



ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

EVS : *Echelle Verbale Simple*

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

IN : Indolés

Cel : Celecoxib

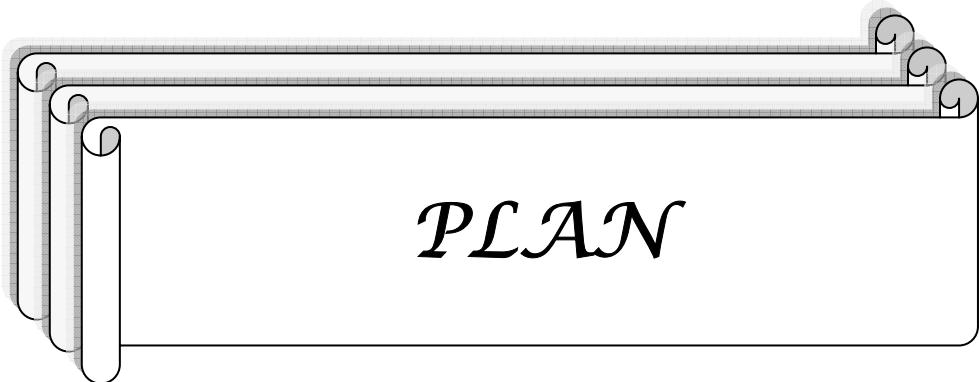
Rof : Rofecoxib

ATB : Antibiotique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

MPQ : Mac Gill Pain Questionnaire

SAU : Service Ambulatoire des urgences



PLAN

INTRODUCTION.....	1
MATERIELS ET METHODE	
4	
A- Objectifs	5
B- Concernant la population.....	5
C- Concernant la douleur.....	5
1. Intensité.....	5
2. Localisation.....	6
3. Signes accompagnateurs.....	6
D- Concernant le diagnostic.....	6
E- Concernant le traitement.....	6
F- Concernant la conduite à tenir.....	7
RESULTATS	8
A- LA POPULATION.....	9
1. Age.....	9
a- Répartition de la tranche d'âge.....	9
b- Extrême et moyenne d'âge.....	9
2.	
Sexe.....	10
B- LA DOULEUR.....	10
1. Type de la douleur.....	10
2. Intensité de la douleur.....	11
a. Intensité de la douleur : EVA, EN, EVS.....	11
b. Répartition des malades selon l'intensité de douleur exprimée a l'échelle verbale simple EVS	11
c. Extrêmes et moyennes des échelles d'évaluation de la douleur : EN, EVA, EVS.	12
d. Répartition selon la classe de	

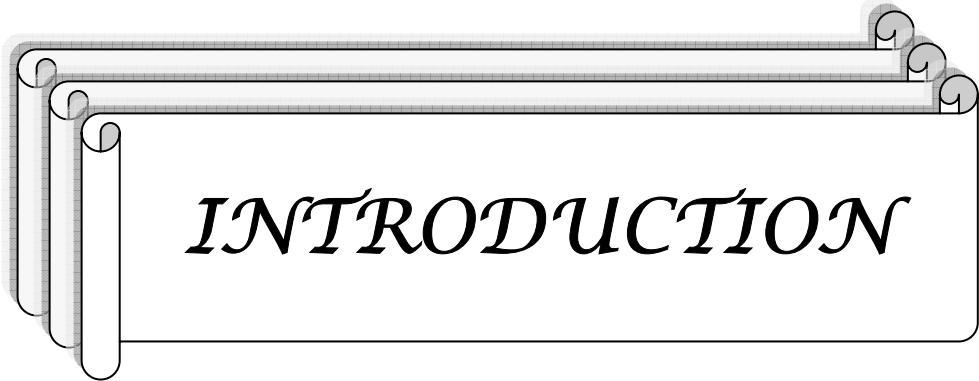
I'EN.....	12
e. Répartition selon la classe de l'EVA.....	13
f. Répartition selon la classe de l'EVS.....	14
g. Répartition selon la classe de l'EVA et le sexe.....	14
h. Répartition selon la classe de l'EN et le sexe.....	
15	
i. Répartition selon la classe de l'EVS et le sexe.....	16
j. Moyennes de l'EVA et EN par sexe.....	
sex.....	17
k. Moyenne de l'EVS par sexe.....	18
l. Répartition et moyenne de l'EVA et l'EN selon la classe d'âge.....	19
m. Evolution de la douleur au cours du temps pour les malades ayant été traités aux urgences.....	20
n. Evolution des réponses des patients selon EVA, EN et EVS.....	20
3. Localisation de la douleur.....	21
C- LE TRAITEMENT.....	22
1. Répartition des traitements prescrits.....	22
2. Voies d'administration des AINS.....	23
3. Voies d'administration des autres antalgiques.....	24
4. Voies d'administration des Coantalgiques.....	25
D- CONDUITE A TENIR.....	25
1. Répartition de la totalité des CAT.....	25
2. Pourcentage des CAT.....	26
ANALYSE ET DISCUSSION.....	28
A. EVALUATION DE LA DOULEUR.....	30

1. Définition de la douleur.....	30
2. Expression et signes cliniques de la douleur.....	31
3. Nécessité de l'évaluation.....	32
4. Outils d'évaluation de la douleur.....	33
a- Les échelles globales unidimensionnelles.....	33
a.1 Echelle Verbale Simple ou EVS.....	33
a.2 Echelle Numérique ou EN.....	34
a.3 Echelle Visuelle analogique ou EVA.....	35
b- Les échelles multidimensionnelles.....	35
c- Les échelles comportementales.....	36
B. TRAITEMENT DE LA DOULEUR AUX URGENCES.....	37
C. ETUDE SOCIOLOGIQUE.....	39
D. PATHOLOGIES CONCERNÉES.....	39
E. ETUDE DE LA DOULEUR.....	40
F. LE TRAITEMENT.....	44
G. PROPOSITIONS D'AMELIORATION.....	46
1. Evaluation de la douleur avant et après le traitement antalgique.....	46
2. Les acteurs de la prise en charge antalgique.....	47
3. L'accueil et la communication.....	47
4. Enseignements de la douleur et formation continue.....	48
5. Organisation des unités ou centres de traitement de la douleur (CTD)	49
 CONCLUSION.....	50

RESUMES

BIBLIOGRAPHIE

Rapport-Gratuit.Com



INTRODUCTION

La douleur à longtemps été sinon négligée, du moins peu considérée, reléguée au plan de parent pauvre dans la recherche médicale.

Pourtant, l'histoire de la médecine est associée à la notion même de soulagement de la douleur, c'est l'une des obligations de tout médecin, quel qu'il soit, clairement énoncée dans le serrement d'Hippocrate.

Il peut sembler donc étonnant de devoir attendre le troisième millénaire pour définir la douleur comme priorité. Cependant, ceci pourrait être expliqué par deux facteurs essentiels :

D'une part, par la complexité du sujet ; en effet, l'étude de la douleur se heurte à une difficulté d'appréhension. Il est peu aisé de dégager une définition complète et cohérente tant le terme de douleur recouvre des expériences psychologiques variées [1]. Il existe en fait une multitude de syndromes douloureux identifiés et répertoriés par le comité de taxonomie de l'association internationale de la douleur.

Ainsi la douleur est souvent considérée comme une entité « il n'y a rien de comparable entre douleur postopératoire, une migraine, une lombalgie ou une douleur en rapport avec le cancer » [2].

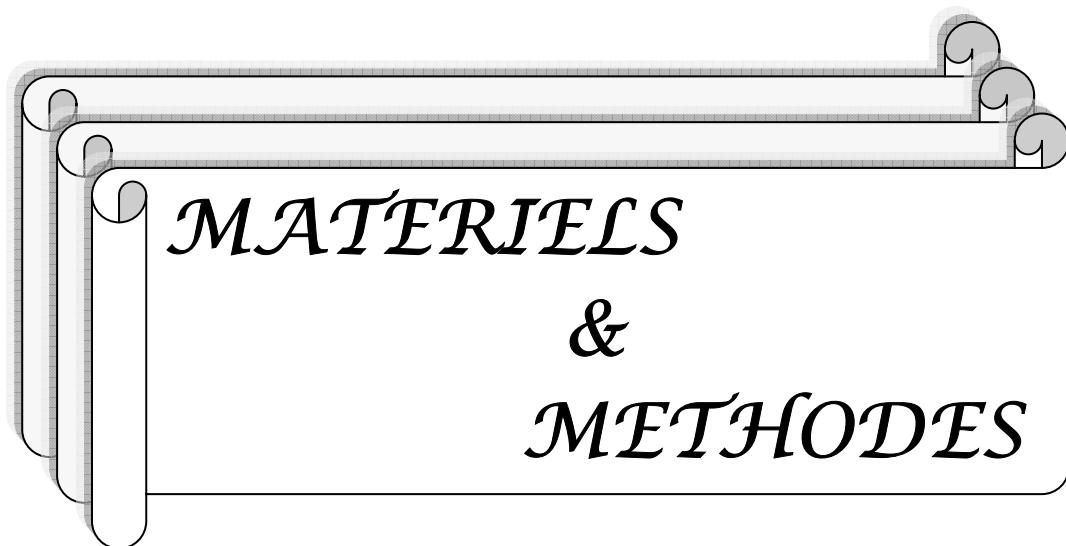
D'autre part, la douleur a traditionnellement été cantonnée principalement au rôle de signe, de symptôme, sans être l'objet d'un traitement. En effet, dans les ouvrages de médecine la douleur en tant qu'élément concourant au diagnostic occupe une place importante, mais elle disparaît presque totalement lorsque la thérapeutique est abordée [3].

Le développement du concept Pain Clinique, créé en 1946 par l'anesthésiste américain JOHN J. BONICA [4], va constituer un tournant de l'histoire de la douleur, en aboutissant à la création d'espaces propres pour son traitement. Cependant, se sont principalement les douleurs chroniques qui ont motivé ces recherches [5], amenant ainsi l'action médicale à se focaliser sur la douleur elle-même et non plus seulement sur sa cause. Mais cette tendance ne prendra toute sa mesure que lorsqu'elle débordera du cadre médical et que la politique viendra s'en mêler, faisant du soulagement de la douleur un impératif absolu. Il y a aujourd'hui une véritable volonté éthique et politique de prendre en compte la douleur. Mais, en fait, les modalités pratiques de

réalisation de l'analgésie restent encore imparfaitement définies et très variables d'un service à l'autre. L'absence d'outil d'évaluation testé et validé et de recommandations thérapeutiques documentées constitue sans doute une gêne à l'optimisation de l'analgésie aux urgences. Car mesurer l'intensité douloureuse sous-entend une démarche thérapeutique adaptée à l'intensité (choix de l'antalgique et voie d'administration) [6]. Son évolution dans le temps permet de mesurer l'efficacité du traitement institué. La quantification renforce la pratique du dépistage systématique de la douleur et de la prise en compte par le soignant. Elle implique une traçabilité par une procédure écrite et surtout l'emploi de descripteurs de l'intensité communs aux soignants successifs. Elle s'inscrit comme critère dans le processus de qualité du soin [7, 8]. En établissant un score de son intensité, on rapproche la douleur des constantes vitales recueillies en médecine d'urgence. La quantification de l'intensité douloureuse repose sur l'emploi d'outils objectifs, reproductibles et sur leur faisabilité. Certains outils sont admis dans la douleur chronique et la douleur postopératoire [9-10]. En effet, il n'existe que peu d'études consacrées à l'évaluation de la douleur et l'efficacité de la prise en charge thérapeutique, aux urgences [11, 12]. Cependant, une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ne peut être entreprise sans avoir préalablement évalué l'efficacité et les insuffisances des pratiques habituelles.

C'est pour cette raison que nous avons choisi de consacrer notre étude à l'évaluation de la douleur, prépondérante dans les services des urgences.

L'avantage de cette étude prospective est qu'elle n'utilise pas un corpus d'informations préexistantes dans des dossiers de malades, mais se fonde sur une enquête originale. Ceci a permis d'adapter spécifiquement les informations à recueillir à un objectif prédéfini, sans compromis. De ce fait, notre étude se propose d'évaluer ses avancées dans le cas du service des urgences de l'hôpital Avicenne de MARRAKECH, et de mettre en exergue les lacunes persistantes ainsi que les limites contextuelles. Nous tenterons alors de suggérer quelques voies pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur aux urgences.



I. Objectifs :

Evaluer la douleur dans un service des urgences.

II. Type D'étude :

C'est une étude prospective d'une durée de 8 mois du 25 Avril au 24 Novembre 2008 qui vise à évaluer la douleur dans le service des urgences de l'hôpital AVICENNE de Marrakech. Une fiche d'exploitation a été établie pour chaque malade consultant pour douleur.

III. Concernant La Population :

Critères d'inclusion :

Ont été inclus tous mes patients présentant une douleur :

- Quelque soit son type (aigue ou chronique)
- Quelque soit l'âge
- Quelque soit le sexe

IV. Concernant La Douleur :

1- Intensité :

Nous avons utilisé comme outil d'évaluation :

L'Echelle Visuelle Analogique EVA.

L'Echelle Numérique EN.

L'Echelle Verbale Simple EVS.

Ce qui nous permettra après de les comparer en prenant compte que :

- EVA= [1-5] correspond a douleur modérée ; EVA= [6-7] correspond a douleur intense et EVA= [8-10] correspond a douleur très intense.
- EN= [1-5] a douleur modérée ; EN= [6-7] correspond a douleur intense et EN= [8-10] correspond a douleur très intense.
- EVS= Douleur absente=0 ; faible =1 ; modérée =2 ; intense =3 ; extrêmement intense=4 ; douleur maximale imaginable=5,

2- Localisation :

Nous avons essayé de regrouper les localisations de la douleur : Thoracique, colique néphrétique, céphalées aigües, abdominale, pelvienne, douleur des membres, otalgie, autres.

3- Signes accompagnateurs :

Nous avons choisis ceux qui nous ont parus les plus fréquents et les plus susceptibles d'accompagner une douleur.

