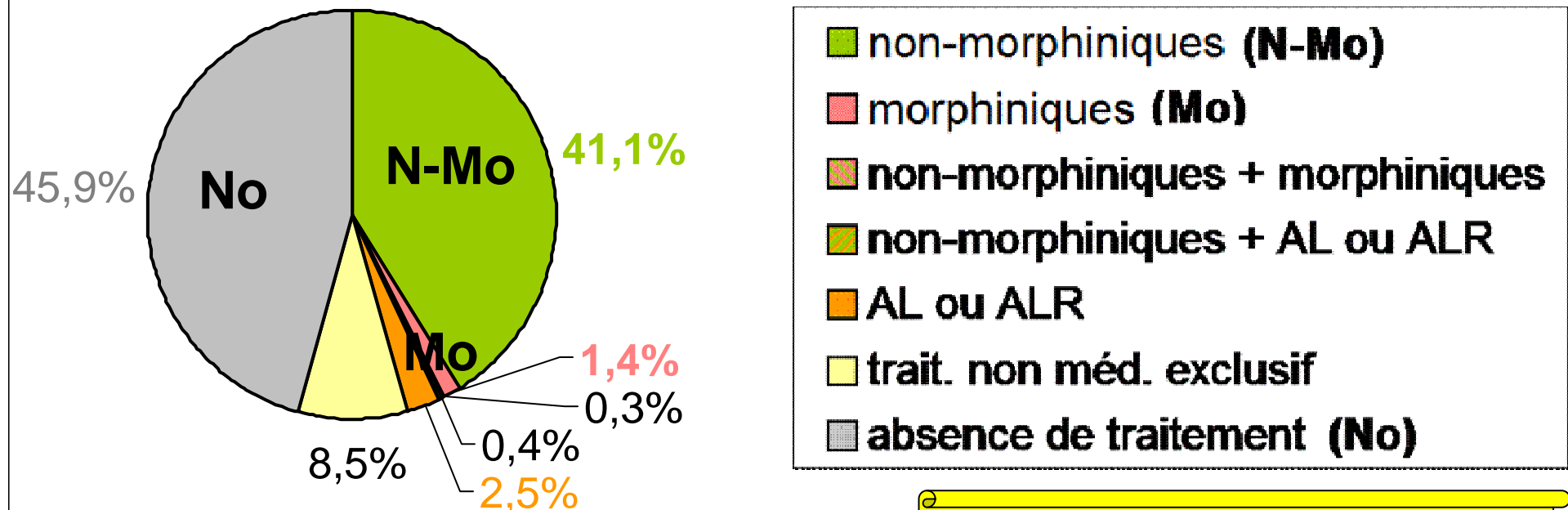
La proportion de douleur sévère est importante.

Le traitement antalgique

Type de traitement antalgique

A. Douleurs modérées (n= 1849)

n= 1001 patients traités

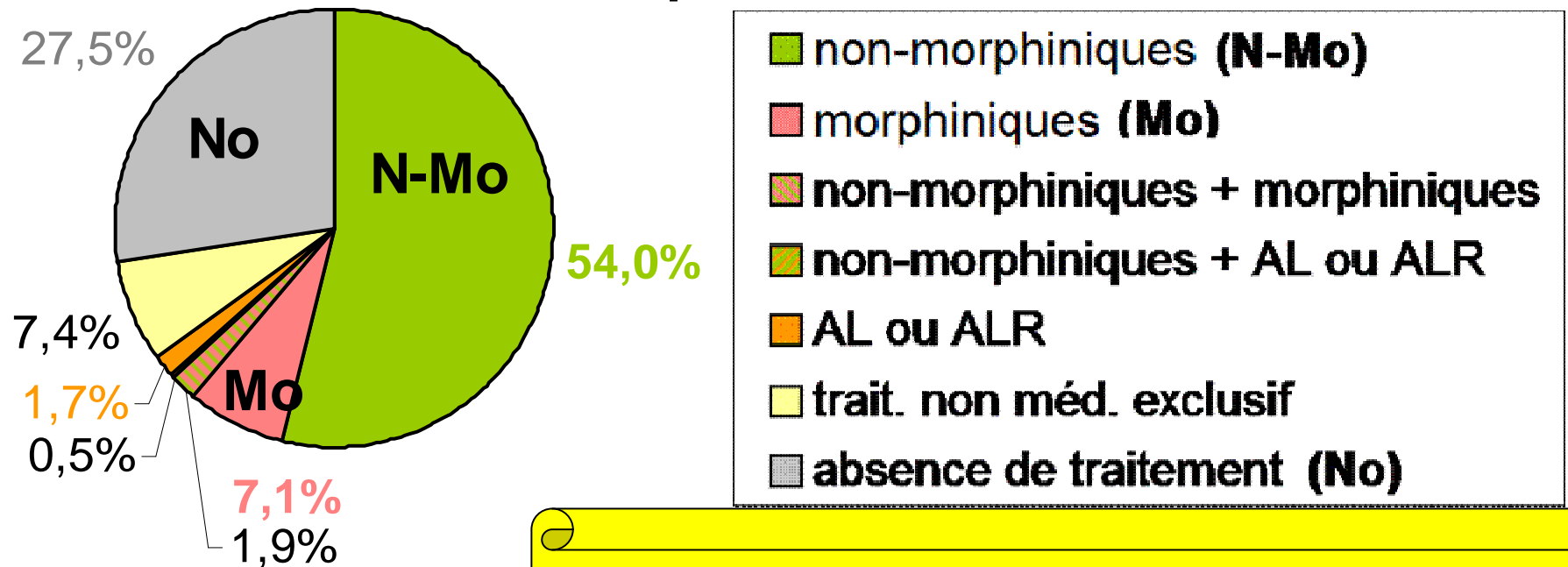


Trop de patients ne sont pas traités ou de façon inadéquate...

Le traitement antalgique

B. Douleurs sévères (n=2767)

n= 2007 patients traités

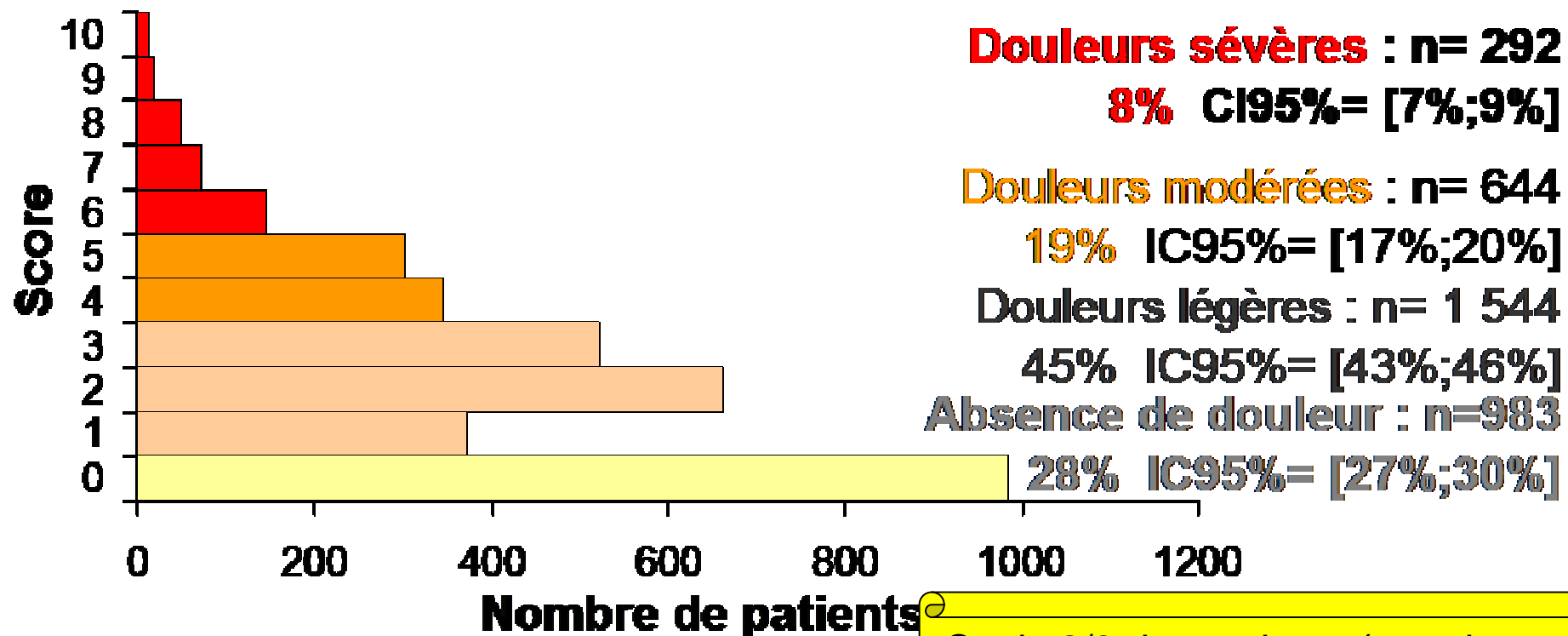


... en particulier très faible utilisation de la morphine pour des douleurs sévères
...faible utilisation AL/ALR malgré 44% patients traumatato
... inadéquation N-Mo / douleurs sévères