V. Concernant le traitement

Nous avons pris en considération la classe à laquelle appartient le traitement, et le mode d'administration.

Nous les avons classés ensuite en groupes :

1- Anti-inflammatoires non stéroïdiens= AINS, comprenant le Diclofenac (D) ; le Peroxicam(P) ; le Tenoxicam (T) ; le Meloxicam (M) ; l'ibuprofène(IB) ; les Indolés(IN) ; le Ketoprofene(K) ; Celecoxib(CEL) ; Rofecoxib(Rof).

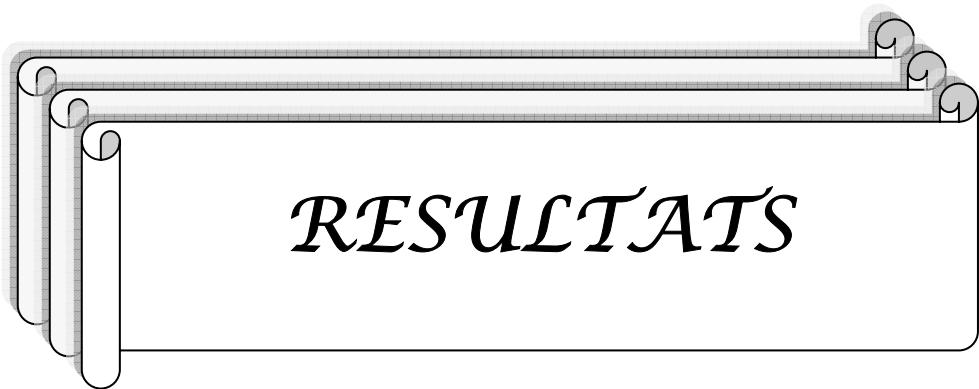
2- Autres antalgiques :

- + Paracétamol seul ou associé a la dextropropoxyphène ou à la codéine.
- + Salicylés seuls ou associés.

- 3- Les co-antalgiques comprenant : les antispasmodiques, les myorelaxants et la vitamine B.
- 4- Les antiacides.
- 5-Autres incluant :
 - + Les moyens médicamenteux : Corticoïdes (AIS), Antidépresseurs, Diazépam, Antibiotiques (ATB), Magnésium et calcium.
 - + Les moyens non médicamenteux : – Le sondage
 - La ponction pleurale ou d'ascite
 - L'exsufflation
 - Les pansements alcoolisés
 - Les plâtres
 - + Les règles hygiéno-diététiques comprenant : le repos sur plan dur, la décharge d'un membre, la perte de poids, la surveillance de l'alimentation, le sport, l'éviction de tabac ou d'alcool...
- 6- Spécialités : comprend les médicaments de la spécialité ne faisant pas partie des antalgiques et qui traitent les symptômes accompagnant la douleur.
Exemple : anti-diarrhéiques, bronchodilatateurs, anti-sécrétoires...

VII. Concernant La Conduite A Tenir :

- 1- Sortie : le médecin juge que le malade peut repartir chez lui
- 2- Hospitalisation : Le malade est hospitalisé



RESULTATS

I. CONCERNANT LA POPULATION :

1- âge :

1-1 Répartition de la tranche d'âge : (fig. 1)

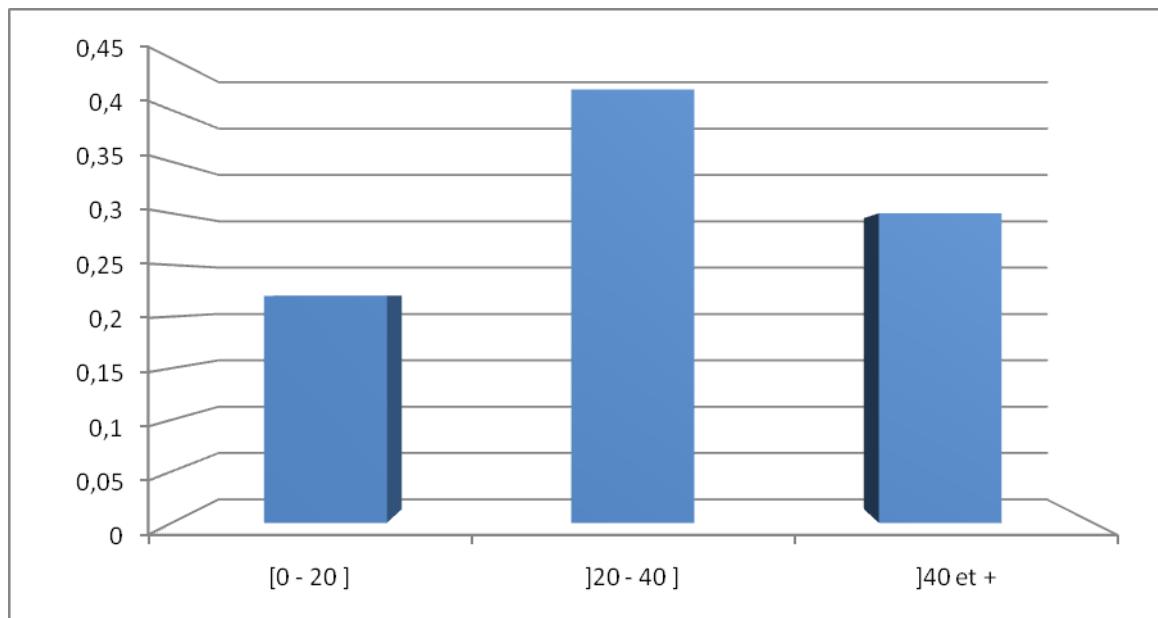


Figure 1 : Répartition des tranches d'âge

Nous avons réparti l'âge de la population en tranches d'âge de [0 – 20],] 20 – 40], et] 40 et + ; la tranche] 20 – 40] représente 42%.

1-2 Extrême et moyenne d'âge : (Résumé dans le tableau 1)

Tableau I : Extrême et moyenne d'âge

Nombre de cas	Age minimum	Age maximum	Moyenne d'âge	Ecart type
105	15 ans	80 ans	38,43	10,60

2- sexé :

Répartition de la population selon le sexe : (fig. 2)

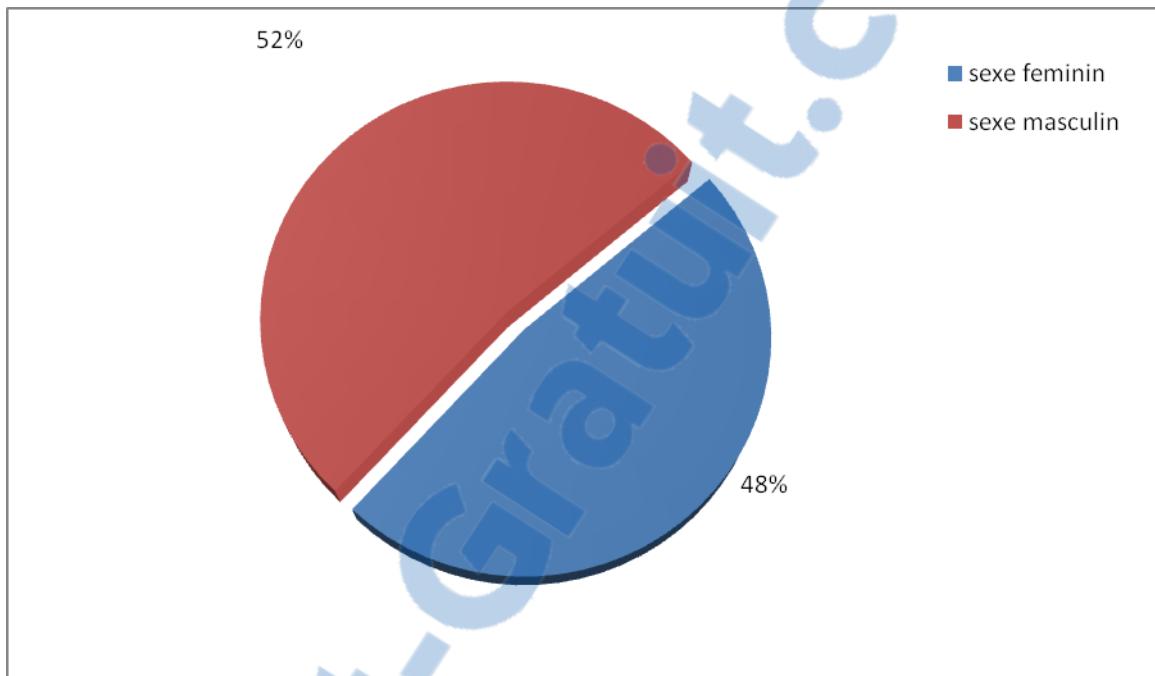


Figure 2 : Répartition selon le sexe

Il y a autant de femmes que d'hommes.

II. CONCERNANT LA DOULEUR :

1- Type de la douleur : (fig. 3)

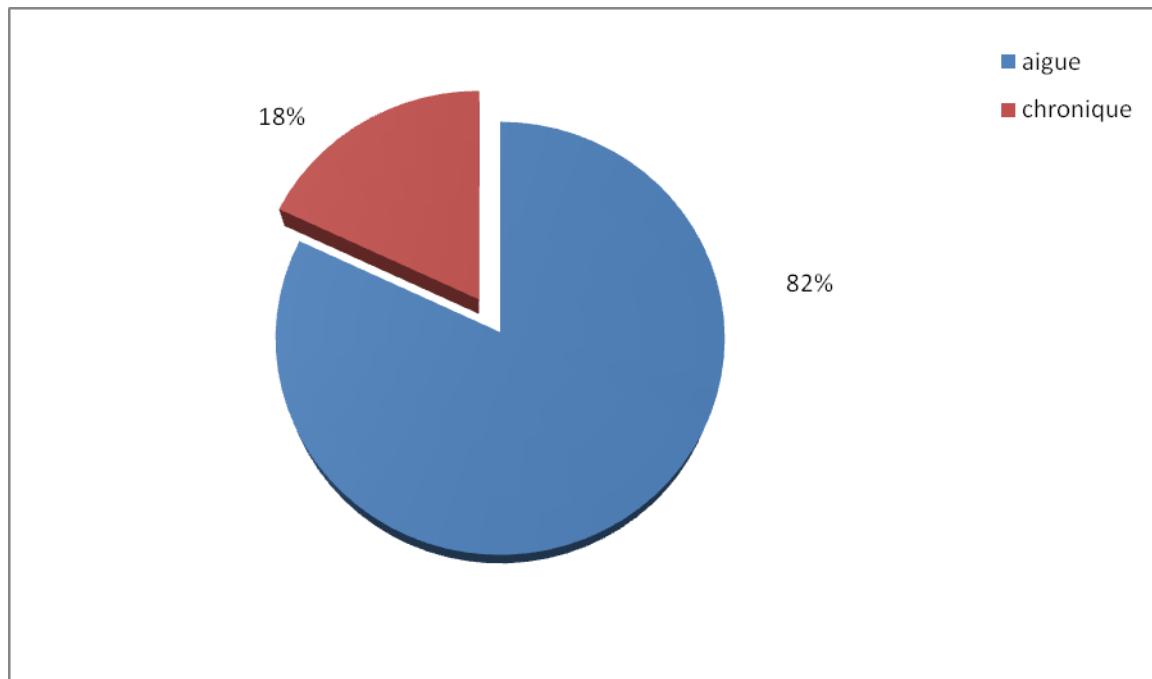


Figure 3 : Répartition selon le type de la douleur

2- Intensité de la douleur :

2-1 Répartition des malades selon l'intensité de la douleur en fonction du type d'échelle d'évaluation à l'entrée : Tableau 2

Tableau II : Intensité de la douleur en fonction du type d'échelle d'évaluation à l'entrée

Intensité de la douleur	EN	EVA
[1-5]	19%	15%
[6-7]	35%	40%
[8-10]	44%	25%
Non évaluée	2%	20%

2-2 Répartition des malades selon l'intensité de douleur exprimée a l'échelle verbale simple EVS :

Tableau II : Intensité de douleur exprimée a l'échelle verbale simple EVS

Intensité	EVS
[0-1]	1%
[2-3]	86%
[4-5]	11%
Non évaluée	2%

La douleur exprimée modérée ou intense domine avec 86%.

2-3 Extrêmes et moyennes des échelles d'évaluation de la douleur : EN, EVA, EVS (Tableau 3)

Tableau III : Extrêmes et moyennes des échelles d'évaluation de la douleur

Echelle d'évaluation	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
EN	4	10	7,03	3,53
EVS	1	5	2,72	0,70
EVA	4	10	7,15	0,70

2-4 Répartition selon la classe de l'EN : (fig. 4)

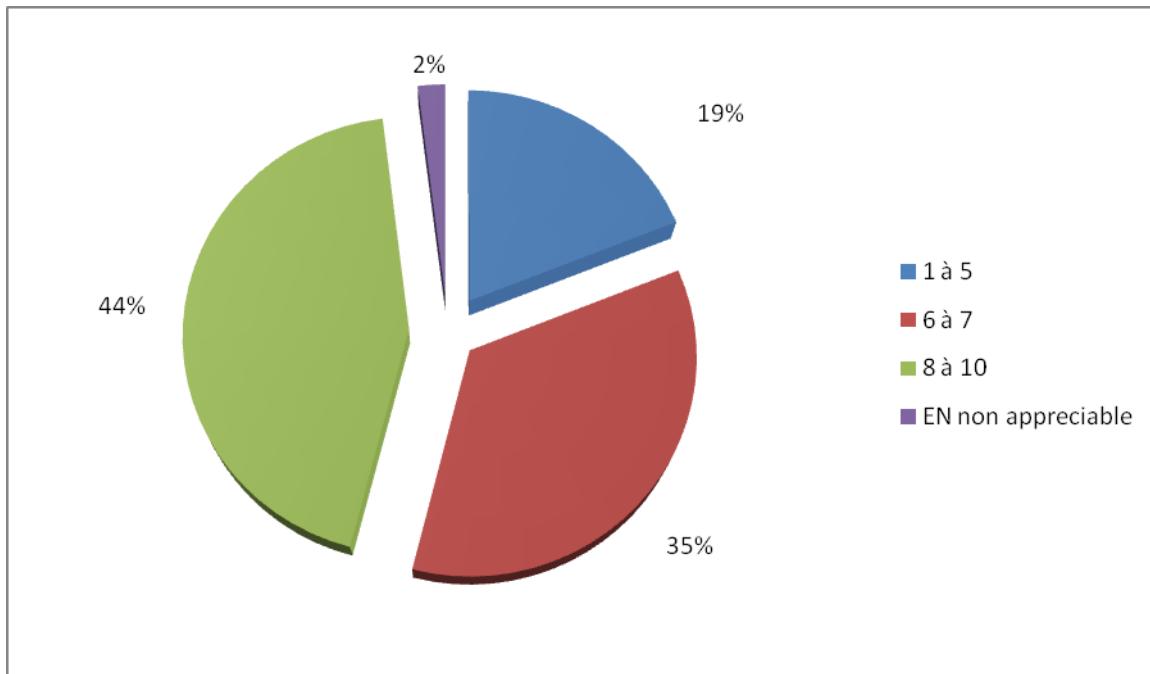


Figure 4 : Répartition selon la classe de l'EN

La majorité des malades (44%) considèrent la douleur comme très intense.