Évaluation à la sortie



Intensité douloureuse à la sortie



Douleurs sévères : n= 292

8% CI95%= [7%;9%]

Douleurs modérées : n= 644

19% IC95%= [17%;20%]

Douleurs légères : n= 1 544

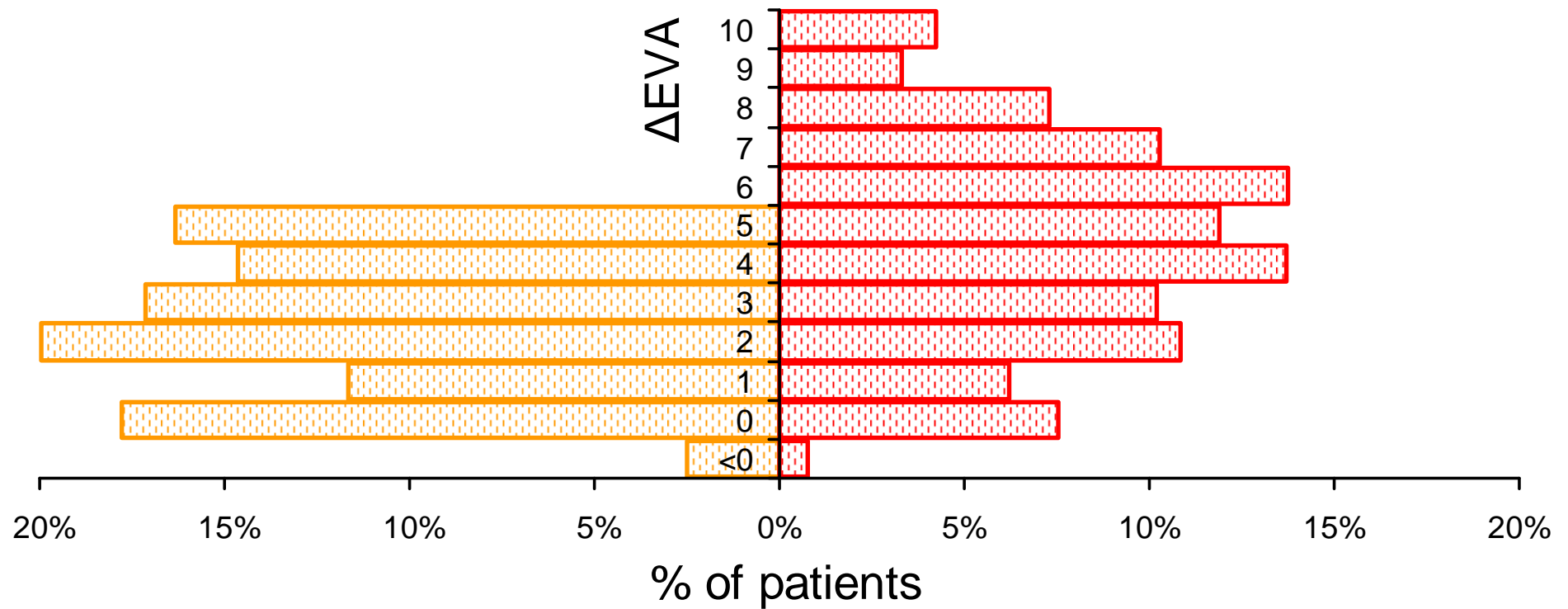
45% IC95%= [43%;46%]

Absence de douleur : n=983

28% IC95%= [27%;30%]

Seuls 2/3 des patients (parmi ceux évalués à la sortie) sont soulagés.
Quid des non évalués ?

Delta EVA



Douleur initiale

n

Moyenne de ΔEVA

Médiane de ΔEVA

 Douleurs modérées

962

24 (\pm 18)

20

 Douleurs sévères

1606

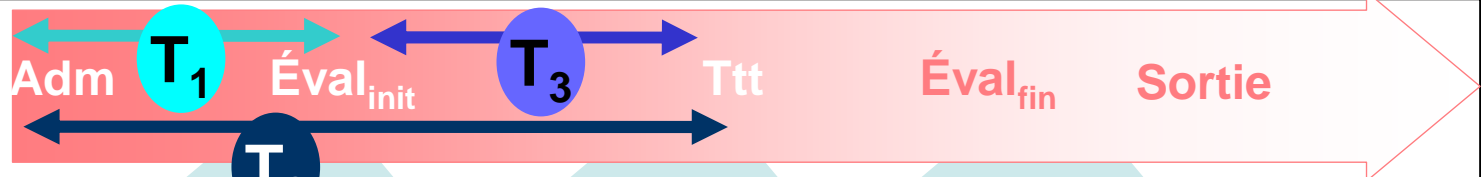
46 (\pm 27)

50

Analyse des indicateurs de qualité

- ❑ Quels sont les facteurs influençant les indicateurs de qualité ?
 - Délai entre admission et première évaluation
 - Délai entre admission et traitement antalgique
 - Délai entre évaluation et traitement
 - % patients traités
 - % patients évalués à la sortie
 - % patients soulagés à la sortie