2-5 Répartition selon la classe de l'EVA : (fig. 5)

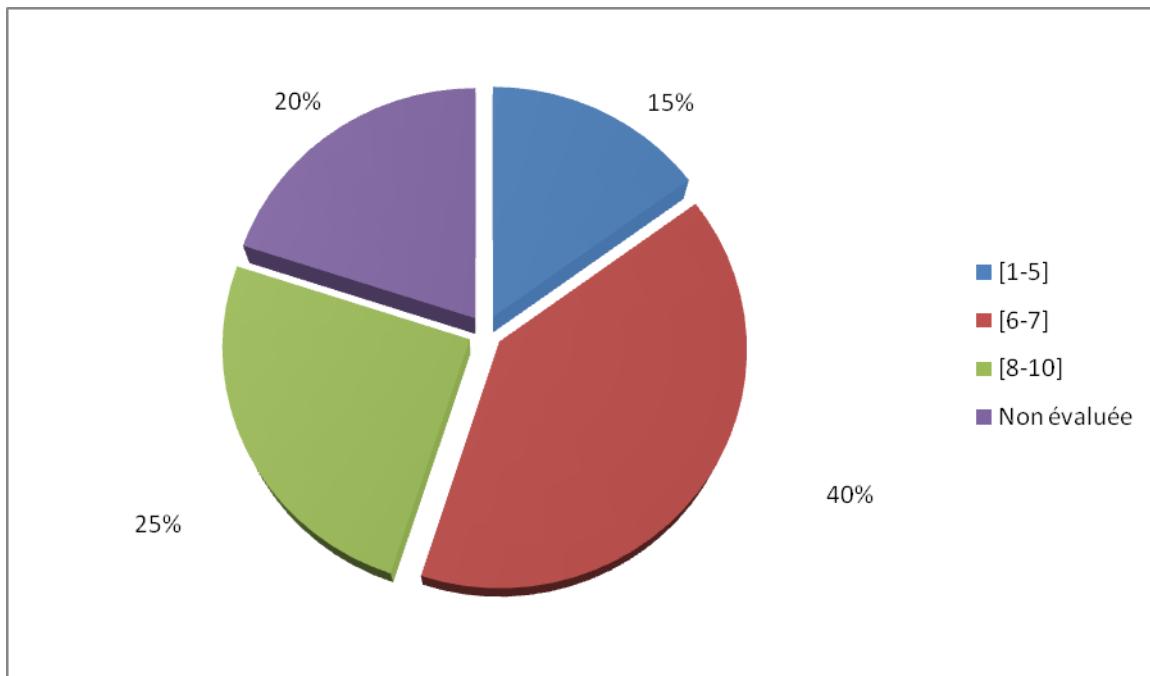


Figure 5 : Répartition selon la classe de l'EVA

40% des malades considèrent la douleur comme très intense ; 25% la considèrent comme intolérable, 15% des patients considèrent leur douleur comme modérée alors que l'EVA était non évaluée chez 20 % de l'échantillon.

2-6 Répartition selon la classe de l'EVS : (fig. 6)

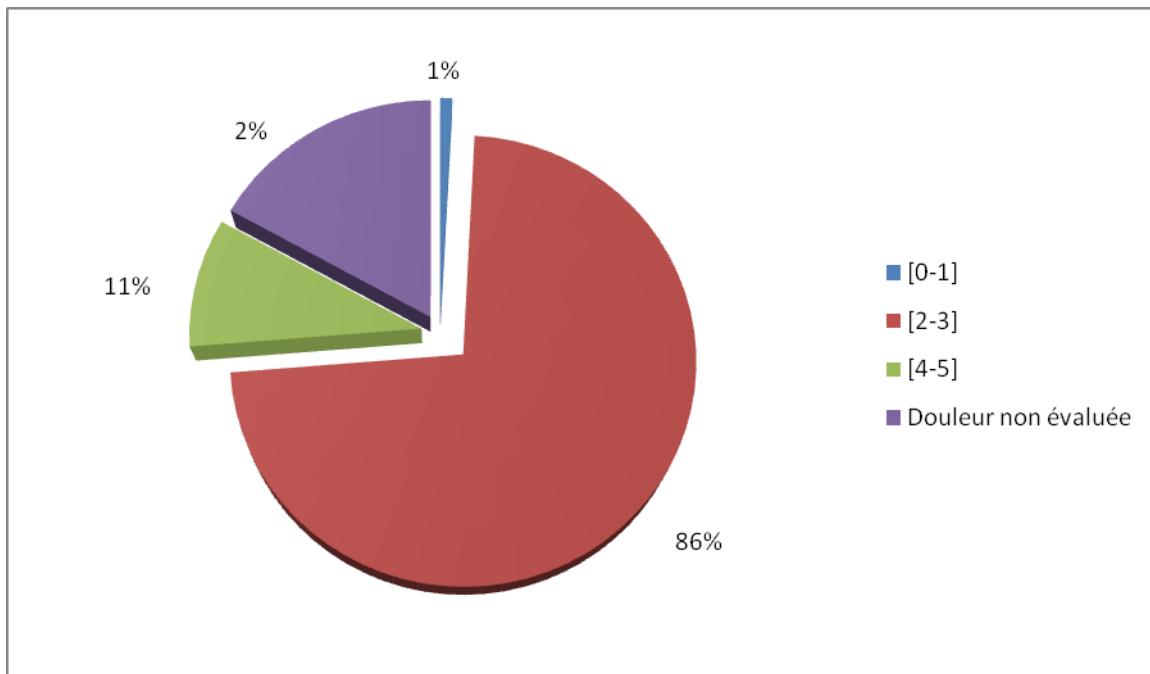


Figure 6 : Répartition selon la classe de l'EVS

La majorité des malades 86% considèrent la douleur comme modérée à intense.

2-7 Répartition selon la classe de l'EVA et le sexe : (fig. 7)

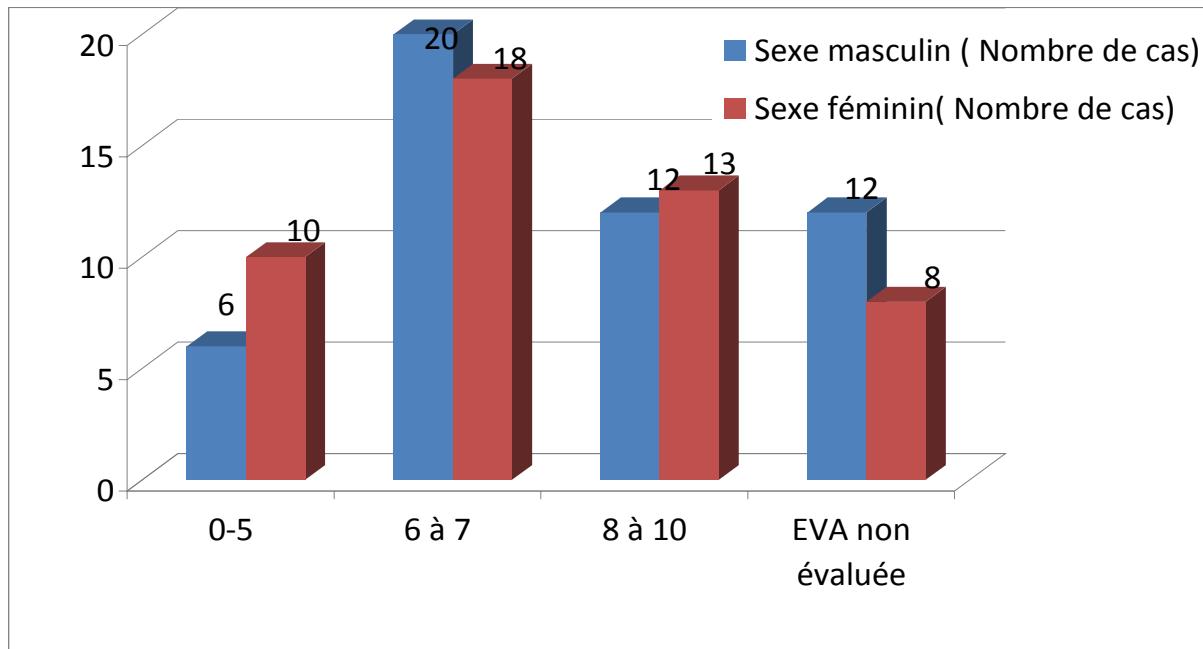


Figure 7 : Répartition selon la classe de l'EVA et le sexe

On a sensiblement le même pourcentage pour les mêmes classes de l'EVA aussi bien pour les femmes que pour les hommes, avec une légère différence peu significative : le sexe n'influe pas sur la classe de l'EVA.

2-8 Répartition selon la classe de l'EN et le sexe : (fig. 8)

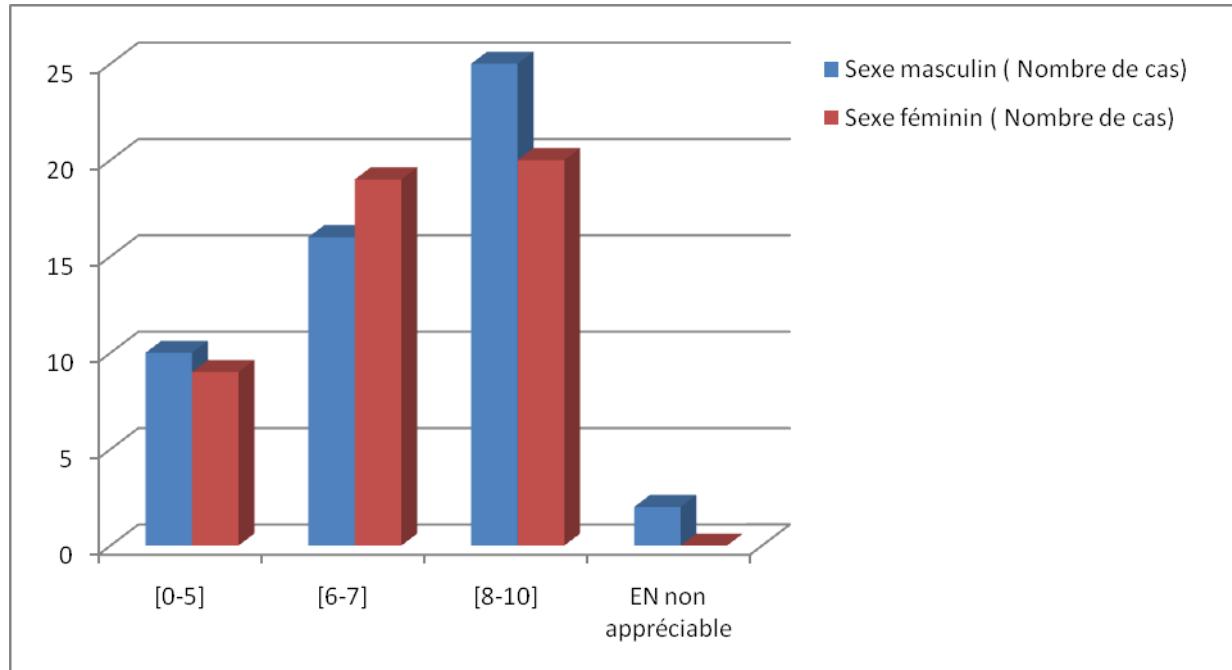


Figure 8 : Répartition selon la classe de l'EN et le sexe

On note que les nombres d'hommes et femmes s'ayant exprimés à l'EN sont sensiblement égaux, avec une différence peu significative : le sexe n'influe pas sur la classe de l'EN.