Prise en charge de la douleur



Critères de qualité

Délais moyens

Facteurs explicatifs

T_1

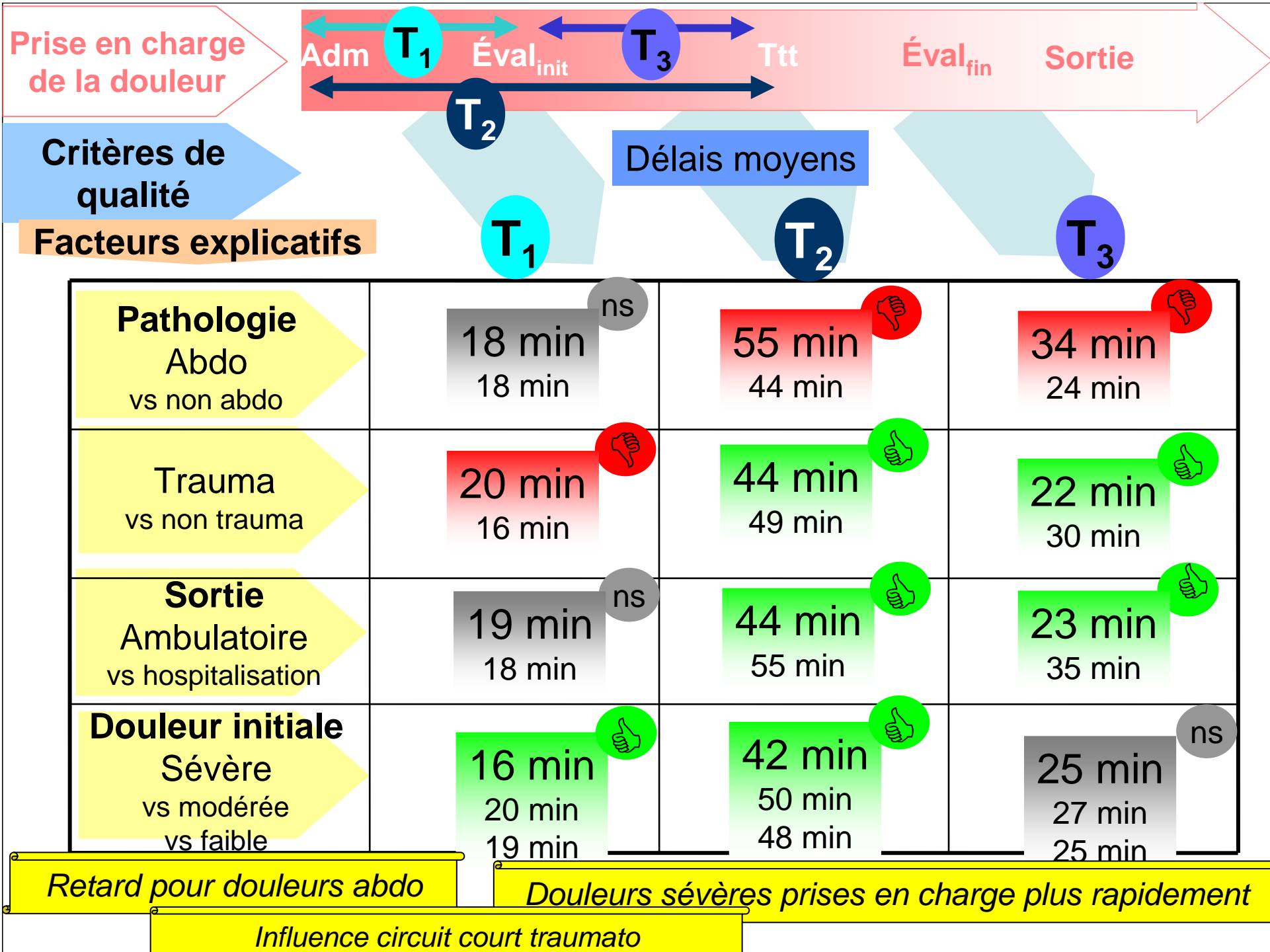
T_2

T_3

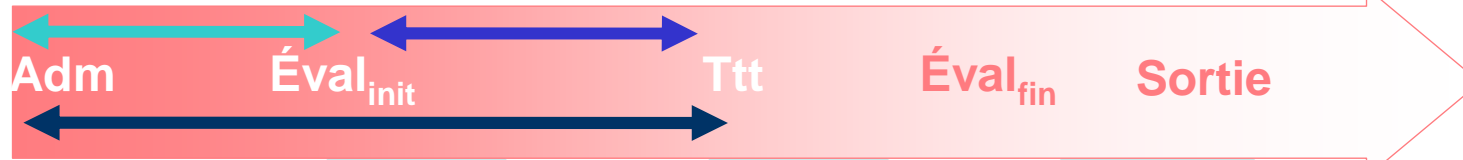
	T_1	T_2	T_3
Taille du SAU <30 000 pass/an vs >30 000 pass/an	18 min 18 min (ns)	42 min 51 min (👍)	24 min 28 min (👍)
IOA présence vs absence	15 min 26 min (👍)	45 min 50 min (👍)	26 min 24 min (ns)
Âge >75 ans vs <75 ans	19 min 18 min (ns)	55 min 45 min (👎)	33 min 25 min (👎)
Sexe Femme vs homme	18 min 18 min (ns)	45 min 46 min (ns)	25 min 26 min (ns)

Lien entre organisation et qualité de la prise en charge de la douleur

Patients âgés pris en charge plus tard

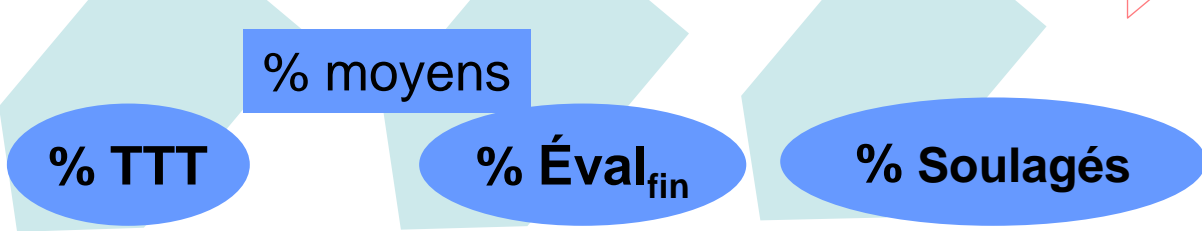


Prise en charge de la douleur



Critères de qualité

Facteurs explicatifs



Taille du SAU <30 000 pass/an vs >30 000 pass/an	54% 47%	48% ns 47%	65% ns 65%
IOA présence vs absence	50% 54%	50% 43%	66% ns 64%
Âge >75 ans vs <75 ans	52% ns 51%	49% ns 48%	69% ns 65%
Sexe Femme vs homme	52% ns 50%	47% ns 48%	64% ns 67%

Lien entre organisation et qualité de la prise en charge de la douleur

Prise en charge de la douleur

Adm

Éval_{init}

Ttt

Éval_{fin}

Sortie

Critères de qualité

% moyens

% TTT

% Éval_{fin}

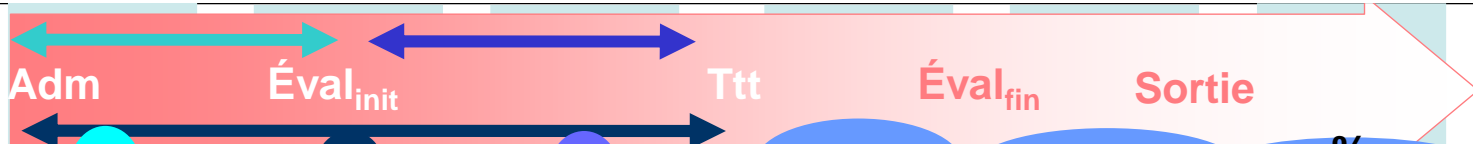
% Soulagés

Facteurs explicatifs

Pathologie Abdo vs non abdo	62 % 50 %	56% 47 %	78 % 63 %
Trauma vs non trauma	51 % 52 %	46 % 50 %	60 % 70 %
Sortie Ambulatoire vs hospitalisation	50% 67%	48 % 55 %	64% 69%
Douleur initiale Sévère vs modérée vs faible	70 % 52 % 28 %	56% 50 % 48 %	61 % 73 % -

Douleurs sévères moins bien soulagées

Prise en charge de la douleur



Facteurs explicatifs	T ₁	T ₂	T ₃	% TTT	% Éval _{fin}	% Soulagés
Taille du SAU <30 000 pass/an vs >30 000 pass/an	18 min 18 min	42 min 51 min	24 min 28 min	54% 47%	48% 47%	65% 65%
IOA présence vs absence	15 min 26 min	45 min 50 min	26 min 24 min	50% 54%	50% 43%	66% 64%
Âge >75 ans vs <75 ans	19 min 18 min	55 min 45 min	33 min 25 min	52% 51%	49% 48%	69% 65%
Sexe Femme vs homme	18 min 18 min	45 min 46 min	25 min 26 min	52% 50%	47% 48%	64% 67%
Pathologie Abdo vs non abdo	18 min 18 min	55 min 44 min	34 min 24 min	62% 50%	56% 47%	78% 63%
Trauma vs non trauma	20 min 16 min	44 min 49 min	22 min 30 min	51% 52%	46% 50%	60% 70%
Sortie Ambulatoire vs hospitalisation	19 min 18 min	44 min 55 min	23 min 35 min	50% 67%	48% 55%	64% 69%
Douleur initiale Sévère vs modérée vs faible	16 min 20 min 19 min	42 min 50 min 48 min	25 min 27 min 25 min	70% 52% 28%	56% 50% 48%	61% 73% -

Conclusion

- ❑ Une large étude nationale multicentrique
- ❑ Sur le terrain, les recommandations de bonne pratique ne sont pas appliquées de façon optimale :
 - L'**oligoanalgésie** est un problème fréquent
 - Particulièrement frappant pour les douleurs intenses, par sous-utilisation des morphiniques
 - Un manque de réévaluation de la douleur après administration d'un traitement antalgique ne permet pas de juger correctement de son efficacité
- ❑ Alors que la douleur y est **fréquente et intense**
- ❑ Ceci incite à mettre en place un **programme d'assurance qualité** national ciblé sur la douleur

Des pistes d'amélioration

Application des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la douleur aux urgences

Protocoles +++

Organisation +++

Mise en place IOA et définition de son rôle dans la PEC de la douleur

Intégration des personnes âgées dans les protocoles douleur

*Penser à réévaluer : alertes informatiques ?
Protocoles ?*

Programme

10h00

10h30

10h45

11h30

Présentation des résultats

Etude Rétrospective

Evaluation de la douleur et thérapeutique : pistes de travail

11h45

12h30

13h30

14h30

Clôture

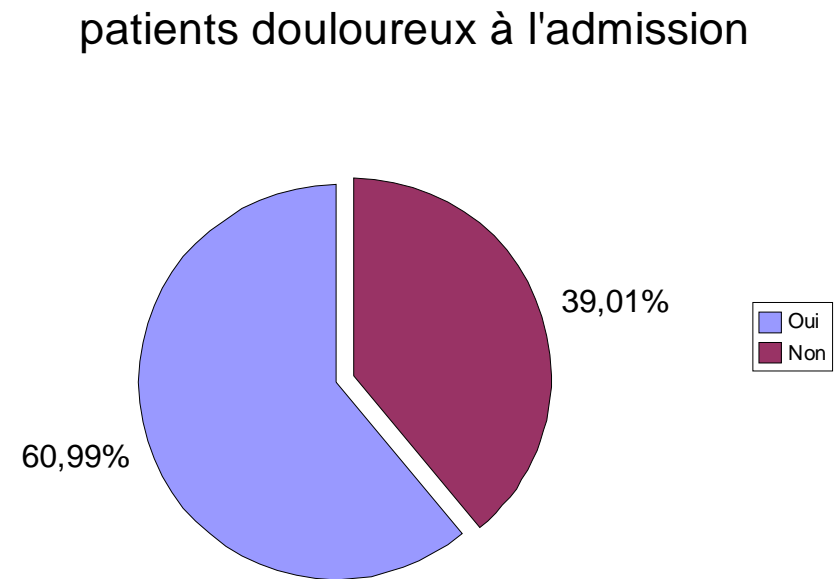
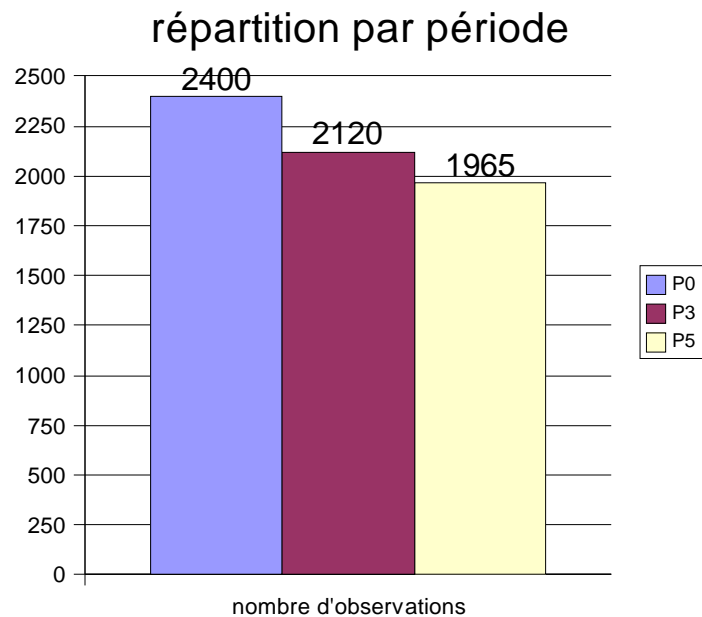
Description de la population générale