2-9 Répartition selon la classe de l'EVS et le sexe : (fig. 9)

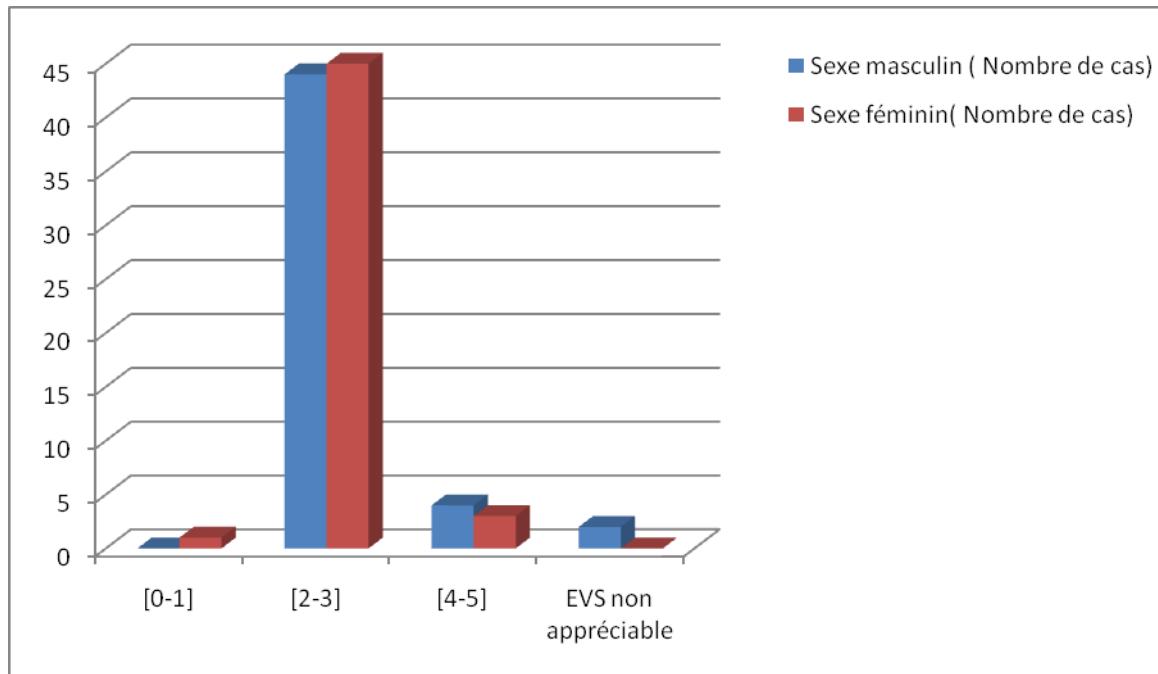


Figure 9 : Répartition selon la classe de l'EN et le sexe

Le sexe n'influe pas sur la classe de l'EVS.

2-10 Moyennes de l'EVA et EN par sexe : (résumé dans le tableau 4)

Tableau IV : Moyennes de l'EVA et EN par sexe

Scores	Sexe masculin		Sexe féminin	
	EVA	EN	EVA	EN
Non appréciable	12	2	8	0
4	0	2	1	2
5	11	8	14	7
6	5	12	11	11
7	9	4	8	8
8	6	13	8	17
9	5	3	5	2
10	4	9	5	1
Moyenne	7,12	8,012	7,562	7,909
Ecart type	2,022	2,156	2,222	2,152

La même moyenne de l'EVA et l'En avec le même écart type pour les femmes et pour les hommes EVA≈ 7 et EN≈ 8, différence non significative (Tableau 4).

2-11 Moyenne de l'EVS par sexe : (tableau 5)

Tableau V : Moyenne de l'EVS par sexe

EVS	Sexe	
	Féminin	Masculin
EVS non appréciable	0	2
2	19	20
3	24	23
4	2	6
5	2	2
Moyenne	2,880	2,904
Ecart type	2,173	2,123

La même moyenne de l'EVA avec le même écart type pour les femmes et pour les hommes ≈ 3, différence non significative (Tableau 5).

2-12 Répartition et moyenne de l'EVA et l'EN selon la classe d'âge. (Tableau 6) :

Tableau VI : l'EVA et l'EN selon la classe d'âge

SCORE	Classe d'âge					
	[0-20]] 20-40]] 40 et +	
	EN	EVA	EN	EVA	EN	EVA
Non appréciable	0	3	2	2	0	3
3	0	0	1	3	1	2
4	2	0	2	1	3	5
5	2	2	4	0	4	6
6	4	4	5	10	6	3
7	0	6	13	5	10	14
8	12	0	10	12	11	13
9	0	5	6	6	6	9
10	1	2	4	7	5	5

Evaluation de la douleur dans un service des urgences

Moyenne	7,231	7,017	8,803	8,569	8,175	8,012
---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Les moyennes d'EVA et EN sont élevées pour les tranches au delà de 20 et 40 ans ≈8.

2-13 Evolution de la douleur au cours du temps pour les malades ayant été traités aux urgences :

Tableau 7 : Evolution de la douleur au cours du temps

DOULEUR	Nombre de malades et pourcentage	
Douleur inchangée à la sortie	N = 7	23,33%
Douleur modifiée a la sortie	N = 23	76,66%

La majorité des patients ayant été traités aux urgences ont senti un soulagement 76,66%, seuls 23,33% n'ont pas éprouvé de soulagement.

2-14 Evolution des réponses des patients selon EVA, EN et EVS : (fig.10)

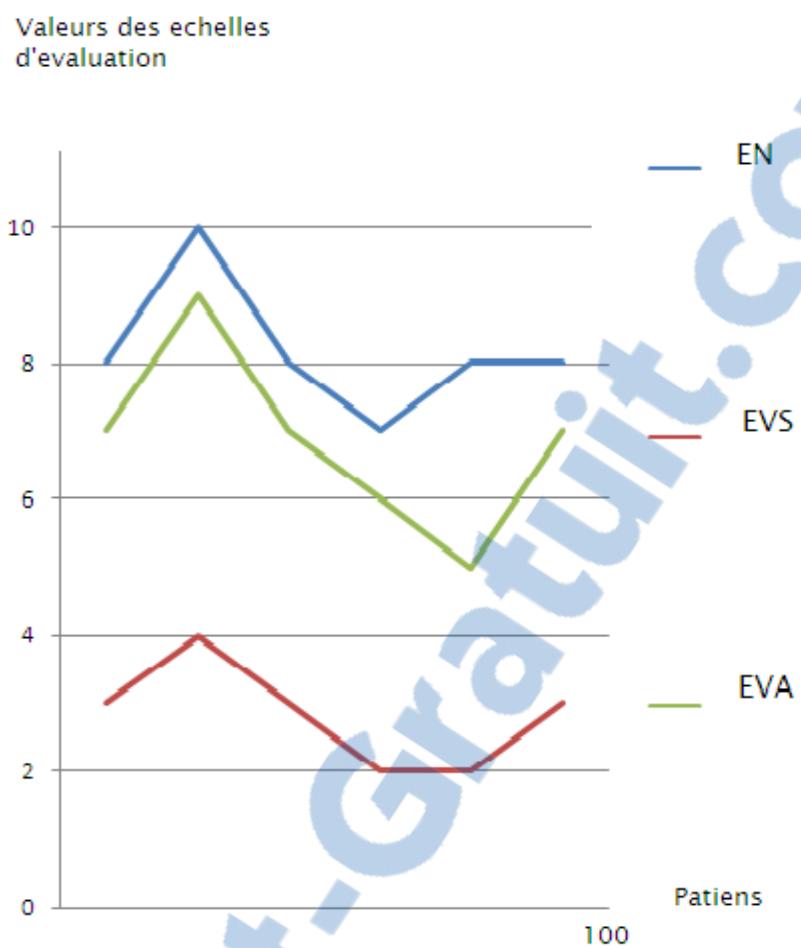


Figure 10: Comparaison entre l'évolution des échelles d'évaluation selon les patients

On note une concordance entre les trois échelles d'évaluations ; avec des chiffres plus élevés sur l'EN par rapport à l'EVA

3- Localisation de la douleur : (fig.11)

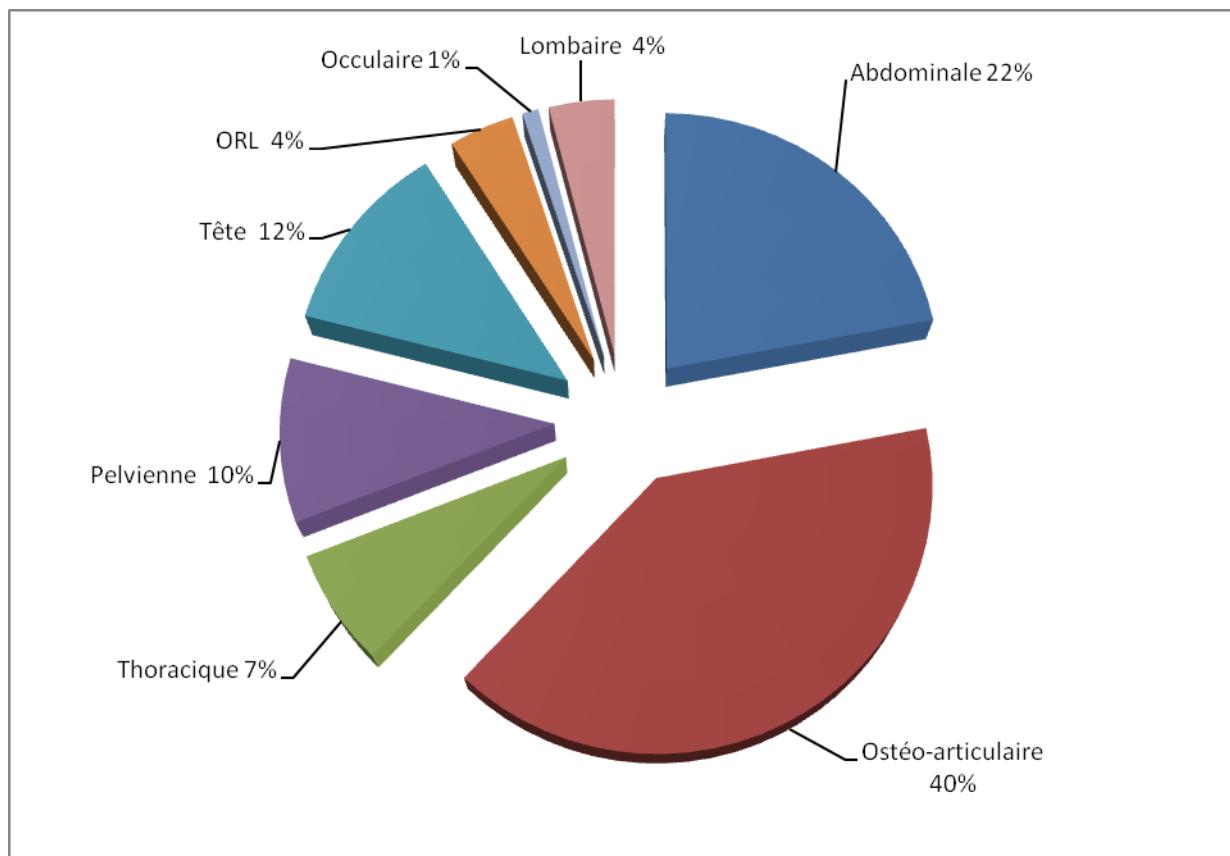


Figure 11 : Localisation de la douleur

Les localisations Ostéoarticulaires, abdominales, pelvienne et thoraciques sont les plus fréquentes et constituent 79%.

III. CONCERNANT LE TRAITEMENT :

1- Répartition des traitements prescrits : (fig.12)

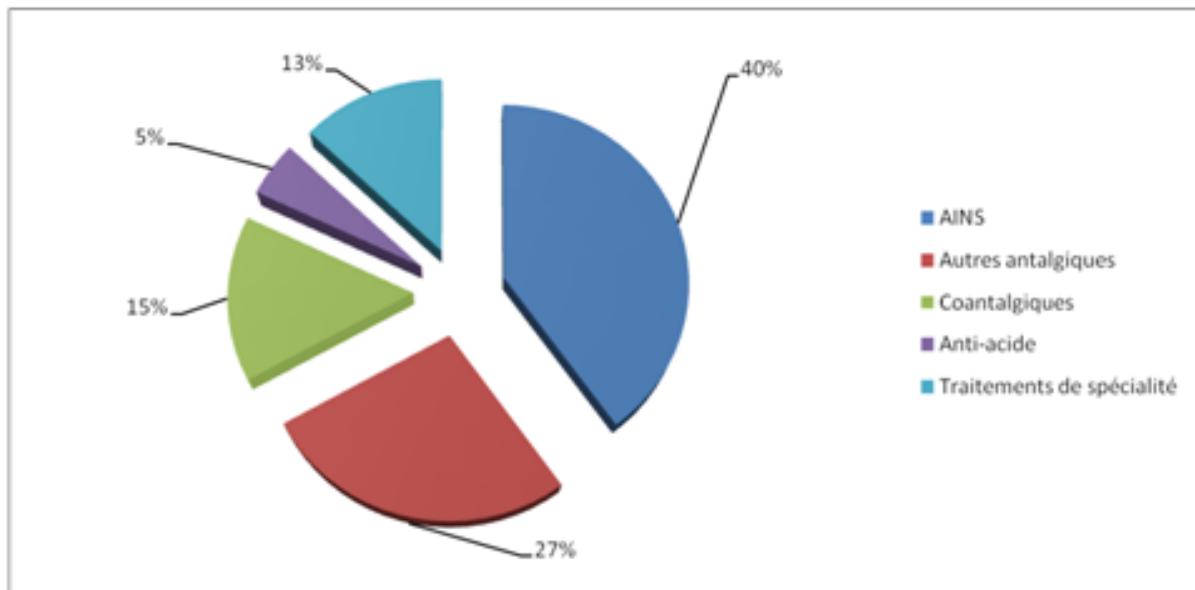


Figure 12 : Répartition des traitements prescrits

- ❖ Les AINS sont les premiers prescrits (40%), suivis de près des autres antalgiques (27%) et qui sont représentés par : le Paracétamol seul ou associé à la dextropropoxyphène ou à la codéine, ainsi que les salicylés.
- ❖ Les Co-antalgiques (15%) sont représentés par les antispasmodiques, et les myorelaxants.
- ❖ Les antiacides représentent (5%).