- Périodes
- Douleur à l'admission
- Evaluation de la douleur

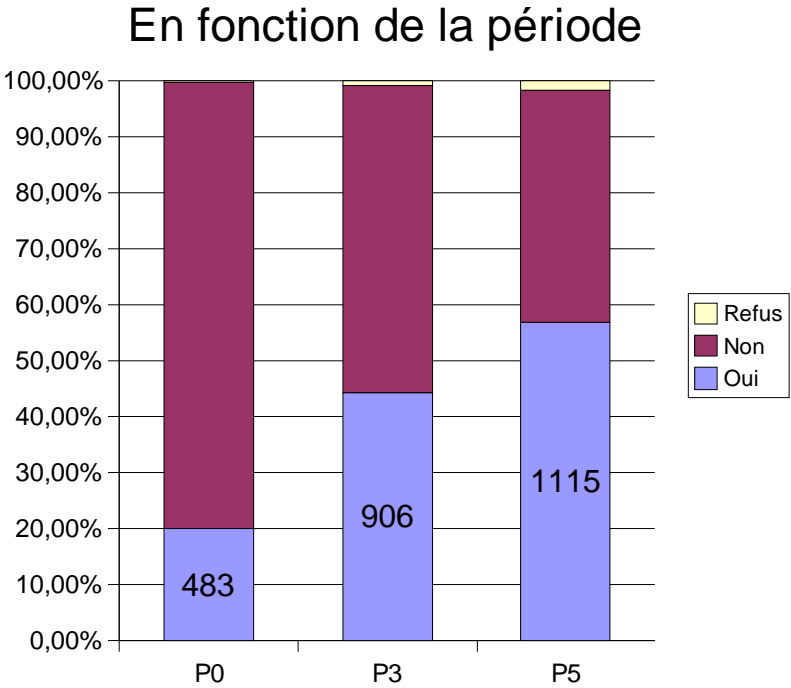
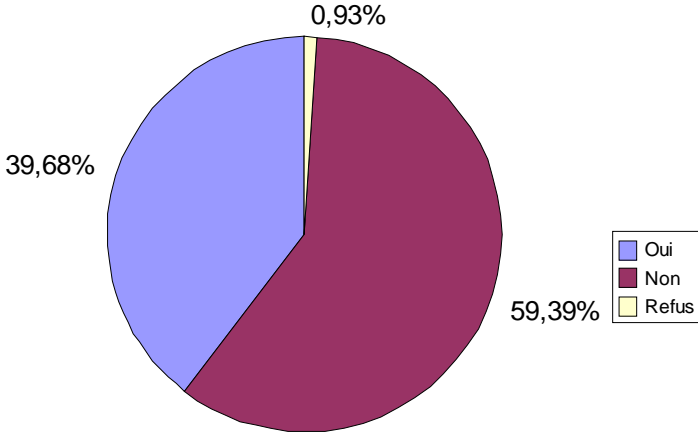
Population douloureuse à l'admission

- Évaluation de la douleur
- Traitement de la douleur
- Soulagement de la douleur
- Évaluation finale de la douleur

□ 6485 observations sur les 3 périodes



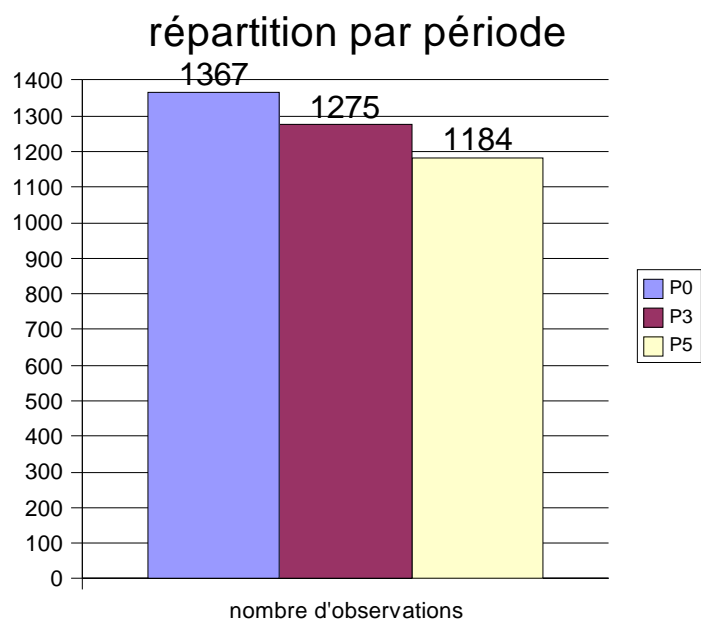
☐ Evaluation de la douleur



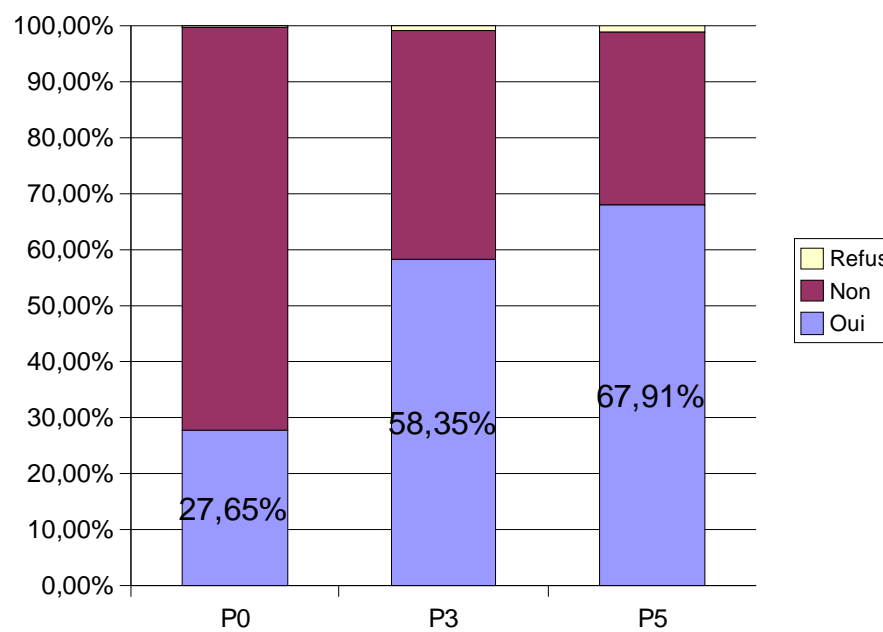
Population douloureuse à l'admission et communicante



□ 3826 observations sur les 3 périodes



Evaluation initiale en fonction de la période



Analyse des délais



Délai de 1ère évaluation

- P0 : médiane : 10 minutes
- P3 : médiane : 08 minutes
- P5 : médiane : 08 minutes oui mais....

Délai de 1er traitement

- P0 : médiane : 40 minutes
- P3 : médiane : 34 minutes
- P5 : médiane : 33 minutes oui mais....

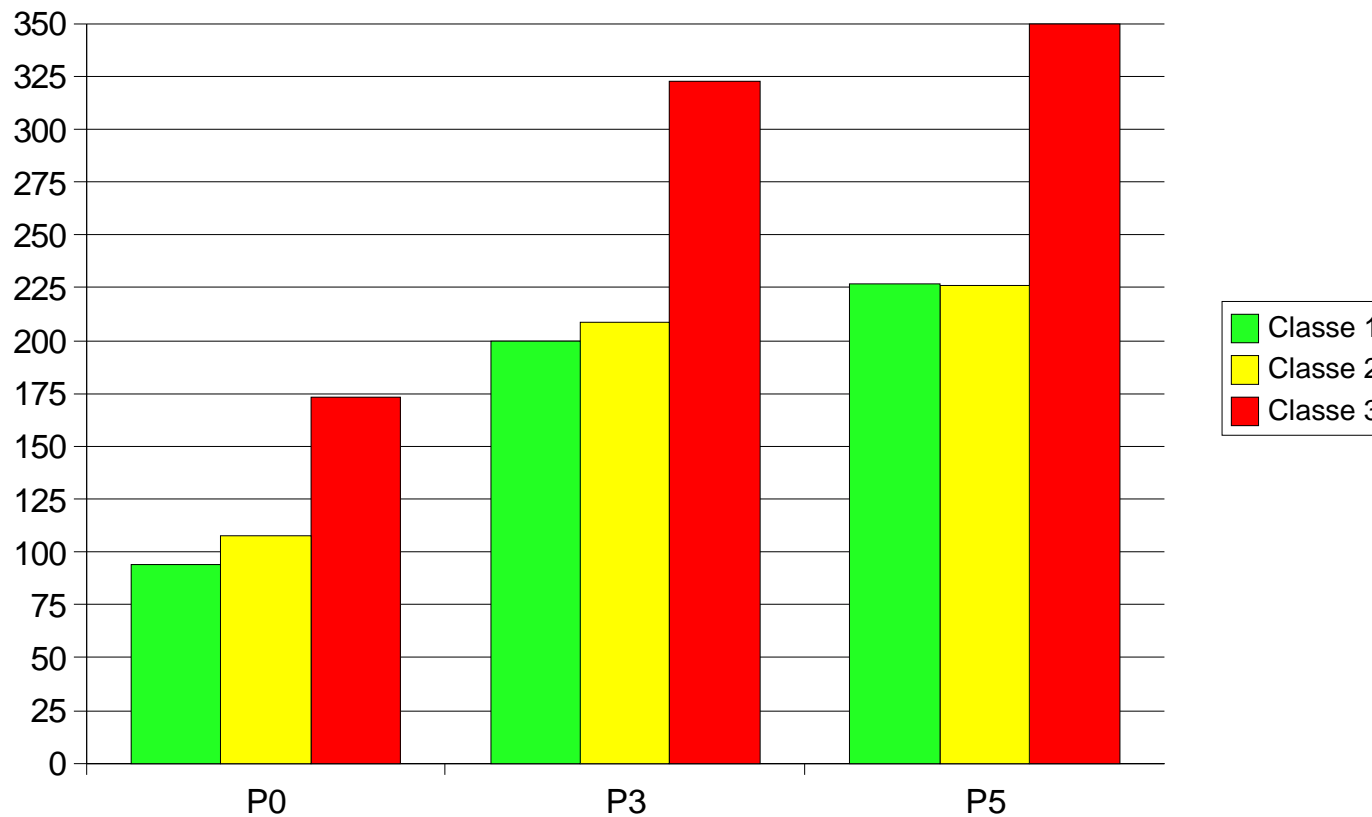
Délai 1ère évaluation-1er traitement

- P0 : médiane : 13 minutes
- P3 : médiane : 11 minutes
- P5 : médiane : 12 minutes oui mais....(incompressible)

L'évaluation conditionne le traitement, y compris en terme de délai

☐ Classe de douleur

Type de douleur en fonction des périodes



Caractéristiques des douleurs



□ Type de douleur

- La part de la traumatologie reste la même sur les 3 périodes (50 à 53%)
- La variabilité de la douleur n'est donc pas à l'origine des évolutions observées
- Le caractère traumatologique de la douleur n'influe pas sur le délai de première évaluation
- Le délai de premier traitement est directement lié de façon significative au caractère traumatologique du motif d'admission

Les traitements



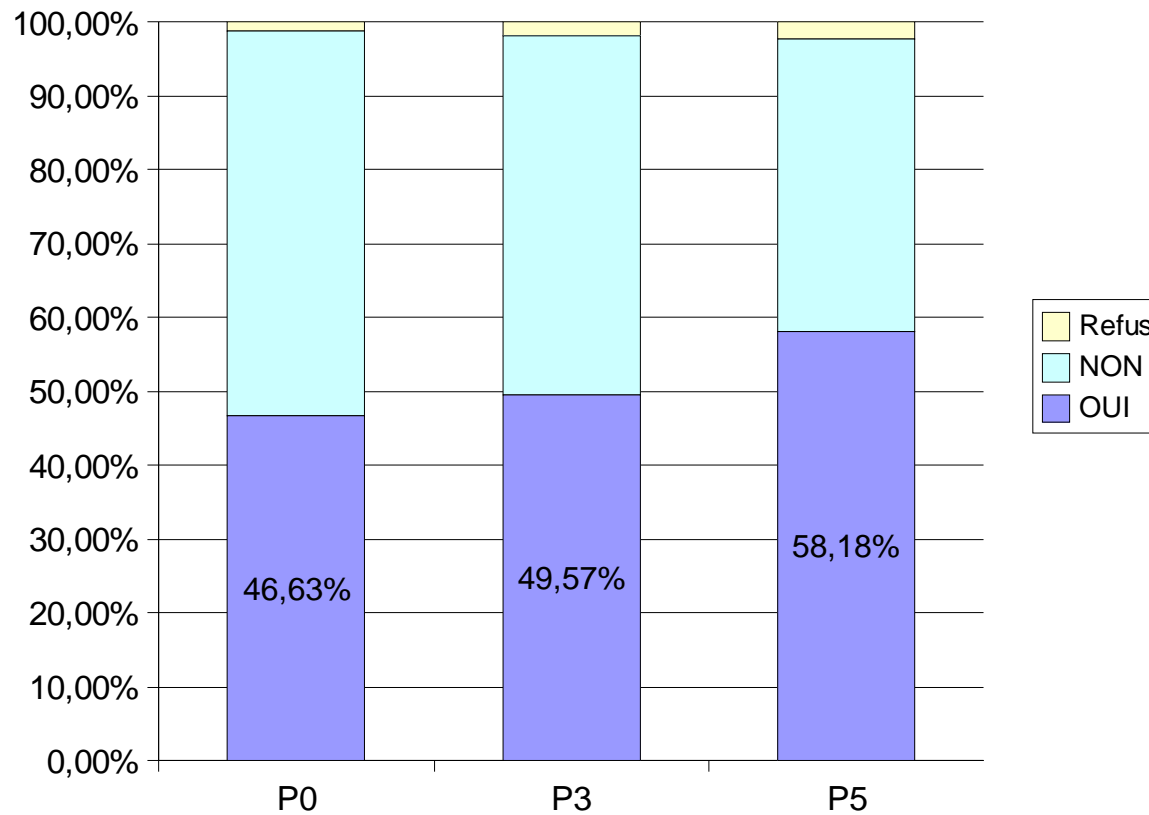
- ❑ Rappel : la population est douloureuse
- ❑ Utilisation des paliers
 - Palier 1 : 29%
 - Palier 2 : 11%
 - Palier 3 iv : 2%
- ❑ Le palier 3 IV n'est donné que sur la classe 3 sauf 4 patients en cotation 5