2- Voies d'administration des AINS : (fig.13)

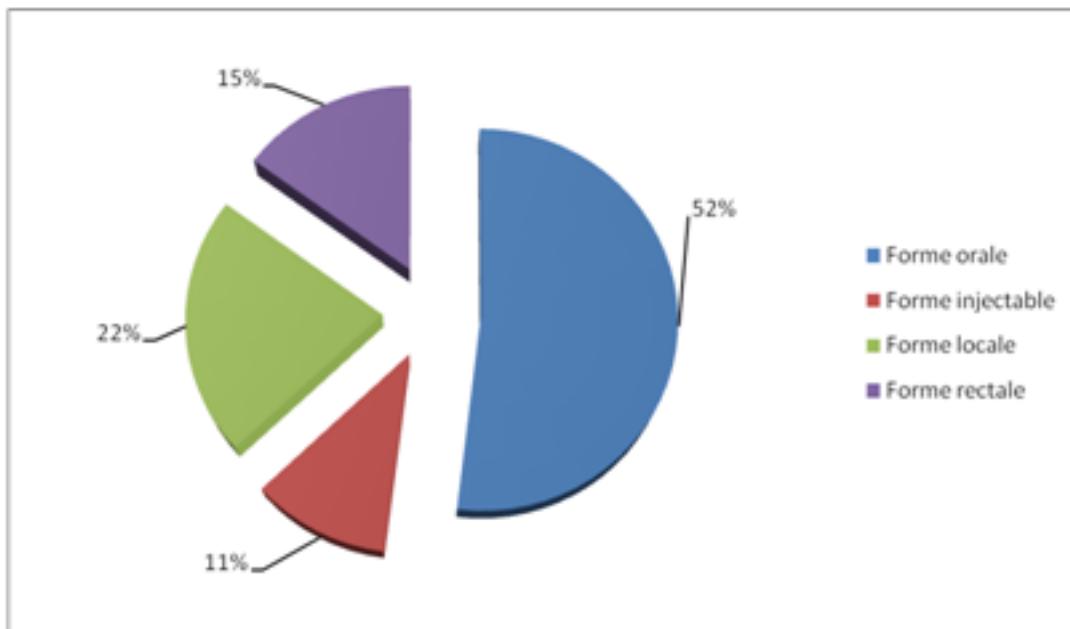


Figure 13 : Voies d'administration des AINS

La voie orale représente la moitié (52%), suivie de la voie locale (22%), de la voie rectale (15%) et enfin l'injectable (11%).

3- Voies d'administration des autres antalgiques : (fig. 14)

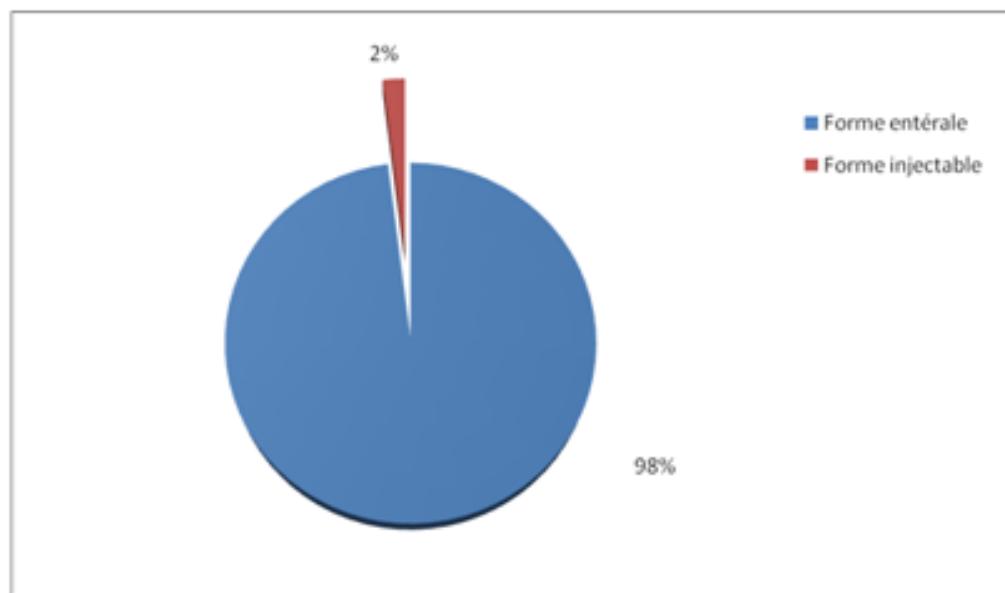


Figure 14 : Voies d'administration des autres antalgiques

La forme entérale représente à elle seule (98%) contre (2%) pour la forme injectable.

4- Voies d'administration des Co-antalgiques : (fig.15)

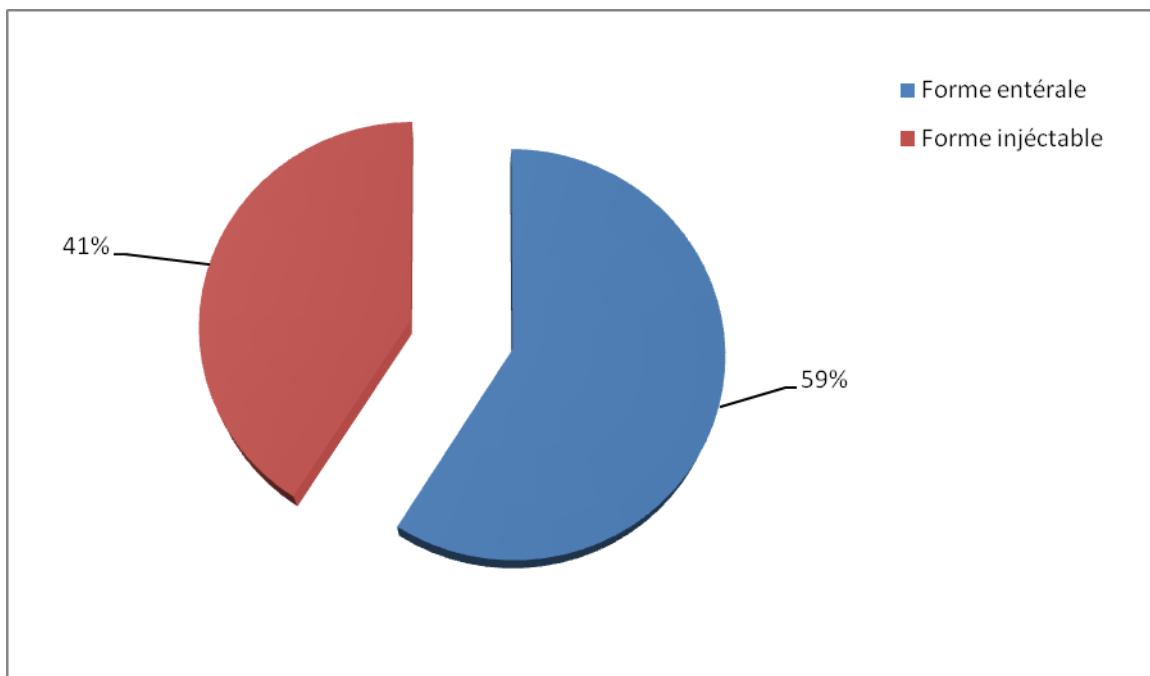


Figure 15 : Voies d'administration des Co-antalgiques

La forme enterale représente (59%), la forme parentérale est également importante (41%).

IV. CONCERNANT LA CONDUITE A TENIR (CAT) :

1- Répartition de la totalité des CAT (fig.16)

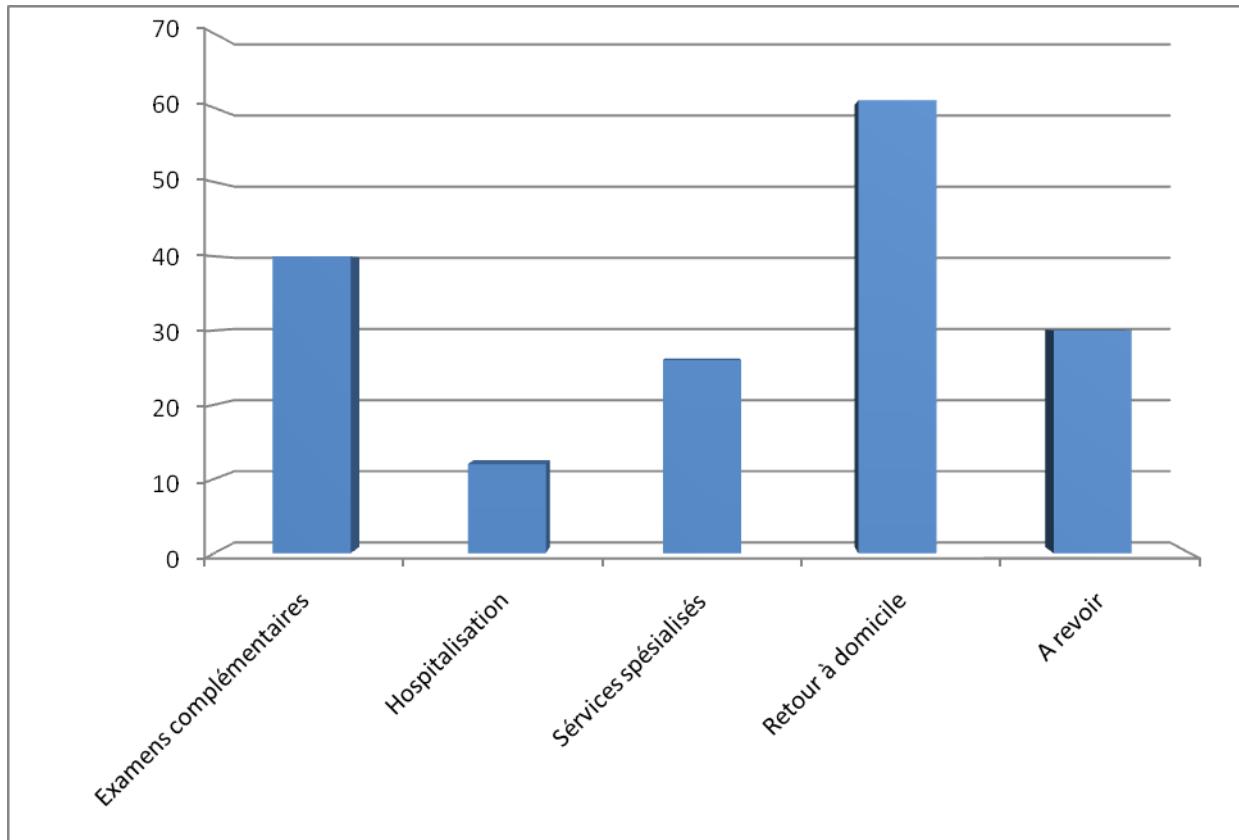


Figure 16 : Répartition selon la CAT

2- Pourcentage des CAT : (Résumé dans le tableau 6)

Tableau VI : Pourcentage des CAT

	Nombre de cas	Pourcentage en 100 cas
Examens complémentaires	40	40%
Hospitalisation	12	12%
Services spécialisés	26	26%
Retour a domicile	61	61%
A revoir	30	30%

- ❖ Le pourcentage de retour a domicile est prédominant (61%) dont (30%) de malades à qui on demande de revenir pour contrôle.
- ❖ Seulement (12%) sont hospitalisés.
- ❖ (26%) des malades sont adressés dans des services spécialisés, pour avis spécialisé.



DISCUSSION

I. EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR AUX URGENCES

1– EVALUATION DE LA DOULEUR

1-1 Introduction et définition :

Il est classique de définir la douleur comme « une expérience désagréable » associée à une lésion tissulaire, réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». International Association For study Of Pain.

S'il est possible de discerner, aujourd'hui, une nature multidimensionnelle de la douleur, associant des composantes sensorio-discriminatives, cognitives et comportementales, il faut reconnaître que dans l'urgence, les propos Descartes n'ont pas vieilli : « La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle ». [13].

En urgence, la douleur est une douleur aigue, due à un excès de nociception [14]. Elle est présente chez la majorité des patients se présentant au service. Sa prise en charge répond à des situations très diverses, de gravité variable, allant de la simple entorse au poly traumatisme, de coliques abdominales à un abdomen aigu chirurgical, de simple crise d'angoisse à l'infarctus du myocarde... ce qui pourrait expliquer que la mise en place d'une analgésie ne soit pas toujours au premier plan d'urgence.

C'est pourquoi en dépit du progrès important dans la connaissance de ses mécanismes physiologiques, la douleur aigue est considérée généralement comme peu évaluée et prise en charge.

1-2 Expression et signes cliniques de la douleur :

Dans les cas d'urgence, la douleur est majoritairement aigue et intense, mais peut être exprimée de différentes manières. En effet, si le malade manifeste souvent sa douleur par des cris, des pleurs, des plaintes ou du moins une mimique douloureuse, l'absence de manifestations ne signifie pas l'absence de douleur ressentie, les signes fonctionnels ne doivent

pas donc être négligés dans l'évaluation de la douleur. On doit prendre en considération ces deux critères objectifs et subjectifs pour l'évaluation de la douleur aux urgences.

Le ressenti est subjectif en fonction du vécu du patient, de ses antécédents voir de facteurs culturels. On distingue :

- Une composante sensori-discriminative correspondant aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de l'intensité et la localisation des messages nociceptifs [14].
- Une composante affectivo-émotionnelle car de nombreux facteurs interfèrent dans l'expérience de la douleur, tels son contexte, l'incertitude quant à sa cause ou son évolution.

Cet état émotionnel fragile peut se prolonger vers une véritable anxiété voir même une dépression.

- Une composante comportementale qui englobe l'ensemble des manifestations verbales ou non verbales observables chez la personne qui souffre : plaintes, mimiques ou autres postures. Ces manifestations sont des indicateurs sur l'importance de douleur, assurant ainsi une certaine communication avec l'entourage. Cette composante reste étroitement liée à des paramètres tels que l'âge, le sexe, l'expérience douloureuse personnelle, l'environnement familial et culturel.

Parallèlement, la douleur peut s'exprimer par des signes fonctionnels cliniquement observables et que l'on peut repartir en trois groupes :

- Neurovégétatifs : hypertension artérielle, tachycardie, sueurs, augmentation de la fréquence respiratoire pouvant conduire à une crise de tétanie, tremblement fins des extrémités.
- Locomoteurs : impotence fonctionnelle, diminution de l'amplitude respiratoire.
- Neurologiques : agitation, prostration.

Ainsi, grâce aux signes fonctionnels et aux manifestations du patient, on obtient des renseignements complémentaires sur l'état de la douleur. Viennent ensuite s'y ajouter des outils d'évaluation plus normalisés contribuant à une bonne évaluation de la douleur.

1-3 Nécessité de l'évaluation :

Le médecin, formé à baser son jugement sur des déterminants objectifs, devient souvent réticent vis-à-vis d'une plainte subjective et est souvent mal préparé à considérer la douleur en tant que phénomène à part entière, avec les risques de la sous estimer, la méconnaître ou ne pas la croire [15]. Ainsi, sans l'élaboration de moyens d'évaluation de la douleur, la reconnaissance du phénomène et de son intensité est laissée à la subjectivité du soignant. Par contre, disposer d'une méthode d'évaluation de la douleur et du soulagement paraît présenter de nombreux avantages. [16,17].

- Identification systématique des malades présentant une douleur permettant une meilleure prise en charge de cette dernière, facteur essentiel dans la qualité des soins.
- Amélioration de la qualité de la relation médecin-malade en montrant à ce dernier que l'on croit à sa plainte et que l'on ne le suspecte pas de majorer ou d'inventer sa douleur [18].
- Aide à la prise de décision du traitement symptomatique analgésique adapté à la l'intensité de la douleur.
- Critères communs au sein d'une équipe soignante qui facilite l'homogénéité des prises de décisions.
- Facilité de transmission de l'information entre le malade et les soignants, entre les différents membres de l'équipe.
- Information susceptible de figurer dans le dossier du malade, la réponse aux thérapeutiques antérieures ne dépend plus uniquement des souvenirs du malade.

- Réévaluations systématiques et régulières de la douleur en recourant à des critères identiques.
- Prévention des conséquences délétères du non soulagement de la douleur (perturbations neuro-hormonales, cardiovasculaires liées à l'agression nociceptive, risque de chronicisation de la douleur).

1-4 Outils d'évaluation de la douleur :

Les méthodes disponibles d'évaluation de la douleur prévoient des scores chiffrés ainsi qu'une description verbale plus qualitative (auto-évaluation), mais aussi reposent sur l'observation du comportement du malade (Hétéro-évaluation) [19,12]. Dans le contexte de l'urgence et de l'accueil, il convient de privilégier la rapidité de passation, ce qui fait éliminer d'emblée de nombreux instruments (questionnaires et échelles) trop longs, qui n'ont pas de place dans le contexte, tout au moins en routine. [20].

Les outils d'auto-évaluation semblent aujourd'hui les plus adaptés, et sont donc privilégiés, en dehors bien sur des cas où les patients sont incapables d'exprimer de façon claire leur douleur (nourrissons, vieillards, handicapés ou malades ayant des difficultés linguistiques) [17,21].

a- AUTO-EVALUATION :

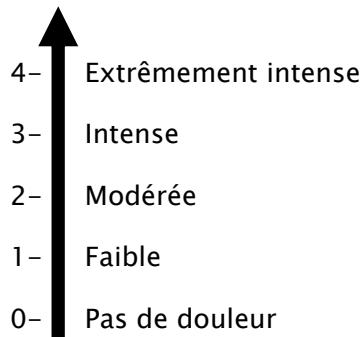
a-1 Echelles globales unidimensionnelles :

➤ L'échelle verbale simple ou EVS :

Elle est destinée à évaluer la dimension « intensité de la douleur ».

L'EVS est une échelle nominale ordinaire présentant 4 ou 5 qualificatifs auxquels sont attribuées des valeurs numériques. Ces échelles simples requièrent une coopération minime de la part du patient. Ses inconvénients majeurs sont une limitation des réponses possibles et l'influence que peut avoir l'évaluation sur le malade.

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

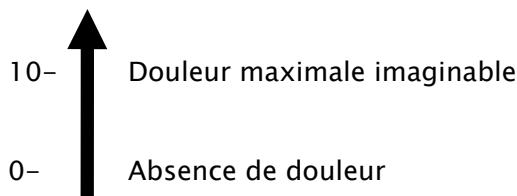


➤ **Les échelles numériques ou EN :**

Le patient donne de 0 à 1 à (ou 100). La note 0 est définie par la douleur absente et la note 10 est définie par « la douleur maximale imaginable ».

Cette échelle est facile à comprendre et peut être présentée verbalement ou par écrit. Ces caractéristiques doivent la privilégier dans le contexte d'un service d'accueil et d'urgences [20,17].

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?



Les échelles numériques sont réputées plus sensibles malgré une semblant attirance des patients pour certaines valeurs (ex : chiffres ronds, ...).

➤ **L'échelle visuelle analogique ou EVA (Pilowsky) : (cf. Annexe 2)**

L'EVA consiste en une ligne non graduée de 10 cm de long dont extrémité indique l'absence de douleur et l'autre la douleur maximale imaginable. Ces échelles sont disponibles sous forme de réglettes ; le patient positionne le curseur sur une ligne, indiquant le niveau de douleur ressentie. L'autre côté de la réglette est gradué de 0 à 10, si bien que la position du curseur correspond à un score chiffré que le patient ne peut visualiser.

L'EVA est donc une échelle qui mesure l'élément subjectif de la douleur [22]. En matière d'urgence, cet élément subjectif faisant intervenir l'anxiété du patient, sa culture, son éducation et particulièrement important à mesurer et a prendre en compte puisque le médecin n'a pas le temps de connaître son patient.

C'est une méthode fiable, sensible, fidèle et amène à l'élaboration d'une courbe de la douleur, mais il est indispensable de tenir en compte de ses limites : difficultés de compréhension des explications fournies, tend à considérer la douleur comme un problème simple [20].

Cette échelle permet de situer aisément les 3 paliers définis par l'OMS pour l'évaluation et le choix du traitement analgésique.

a-2 les Echelles multidimensionnelles :

Ces échelles évaluent toutes les composantes de la douleur ; sensorielles, émotionnelles, cognitives et comportementales.

– Le Mac Gill Pain Questionnaire ou M.P. Q : [23].

Tenant compte de toutes ses composantes, Ron Melzack, professeur de psychologie à l'université Mc Gill de Montréal, a établi en 1975 un test, en se fondant sur une étude critique très poussée du vocabulaire utilisé par les patients ressentant les différents types de douleur. Il comprend 82 qualificatifs repartis en 20 classes, regroupées en 4 catégories décrivant les composantes précitées.

Ce questionnaire, très complet, fournit des renseignements sur toutes les dimensions de la douleur, mais sa richesse fait aussi sa complexité, car il nécessite une parfaite coopération du malade ainsi qu'une parfaite maîtrise du vocabulaire, il n'est donc pas adapté au contexte des urgences au Maroc vu la disparité des langues.

b- HETERO-EVALUATION :

b-1 Echelles comportementales :

Chez certains malades, la description verbale de la douleur peut ne pas être possible pour des raisons multiples (troubles de conscience, incompréhension, contexte linguistique particulier, bas âge ...). En outre, il est important que le médecin puisse formuler son jugement sur des critères d'observation précis autres que la description du malade. Dans le contexte d'un service des urgences, il importe que l'observation soit de durée limitée (le moment présent) et puisse être facilement répétée.

L'échelle comportementale de Bourreau évalue la douleur aux urgences, pour quatre signes cliniques, évalués de 0 à 2. L'étude des propriétés métrologiques de cette échelle reste à faire.

Tableau VII: Echelle comportementale de Bourreau

	Absent 0	Faible 1	Marqué 2
Pousse des gémissements, des plaintes.			
Front plisse, crispations du visage.			
Attitude antalgique visant à la protection d'une zone en position de repos (assis ou allongé).			
Mouvements précautionneux.			

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur.

2- TRAITEMENT DE LA DOULEUR AUX URGENCES :

L'un des objectifs du traitement de la douleur aux urgences est de diminuer la souffrance morale du patient et de faciliter sa prise en charge en l'aidant à supporter les différents examens dans de meilleures conditions. Par ailleurs, l'absence d'analgésie peut avoir des conséquences neurologiques, circulatoires, respiratoires ou métaboliques néfastes ; le traitement permet donc également d'atténuer, voir de supprimer l'expression neurovégétative de la douleur

Ainsi, la pression intracrânienne d'un traumatisé crânien peut être augmentée sous l'effet de la douleur, la fonction respiratoire du traumatisé thoracique peut être compromise par la pénétration de la douleur ; enfin, un blessé qui souffre présente une agitation pouvant aggraver les lésions et rendre difficile la réalisation du bilan lésionnel.

Deux grands mécanismes algogènes sont reconnus au service d'urgence :

La douleur par excès de nociception-la plus fréquente d'ailleurs- et la douleur par désafférentation [24]. Chaque type de douleur appelle des médicaments adaptés. Le médecin est alors confronté à quatre exigences dont certaines sont contradictoires :

- ❖ Etre rapidement efficace ;
- ❖ Ne pas masquer de signes cliniques utiles au diagnostic ;
- ❖ Dépister les syndromes douloureux chronique ou la douleur est l'expression d'un désordre psychiatrique ;
- ❖ Dépister les toxicomanes [25].

La douleur aigue est un symptôme en général associée à une maladie ou un traumatisme. Le traitement le plus efficace sera toujours celui de la cause de cette douleur mais cette attitude radicale ne sera pas possible que si le diagnostic est établi, ce qui n'est pas toujours réalisable dans un SAU. En attendant, supprimer la douleur ou du moins, la rendre tolérable doit être l'acharnement de tout praticien.

Malgré l'existence de moyens pharmacologiques efficaces et variés le traitement de la douleur au SAU est dramatiquement insuffisant. Cette oligoanalgesie a au moins quartes explications possibles : [26].

- Le simple fait de s'enquérir de l'existence d'une douleur n'est pas habituel dans SAU.
 - La mauvaise connaissance de la pharmacologie, des risques et des indications des antalgiques morphiniques entraîne souvent des traitements insuffisants et inefficaces.
- [27].

- Les mécanismes, le retentissement délétère sur l'organisme et la prise en charge de la douleur aigue ne font pas l'objet d'un enseignement spécifique durant les études médicales.
- Enfin, beaucoup croient dans l'utilité de la douleur et craignent de masquer un élément éventuellement important du diagnostic en administrant un médicament antalgique. [28].

Le traitement antalgique utilise les antalgiques non morphiniques, représentés par le Paracétamol, les AINS, l'acide acétyle salicylique, la noramidopyrine (Viscéralgine forte), et les antalgiques morphiniques représentés par le dextropropoxyphene, la codéine et la morphine [29]. Les antispasmodiques et les myorelaxants (coantalgiques), l'anesthésie locorégionale ainsi que d'autres moyens non médicamenteux telles la relaxation et l'hypnose font partie de l'arsenal thérapeutique de la douleur aux urgences.

II. NOTRE ETUDE

1- ETUDE SOCIOLOGIQUE :

Le service des urgences a reçu en l'année 2008 : 3745 malades. Dans notre étude, qui a porté sur 100 patients, la tranche d'âge la plus fréquentes est celle de] 20 – 40] ans avec 42%, notre moyenne d'âge est de 38,43 ans. Ceci est en partie du à la jeunesse de la population au Maroc, à la fréquence des pathologies traumatiques qui sont l'apanage des sujets jeunes [30].

Les femmes et les hommes sont également répartis avec un sexe ratio de 1. Ces résultats sont à comparer avec 3 études prospectives précédemment faites :

1. L'étude prospective de F. Concina , V. Bounes et al au Pole de médecine d'urgence de Toulouse a retrouvé une moyenne d'âge de 52 ± 25 ans, un sexe ratio hommes femmes de 1,8 [31].
2. L'étude prospective comparative randomisée de A.-S. Pruliere , J.-F. Finance et al a montré une moyenne d'âge de 45 ans , une égale répartition entre les femmes et les hommes [22].

3. L'étude faite par L. Ameur , M. Ruscev et al retrouve une moyenne d'âge de $56,8 \pm 20,5$ ans et un sexe ratio de 1,13 [32].

2- PATHOLOGIES CONCERNÉES :

Les douleurs ostéoarticulaires : Sont les plus fréquentes (40%), en particulier les douleurs traumatiques qui représentent (75%) contre (25%) de douleurs ostéoarticulaires médicales ; en comparaison avec l'étude faite par A.-S. Pruliere, J.-F. Finance, P. Laffourge, P. Guillotin, J.-P. Laurent, A. Chansou, M. Olivier en 2002 et qui a retrouvé que la pathologie ostéoarticulaires représente 61,4 % versus 22,8 % pour les consultations médicales [22].

Elles sont variées : Entorses, fractures, tendinites, contusions, brûlures, plaie...et souvent traitées par des anti-inflammatoires + paracétamol seul ou associé, sans oublier les moyens non spécifiques tels qu'une attelle, un plâtre...

- Les douleurs abdominales et lombaires : représentent le deuxième motif de consultation (26%), souvent traités par antispasmodiques et anti-inflammatoires.

Situées surtout au niveau épigastrique, fosse iliaque droite et fosses lombaires. Les étiologies constatées le plus fréquemment : coliques néphrétiques, syndrome appendiculaire, colon irritable, syndrome occlusif et cholécystite aigüe.

- Les céphalées : représentent (12%) des consultations, les étiologies les plus fréquentes sont les angines, les états grippaux et les céphalées psychogènes.
- Les douleurs pelviennes : constituent le quatrième motif de consultation (10%), essentiellement des dysménorrhées, mais cèdent rapidement à l'administration des antispasmodiques ou d'anti-inflammatoires.
- Les douleurs thoraciques : constituent le cinquième motif de consultation (7%), les étiologies les plus fréquentes sont les douleurs pariétales, les crises d'angoisse, mais peuvent être aussi un angor, un infarctus du myocarde ou une embolie pulmonaire engageant rapidement le pronostic vital.