Les traitements

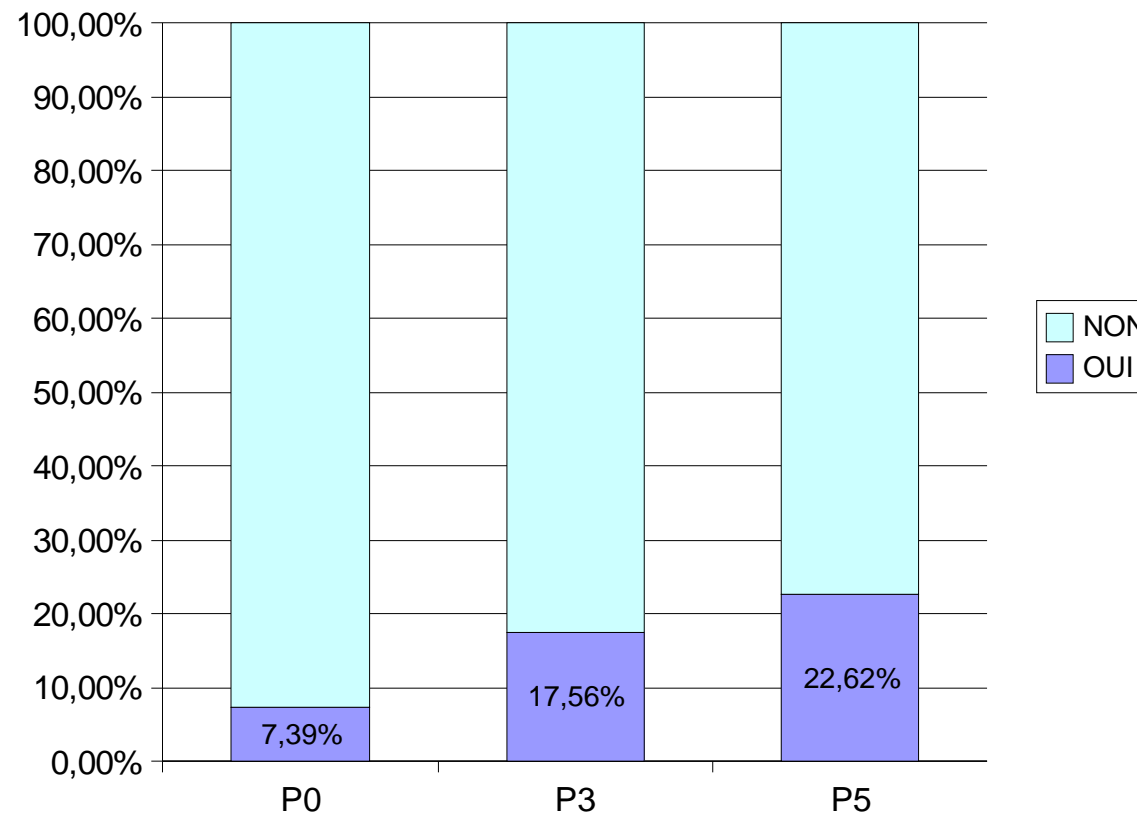


□ Rappel : la population est douloureuse à l'admission

patients traités par période



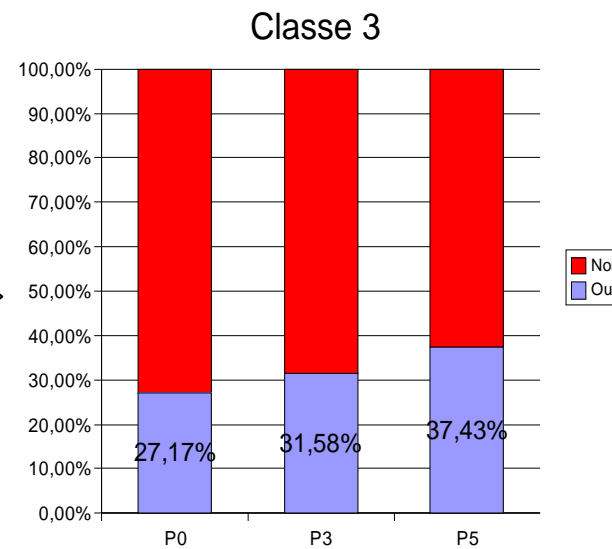
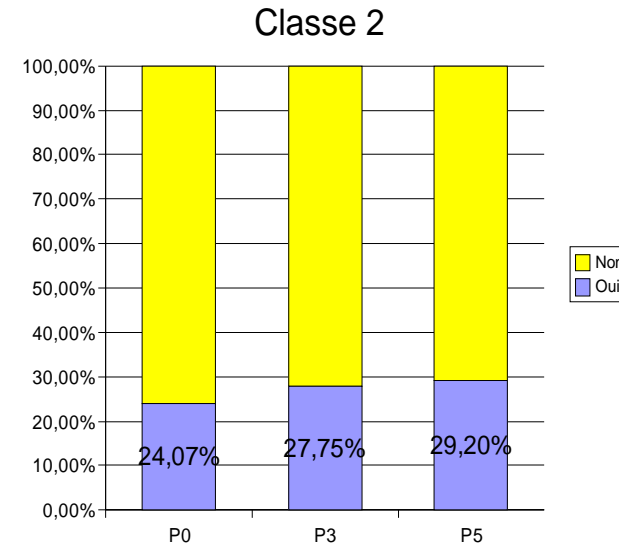
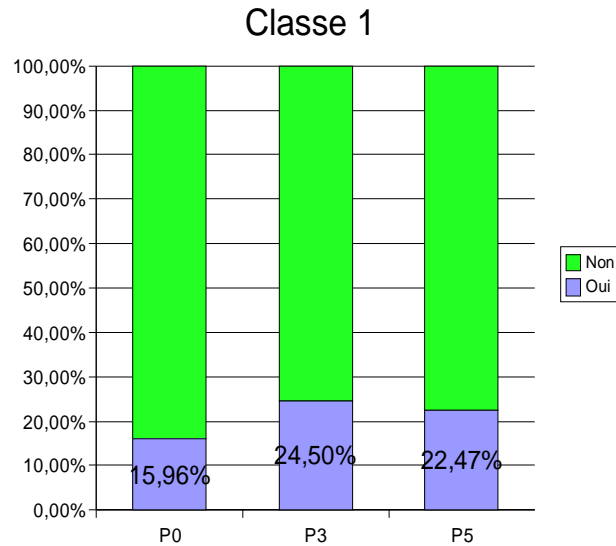
patients ayant eu une évaluation finale



Evaluation finale

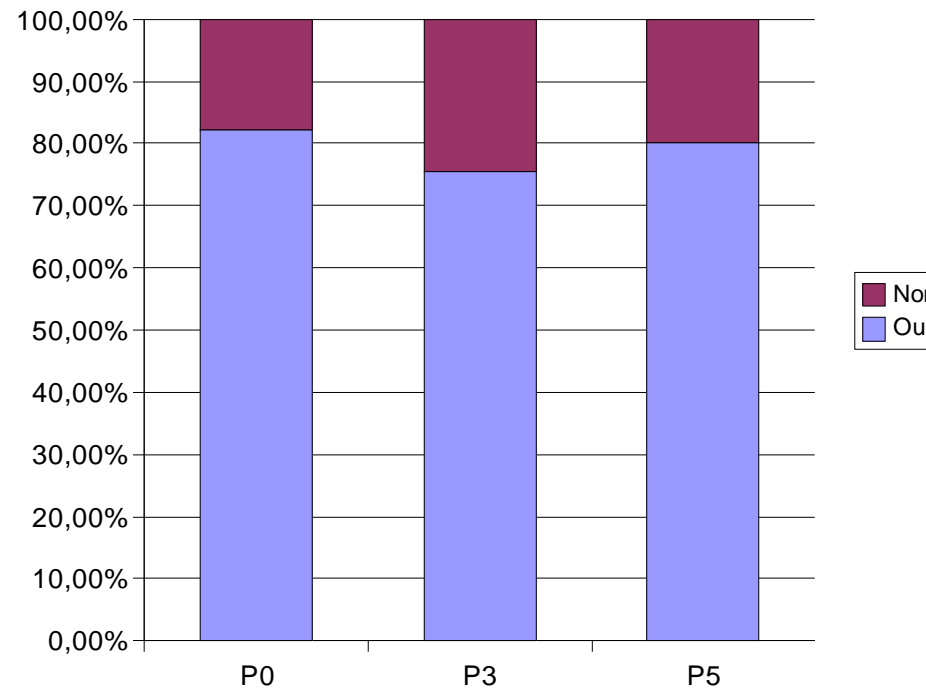


☐ En fonction de la classe de douleur



- ❑ Sa mesure passe nécessairement par une évaluation finale

taux de patients soulagés

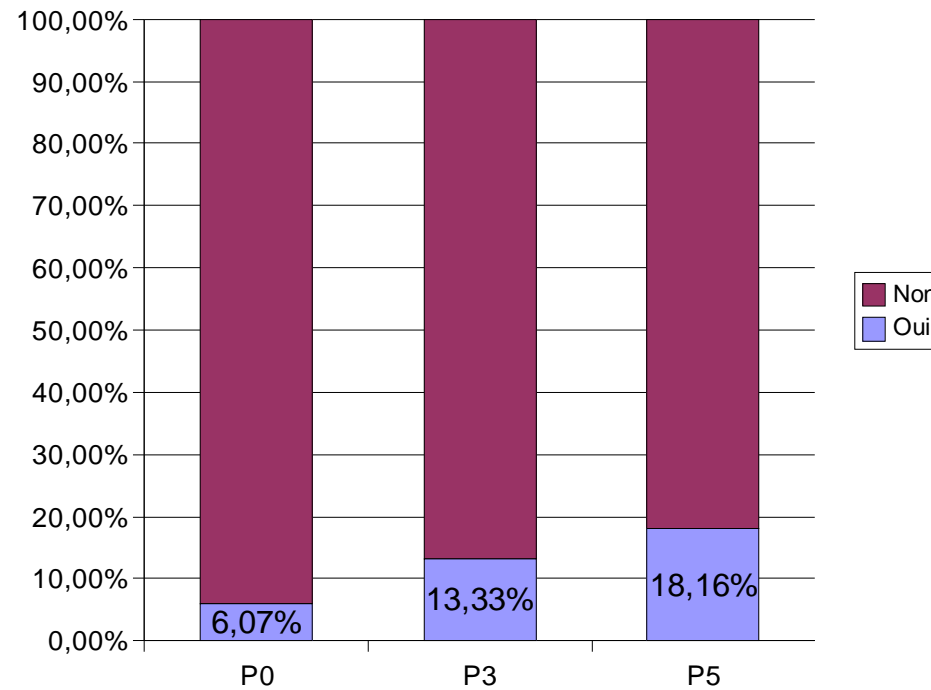


Le soulagement



☐ Le vrai taux de soulagement

taux de patients soulagés



Discussion et synthèse



- ❑ Progression de l'évaluation initiale
- ❑ Cette progression est indépendante de la classe douleur
- ❑ Le délai de traitement est directement lié au délai d'évaluation
- ❑ Une utilisation toujours insuffisante des morphiniques
- ❑ Une évaluation finale qui progresse sur les 3 périodes
 - De façon significative mais ... lié à la classe 3
 - Une marge de progression importante
- ❑ Un soulagement encore insuffisant
 - Dépendant de l'évaluation finale
 - Pas de différence significative
- ❑ La thérapeutique et la mesure du soulagement sont la prochaine étape
- ❑ Pérenniser et consolider les réussites sur l'évaluation et son délai

Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences



Programme

10h00

10h30

10h45

11h30

11h45

12h30

Déjeuner

13h30

14h30

Clôture

Programme

10h00

10h30

10h45

11h30

11h45

12h30

13h30

14h00

Clôture

Améliorer la thérapeutique :

Rappels synthétiques

Présentation de protocoles GEDOU

- Algorithmes décisionnels et Algo. de sortie
- Titration
- Douleur induite par les soins

Rappel - Les traitements



☐ Les morphiniques

- **Irremplaçables** au SAU
- Règles d'utilisation et surveillance
- IV, titration
- Délai d'action antalgique de la morphine : 15 min
- Durée d'action : 4 heures
- Durée de reliquat d'activité : 4 heures
- Dose de départ 0,1 mg / Kg

☐ Les non morphiniques

- Utilisables la plupart du temps
- IV
- Pas de dépression respiratoire
- Paracétamol, AINS, les anxiolytiques

Rappel - Les autres traitements



- AL et ALR

- Lidocaïne : action rapide, prolongée

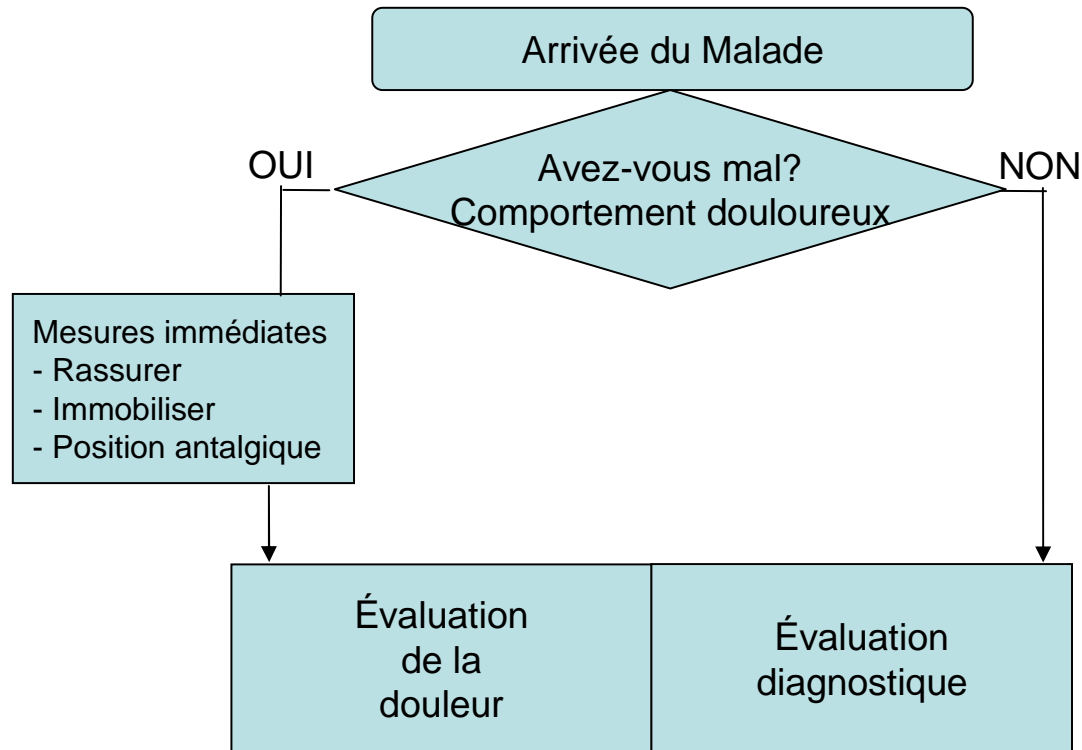
- Le protoxyde d'azote

- Les immobilisations

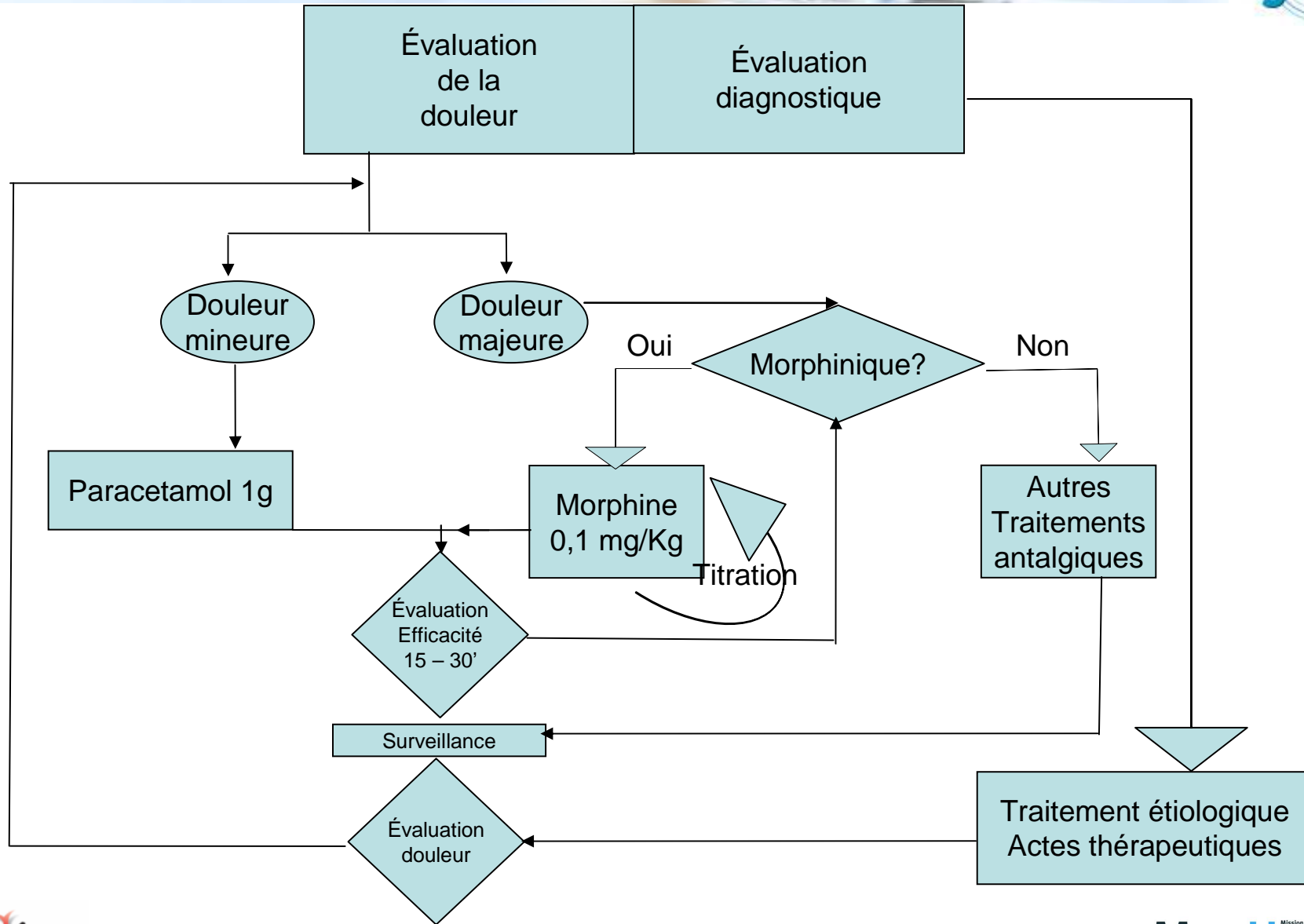
- ❑ Quand ne pas la prendre en charge
 - Jamais ou presque :
 - L'insuffisant respiratoire (bénéfice/risque)
 - Le toxicomane

- ❑ La place de l'infirmière
 - Essentielle dans le délai de PEC
 - Protocoles thérapeutiques possibles
 - Surveillance