3- ETUDE DE LA DOULEUR :

Dans notre étude, la douleur aigue prédomine sur la douleur chronique, ce qui est plutôt normal puisque on est aux urgences.

Pour évaluer la douleur, nous avons utilisé dans notre étude trois types d'évaluation : l'EVS, EN et EVA. Le choix de ces échelles a été fait en fonction de critères de faisabilité, objectivité et répétitivité des mesures.

Objectivité :

L'hétéro évaluation est source de biais. Les réactions comportementales ou neurovégétatives ne sont pas spécifiques à la douleur. L'appréciation de l'intensité douloureuse par le soignant est arbitraire, fonction du vécu, du statut socioprofessionnel de l'examineur et de sa formation dans le domaine de la douleur. Même réalisée à l'aide d'échelles, l'hétéro évaluation sous-estime la douleur, surtout pour une douleur forte ($>5/10$) [33].

Les échelles globales unidimensionnelles, par leur simplicité, leur rapidité d'utilisation et leur sensibilité en termes de pouvoir discriminant de l'intensité douloureuse, sont susceptibles d'être des outils adaptés à la prise en charge d'une douleur aiguë en urgence [33,34].

Faisabilité :

Les échelles multidimensionnelles, qui retiennent l'attention du patient pendant une vingtaine de minutes, sont inapplicables en médecine d'urgence [35]. Les échelles globales unidimensionnelles ont l'avantage d'être simples et rapides et sont réalisables dans plus de 83 % des cas [33,34]. Elles comportent peu de descripteurs et nécessitent un matériel simple, voire aucun support pour l'échelle numérique. Ces échelles font appel à la capacité d'abstraction, à la possibilité de communiquer verbalement ou par écrit. De compréhension moins immédiate, l'EVA nécessite un apprentissage et la supervision d'un investigateur. Le taux d'échecs varie selon le type d'échelles utilisées et la pathologie sous-jacente. L'EVA à un taux d'échec corrélé avec l'âge, et l'échelle numérique est recommandée dans les situations associant une faible capacité d'abstraction ou une faible compliance [37]. Les troubles des fonctions supérieures, de

la vision, une incompréhension de la langue, l'analphabétisme, la personne âgée, l'éthylisme aigu sont les causes d'échecs à l'utilisation de ces trois échelles globales [34]. La présence d'un traumatisme ou d'une incapacité motrice du membre supérieur dominant est une cause d'échec spécifique de l'EVA. Ces taux d'échecs dans la littérature sont probablement sous-estimés. Les altérations des fonctions supérieures ou la présence d'une barrière linguistique sont des critères de non-inclusion des patients [32,34]. Dans ces situations, l'évaluation de l'intensité douloureuse repose sur l'hétéro évaluation.

Nous avons ainsi pu remarquer que les moyennes de l'EVA, EN et EVS dans notre étude sont plus élevés ; EVA= $7,76 \pm 0,70$, EN= $7,15 \pm 3,12$, EVS= $2,72 \pm 0,70$ par rapport aux autres études; L'étude prospective de F. Concina , V. Bounes et al au Pole de médecine d'urgence de Toulouse a retrouvé une EN = 5,8 – 2,9 [31]. L'étude faite par Prulière AS. Finance JF. Lafforgue P et al faite au centre hospitalier du Val d'Ariège a trouvé une EN= 4,9 ($\pm 2,2$), EVS= 2,2 ($\pm 0,8$) et EVA= 4,36 ($\pm 2,5$) [22], qu'elles ne varient pas selon le sexe ni selon l'âge ce qui s'accorde tout à fait avec les études précitées. 44% des patients considèrent la douleur très intense située dans l'intervalle [8-10] sur l'EN, 40% sur l'EVA et 86% sur l'EVS.

Ceci nous amène à discuter les raisons de l'élévation des scores de l'EVS, EN et EVA dans notre pays :

Le fait que le recours au médecin se fait le plus souvent quand le patient ne supporte plus sa douleur, ce qui contribue d'emblée à éléver son appréciation de sa propre douleur ; Les patients ont tendance à majorer leur douleur croyant par là être mieux traités, et ramènent l'échelle au maximum sans trop réfléchir, car non habitués à ce que leur douleur soit dans le collimateur, ils restent méfiant quant à sa mesure :

« Bon, c'est vrai que c'est une douleur qui n'est pas maximale, mais si je leurs dit, ils vont la minimiser. Autant recevoir le maximum de traitement, je vais donc ramener l'échelle au maximum !!! » .

Quant au fait sur l'EVA moyenne de nos femmes marocaines varie peu par rapport à celles des hommes, ceci permet de poser les questions suivantes :

Nos femmes supportent elles autant la douleur que nos hommes marocains ou bien c'est au contraire, les hommes qui la supportent moins ?

Ce n'est peut être ni l'un, ni l'autre et que la moyenne de l'EVA étant tellement élevée, elle ne peut pas l'être d'avantage.

De toute façon, la n'est pas la question, la douleur doit être traitée en tenant compte du seul avis du patient, c'est finalement lui qui souffre, et c'est le cas pour les trois échelles de mesure de la douleur utilisées dans notre travail.

L'EVA, bien qu'elle soit fiable, maniable... elle reste très difficile à appliquer au contexte des urgences :

De la difficulté d'assimilation du principe d'évaluation par les malades qui prennent du temps avant de comprendre le « mode d'emploi » ajouté à cela une désorientation due au contexte hospitalier [38].

De l'incompréhension chez les vieillards qui présentent souvent des troubles sensorielles (auditifs, visuels) et cognitifs (difficultés d'abstraction) [37], chez les patients confus ou qui présentent des troubles psychiatriques.

Du fonctionnement « imprévisible » d'un service d'urgences où il y a un manque de disponibilité et de temps lors de l'afflux des patients et où il est nécessaire de prendre en charge une urgence vitale [39].

De la réticence des patients devant cette « nouvelle méthode » qui, pensent-ils, « tourne en dérision leur douleur », ce qui suscite souvent une réaction de mécontentement plutôt que de satisfaction des malades, qui n'admettent pas « que le médecin leur donne une réglette au lieu de s'intéresser à leur pathologie !!! ».

Du taux d'analphabétisme assez important et qui rend l'EVA non applicable uniformément même en dehors de la situation d'urgence [17].

Tous ces facteurs font que les échelle numérique et verbale simple soient plus acceptées et facilement assimilées par nos patients. Les chiffrent s'approchent, certes, mais la

compréhension et l'acceptabilité, ainsi que le temps consacré à expliquer la méthode étaient nettement meilleurs.

Il serait donc plus adéquat d'utiliser l'échelle numérique et verbale simple au service d'urgence qui semblent plus adaptées, rapides, faciles et sans support matériel [40,41].

Elles sont justement recommandées dans les situations associant une faible capacité d'abstraction ou une faible compliance. Notre étude a montré aussi que l'intensité de la douleur est maximale pour la tranche d'âge : 40 et +, due peut être à l'angoisse relativement importante chez les patients âgés [37], les classes : de 0 à 20 ans et de 20 à 40 ans ont des moyennes rapprochées ce qui confirme la résistance des jeunes à la douleur et leur compréhension des échelles de mesures de la douleur mieux que les patients plus âgés. Le sexe aussi ne change que peu l'intensité de la douleur avec : 7,13 pour les hommes et pour les femmes, ce qui montre qu'il y a une équivalence dans le jugement de la douleur, chose qui ne s'accorde pas avec la littérature [42].

Cependant, l'évaluation de la douleur après le traitement était très difficile vu que 70% des patients sont partis avec des ordonnances et ne revenaient pas pour le control, réduisant ainsi la possibilité d'appréciation de l'amélioration chez 30% des malades-traités sur place- dont 23 ont exprimé une amélioration, 7 ne ressentaient aucun changement. Mais les scores d'EVA, EN et EVS sont restés élevés en fin d'intervention.

4- LE TRAITEMENT :

Interrogatoire et examen clinique étant effectués, examens complémentaires étant prescrits ou non, le malade se trouve devant son médecin attendant d'être soulagé.

Dans notre étude, les antalgique de palier I et II de l'OMS sont largement prescrits [43].

Se sont les AINS qui viennent en tête (40%), ils sont prescrits dans diverses pathologies : en traumatologie, dans les coliques néphrétiques, les sciatiques, les dysménorrhées ainsi que dans les pathologies de la sphère de l'ORL, avec comme voie d'administration la forme orale

(52%), suivie de la forme locale (22%), puis de la forme rectale (15%), et enfin de la forme injectable (11%).

Les autres antalgiques (27%) suivent de près avec en tête de file le paracétamol seul qui prédomine largement, suivi du paracétamol associé au dextropropoxyphène, puis à la codéine, et en dernier lieu, les salicylés qui sont de moins en moins prescrits par les médecins à cause de leurs nombreux effets secondaires et une efficacité comparable au paracétamol. La forme entérale est prescrite dans 98% des cas.

Quant aux Co-antalgiques (15%), ils sont représentés en majeurs partie par les antispasmodiques. En forme injectable (41%), ils sont administrés sur place. Les myorelaxants et la vitamine B sont également représentés.

Ils sont prescrits dans les coliques néphrétiques, les sciatiques, les pathologies abdominales : crise appendiculaire ou biliaire, coliques abdominales ainsi que les dysménorrhées. La pathologie chirurgicale reste très fréquente aux urgences surtout abdominale ce qui concorde avec la littérature [44].

Les malades à qui ont prescrit des antalgiques ont été soit immédiatement pris en charge, sur place dans la mesure du possible, ou avec une ordonnance quand le traitement n'est pas disponible aux urgences.

Ce sont là des résultats très satisfaisants et qui démontrent la volonté des médecins dans la prise en charge de la douleur de leurs patients [45].

En ce qui concerne les conduites à tenir ultérieures, 61% des malades retournent à domicile dont 31% à qui on demande de revenir pour contrôle, 12% sont hospitalisés, et 26% des malades sont adressés dans des services spécialisés pour avis.

Ces résultats sont à comparer avec la thèse réalisée par Slitine IDRISI à l'hôpital Moulay Youssef à Casablanca en 2002 qui retrouve que 51,9% des patients réalisent des examens complémentaires, 68,6% rentrent chez eux et 31,4% sont adressés à des services spécialisés [46].

Nous n'avons malheureusement pas pu mesurer notre efficacité pour des raisons techniques, car ceux à qui on demandait de revenir après la délivrance de l'ordonnance ne le faisaient pas. De toute façon, on ne pouvait le faire qu'avec des malades traités sur place, chez lesquels on a pu constater un degré de soulagement (disparition de la mimique du visage, des plaintes qui ont cédé au profit des plaisanteries...).

Ces données très encourageantes témoignent d'une véritable prise de conscience et d'un souci de soulager la douleur de la part des médecins, dans la mesure du possible et du disponible dans un service des urgences.

5- PROPOSITIONS D'AMELIORATION :

Avant de commencer ce chapitre, je tiens à préciser que le problème d'amélioration de la prise en charge de la douleur au service des urgences est un problème universel, il concerne donc même les pays développés. Tous, sont soucieux d'améliorer leurs services des urgences, mais chacun a sa façon d'y procéder.

Le concept de qualité des soins, fréquemment utilisé, ne recouvre pourtant dans les discours des différents protagonistes de la santé (corps médical et paramédical, mais aussi politiques et gestionnaires) qu'une réalité parcellaire, privilégiant soit l'aspect purement technique, soit seuls les impératifs financiers.

Il est indéniable que la prise en charge de la douleur est un axe majeur de cette qualité des soins et la majeure partie du corps médical en convient tacitement.

5-1 Evaluation de la douleur avant et après traitement de la douleur :

Cependant, traiter un symptôme implique la possibilité de sa mesure. Force est de constater que le clinicien utilise rarement en routine des méthodes standardisées pour évaluer la douleur. Ceci contribue sans doute à la sous-utilisation des moyens antalgiques en notre disposition qui a été mise en évidence dans diverses enquêtes disponibles [30]. Or, l'intensité de la douleur doit être mesurée avant et après un traitement administré aux urgences, ce qui n'est

pas le cas actuellement. Le patient reçoit son traitement, puis selon les cas, soit il est hospitalisé soit il retourne chez lui. Bien évidemment, le praticien constate l'amélioration de son état avant qu'il ne quitte les urgences. Cette réévaluation n'est pas formalisée ni consignée par écrit. Pour palier cette lacune, on pourrait imaginer une fiche de surveillance spécifique de l'analgésie qui accompagnerait le patient depuis son entrée aux urgences jusqu'à sa sortie. On y consignera scrupuleusement l'intensité de la douleur et les antalgiques administrés ou prescrits.

En fait, le suivi de l'évaluation de la douleur devrait faire partie des éléments de surveillance du malade au même titre que la tension artérielle, le pouls ou la température. Il conviendrait mieux d'utilisé l'échelle numérique aux urgences car elle est mieux adaptée [17,20].

5-2 Les acteurs de la prise en charge de la douleur :

La mise en disposition de fiches de surveillances et de protocoles écrits pour la prise en charge de la douleur dans un service des urgences suppose de s'assurer des compétences des personnels amenés à les utiliser. Et ce, d'autant plus que d'autre part, jusqu'à aujourd'hui, la gestion de la douleur ne tient qu'une place restreinte dans la formation médicale initiale ; et que, d'autre part, il n'y a pas dans ce domaine d'acquis définitifs. Ainsi, la formation continue est indispensable, pour suivre les évolutions et éventuelles mises à jour des protocoles. En effet, les professionnels de la santé manquent encore de formation et d'information sur l'évaluation et le traitement de la douleur.

Toutefois, la compétence individuelle de chacun des acteurs doit également s'exprimer dans le travail en équipe. La compétence globale de l'équipe soignante requiert une cohérence dans la prise en charge du patient.

5-3 L'accueil et la communication :

En fait, le dialogue et la communication sont nécessaires non seulement entre les membres de l'équipe soignante mais aussi, bien sur, entre ceux-ci et les patients, sans oublier leur entourage.