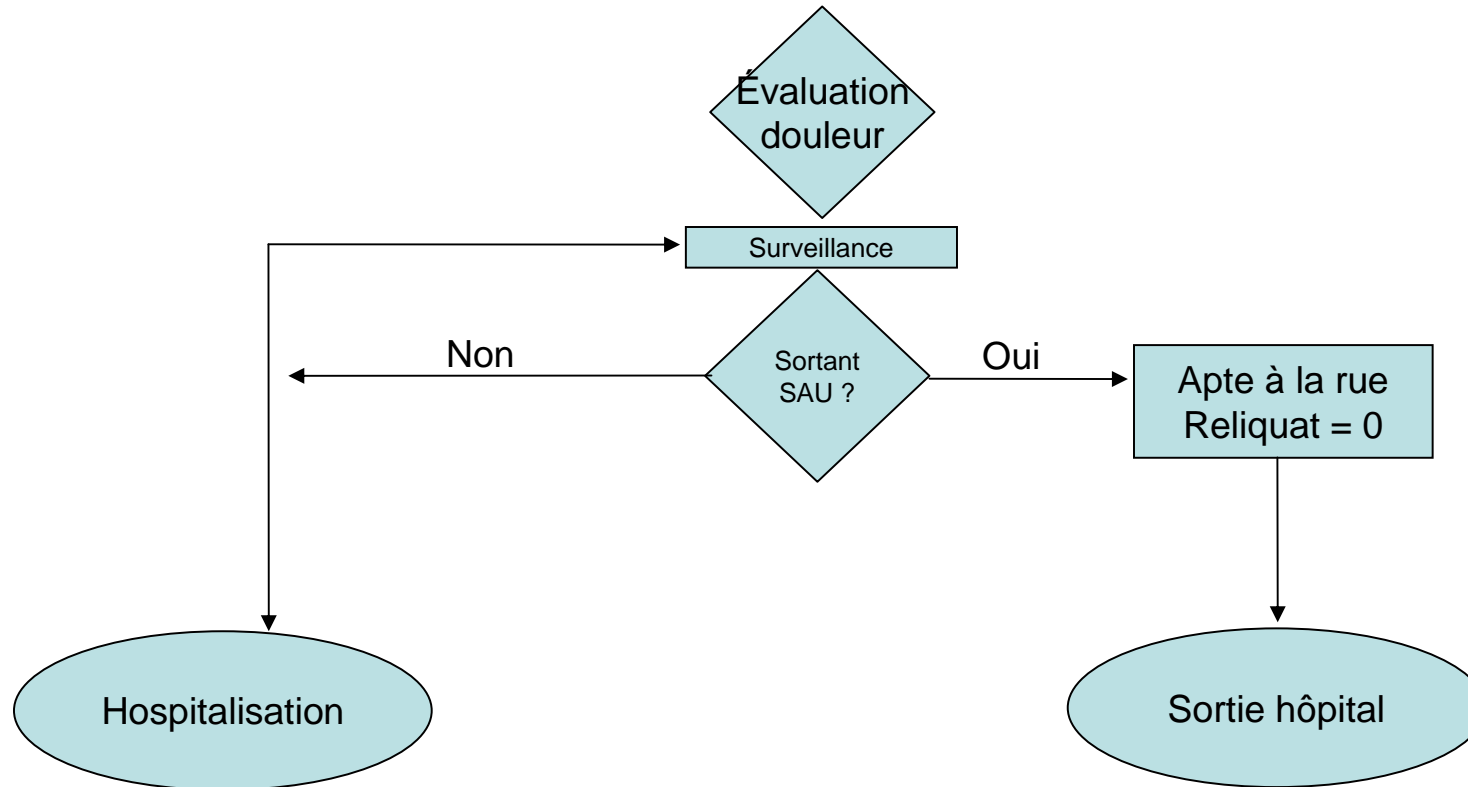
Rappel - La conférence de 1993 (1)



Rappel - La conférence de 1993 (2)



Rappel - La conférence de 1993 (3)



Rappel - La titration morphinique

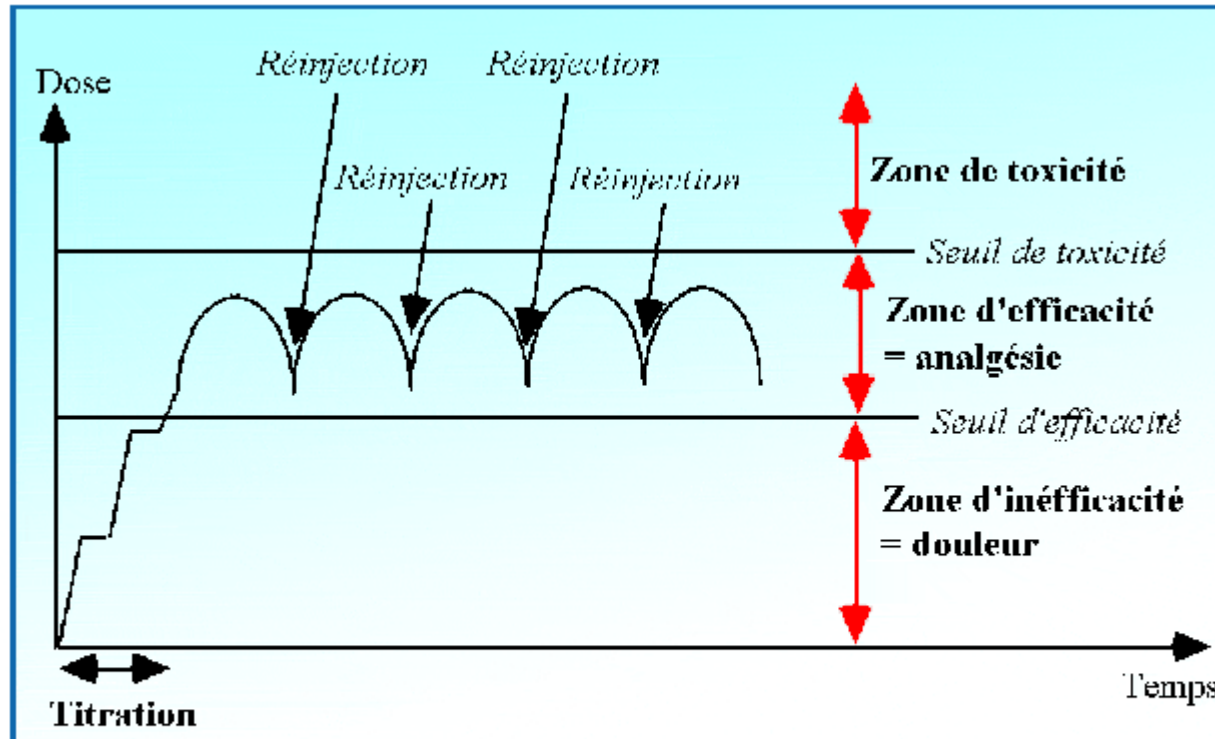


Figure 3 : Technique d'analgésie morphinique correcte associant une titration initiale et des réinjections à bonne posologie et à horaires fixes permettant de maintenir les seuils plasmatiques d'analgésique dans la zone d'efficacité.

Présentation – GEDOU





- Programme
- 10h00
- 10h30
- 10h45
- 11h30
- 11h45
- 12h30
- 13h30
- 14h30

Clôture

**Rappel de jalons suivants
prochaine journée nationale**

□ Jalons :

- Première période de recueil :
 - P6 à partir du **1^{er} mars**

- Autres recueils :
 - Seconde période de recueil de données : **P7 en octobre 2010**
 - Troisième période de recueil de données : **P8 en décembre**

- Journées nationales :
 - J 2 : 22 juin 2010
 - J 3 : 7 décembre 2010

Ordre du jour de la journée du 22 juin 2010

- ☐ Matinée : présentation des résultats (relevé 1^{er} trimestre)
 - Evolution des indicateurs initiaux !
 - Pourquoi à la baisse ? Pourquoi à la hausse ou le maintien de niveaux élevés ?
 - Présentation par certains centres : appel à volontaires ?
 - Questions par rapport au projet ?

- ☐ Après midi : 3 tables rondes
 - Modalités thérapeutiques

Vos interlocuteurs



☐ **Christelle Trichard**

- christelle.trichard@ageal.com
- 04 78 71 74 30

☐ **Guillaume Nathan**

- guillaume.nathan@ageal.com
- 04 78 71 74 30

☐ **Ariski Taleb**

- ariski_t@hotmail.com

☐ **Jocelyne Borel-Kühner**

- jocelyne.borelkuhner@chi-eureseine.fr

☐ **Agnès Ricard-Hibon**

- agnes.ricard@bjn.ap-hop-paris.fr

☐ **Sophie Guéant**

- sophie.gueant@gmail.com



Programme

10h00

11h00

11h30

12h00

13h30

16h30

clôture

**Merci de votre participation et de
votre attention**

Bon courage et rendez-vous le 22 juin ...