Il est évident que les services d'urgence, souvent débordés, ont encore des efforts à faire dans l'humanisation de l'accueil et de la prise en charge des patients ; dans le cas de notre étude, qui a eu lieu au services des urgences de l'hôpital militaire de Marrakech, l'afflux des malades est relativement modéré ce qui rend leur accueil plus organisé.

L'amélioration de cette dimension humaine passe tout d'abord par l'information. Le cadre hospitalier est très angoissant pour les patients. De plus, l'arrivée aux urgences est particulièrement marquée par le stress parce que souvent motivée par une circonstance inopinée voir violente. L'anxiété est provoquée par la douleur effective mais aussi par la peur d'avoir mal [47]. S'ajoutant à cela l'incertitude du diagnostic, la crainte des examens médicaux et de l'inconnu quant aux événements qui vont suivre (hospitalisation, intervention chirurgicale...).

Expliquer clairement aux patients les diverses étapes de leur prise en charge comme par exemple les examens qu'ils ont à subir, contribue à les rassurer [7]. Ainsi, la qualité de l'accueil et une information claire des que possible sur les lésions et leurs traitements sont des éléments indispensables dans la prise en charge de la douleur aux urgences.

L'entourage familial ou les accompagnateurs font également partie des interlocuteurs à informer.

Le personnel paramédical a un rôle primordial à jouer dans la gestion de la douleur du patient. En effet, l'infirmier bénéficie d'une situation privilégiée dans le service des urgences, il accueille le patient, est la première personne du service à l'écouter, à le questionner, à orienter sa prise en charge en faisant intervenir le médecin. C'est également lui qui renseigne le médecin sur l'intensité de la douleur. D'ailleurs, bien souvent, le patient se confie plus facilement à lui. Ce défi, il lui appartient de le relever avec un professionnalisme grandissant, et dans ce sens, une plus grande rigueur dans l'évaluation de la douleur peut être un atout [48].

5-4 L'enseignement de la douleur et formation continue :

Parmi les entraves les plus importantes au développement de la lutte contre la douleur : le peu de formation du médecin à l'évaluation et prise en charge de la douleur, au bon usage des

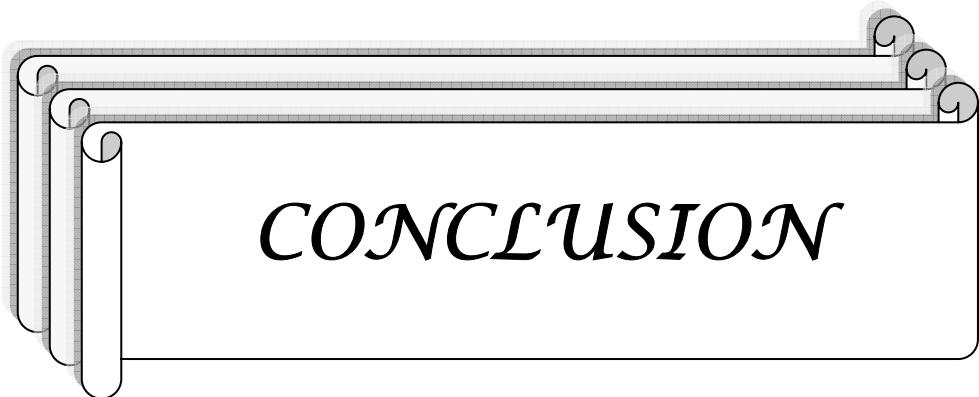
antalgiques et à l'écoute du patient [49]. En effet, dans nos facultés de médecine, l'enseignement consacré à la douleur ne dépasse pas quatre heures de cours dispensés sur les antalgiques en thérapeutique.

Cette déficience de formation n'existe plus dans de nombreux pays développés où l'activité de l'enseignement de la douleur est largement développée s'exerçant ainsi auprès des étudiants et des professionnels de santé dans le cadre de formations continues médicales ou infirmières, d'enseignements postuniversitaires et de divers diplômes universitaires de la douleur [50].

Il est donc grand temps qu'au Maroc, ainsi que dans les autres pays maghrébins de vibrer au même diapason que leurs voisins Européens et Américains et de ne pas rater le tournant de l'histoire de la douleur. Ceci ne saurait être sans que les enseignements sur la douleur ne voient le jour, et que non seulement les médecins devraient être concernés mais également les pharmaciens, les dentistes et le personnel paramédical. Il serait également souhaitable d'initier nos étudiants en médecine –et donc nos futurs médecins– à travers une formation générale sur la douleur dès le premier cycle des études médicales, afin de les préparer de manière adaptée à ce problème si fréquent et pourtant si négligé.

5-5 Organisation des unités ou centres de traitement de la douleur :

Si l'on peut déplorer l'absence de programme national de lutte contre la douleur, il convient d'insister sur la volonté actuelle des pouvoirs publics d'aller dans ce sens. En effet, le lancement des travaux du premier centre de traitement de la douleur au CHU de Rabat, en collaboration avec l'institut UPSA de la douleur. La mise en place de ce centre vise en plus d'atténuer la souffrance des patients, à former le personnel médical et paramédical dans le domaine de la douleur, dans le cadre d'un programme de « formation des formateurs » en collaboration avec « douleurs sans frontières ». Cette structure contribuera également à la promotion de la recherche clinique dans ce domaine.



CONCLUSION

Le premier anesthésiste fut Dieu, qui endormit Adam avant d'extraire la côte qui deviendra Ève. Pendant des siècles, la médecine a trop oublié cette prescription. La douleur exprime la part humaine de la maladie, de la blessure et des soins. Pourquoi tant de médecins l'ont-ils négligée ?

De nos jours, les mentalités ont évolué dans le bon sens. La prise en charge de la douleur s'est enfin vu appliquer le qualificatif de « prioritaire ». Mais une correcte prise en charge implique une évaluation systématique afin de pouvoir mieux traiter. Ainsi l'évaluation de la douleur est maintenant le centre d'intérêt de bon nombre de spécialistes et de chercheurs, et a donc enregistré un réel progrès.

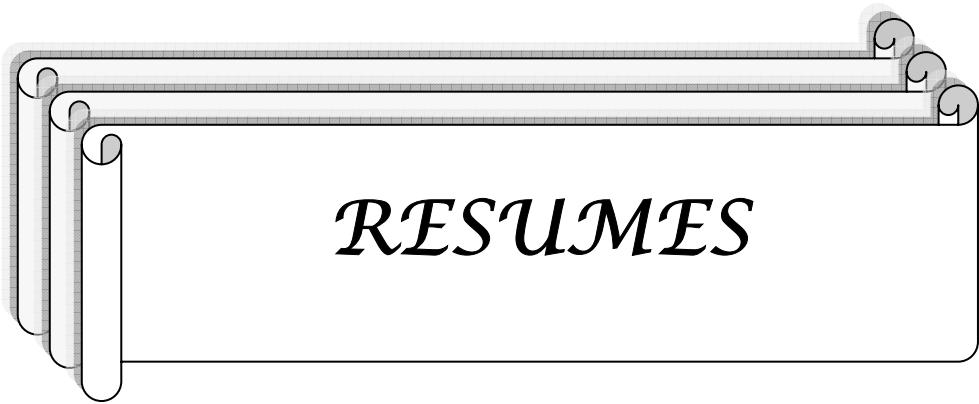
Néanmoins, la douleur aigue, en l'occurrence, la douleur en situation d'urgence souffre encore d'une sous évaluation et d'une oligoanalgesie malgré toutes ces avancées techniques. Tel est le cas même dans les pays développés. La situation est certes, plus accentuée au Maroc, où il est indispensable de sensibiliser et de former le personnel soignant, d'intégrer l'évaluation de la douleur dans le quotidien de la pratique médicale et d'établir des protocoles thérapeutiques favorisant l'utilisation large des morphiniques.

Cette situation n'est pas des plus déplorables si l'on sait qu'il existe, aujourd'hui, une volonté concrète des pouvoirs publics et des institutions de s'impliquer dans la prise en charge de la douleur, par la création d'un centre de traitement de la douleur qui fait partie des projets immédiats et qui sera, sans nul doute, bénéfique pour les milliers de marocains en souffrance.

Mais plus que jamais, la relation médecin-malade reste la première thérapeutique, aussi, axerai-je ma conclusion sur l'aspect humain du médecin.

Certes, la société a les médecins qu'elle mérite, mais nous méritons à notre tour la société dans laquelle nous exerçons. Entendons-nous par là notre capacité de tendre la main pour donner et pas seulement pour prendre, pour toucher un malade, serrer ses mains, essuyer la sueur de son front et l'écouter.

Alors, à défaut de matériel, favorisons et développons l'indispensable côté humain...la technique ne saura tarder à venir...



RESUMES

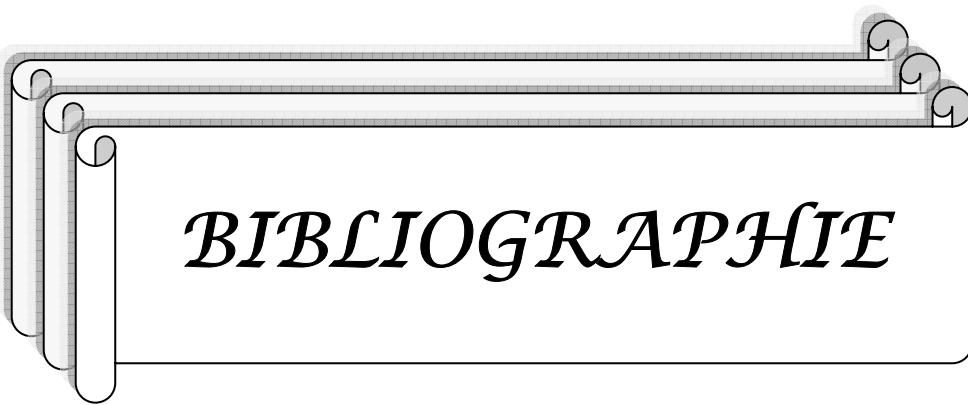
RESUME

L'évaluation de la douleur a longtemps été une préoccupation accessoire dans la prise en charge du patient. Pour être mieux prise en compte, la douleur avait besoin d'une prise de conscience médicale, mais aussi politique voire médiatique. Cependant, la douleur reste encore une réalité pour les patients. Nous avons réalisé une étude prospective sur l'évaluation de la douleur dans un service des urgences. Les outils d'évaluation utilisés ; échelle visuelle analogique, échelle numérique et échelle verbale simple, et ce sur 100 patients, admis pour douleur aux services des urgences de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, durant un période de 8 mois, du 25 Avril au 24 Novembre 2008. La population étudiée est également repartie entre les hommes et les femmes (Sexe ratio ≈ 1), avec une moyenne d'âge de $38,43 \pm 10,6$, des extrêmes de 15 a 80 ans et de prédominance jeune (la classe d'âge] 20 – 40] représente 42%). Les douleurs aigues ont constitué 82% des cas. Pour les 100 patients, la majorité (57,6%) considèrent leur douleur très intense. Les moyennes de l'EVA $\approx 7,76 \pm 0,70$; EN $\approx 7,15 \pm 3,12$; EVS $\approx 2,72 \pm 0,70$ et ne varient ni en fonction du sexe ni de l'âge. L'évolution des trois échelles d'évaluation utilisés dans notre étude est la même pour tous les malades, mais l'EN semble être la mieux acceptée et assimilée par les patients. Les douleurs ostéoarticulaires sont les plus fréquentes (40%), suivies des douleurs abdominales (21%). Les traitements antalgiques sont assez largement prescrits, les patients ont en reçu : 30% des AINS, 27% de paracétamol seul ou associé et de salicylés et 15% de Co-antalgiques (antispasmodiques, myorelaxants...). Au total, la douleur aigue reste encore insuffisamment évaluée et traitée, mais sa prise en charge peut certainement être améliorée. D'abord avec une meilleure évaluation a priori privilégiant l'écoute du patient, la douleur étant éminemment subjective.

SUMMARY

Evaluating pain was an accessory worry for a long time. To be better considered, pain needed more medical awareness, but also a political and media one. However, pain still a reality for patients. We realized a prospective study about the evaluation of pain in emergency department. We used the analogical visual scale (AVS), the numeric scale (NS) and the verbal scale (VS) to evaluate patients' pain. The study included 100 patients admitted for pain in the emergency department of the military hospital of Marrakesh, from April to November 2008. The population studied was equally shared out between males and females (Sex-ratio ≈ 2). The age's mean was 38, $43 \pm 10,6$, with extremes of 15 and 80 years and a majority of young people (42% in the class] 20 – 40] years). Acute pain represented 82%. For 100 patients, the majority (57%) considered their pain very intense. The means of AVS $\approx 7,76 \pm 0,70$, EN $\approx 7,15 \pm 3,12$; and VS $\approx 2,72 \pm 0,70$, it varies neither with sex nor with age. Bones and articulations pain were the most frequent (40%), followed by abdominal pain (22%). Analgesics were widely prescribed: 40% of NSAIs (Non steroid anti-inflammatory), 27% of paracetamol pure or associated and aspirin, 15% of co analgesics. In conclusion, acute pain still under evaluated and treated, but its supervision can be improved. First, with a better evaluation that privileged the hearing of patient.

100
.2008 24 25
80 15 $38,43 \pm 10,06$
; (42%) 80%]20-40
) (56,6%) EVA≈(7,76±0,70) EN≈(7,15±3,12) EVS≈ (2,72±0,70)
. (22%) (40%)
40%.
) AINS . 27% (14%



BIBLIOGRAPHIE

1. **Queneau P. Qsterman G.**
Le médecin, le malade et la douleur,
Tome 1 ;masson 2006,86.
 2. **Galinski M. Adnet F.**
Prise en charge de la douleur aigue en médecine d'urgence.
Réanimation 2007 ;16 :652-659.
 3. **Albert Trinh-Duc. Aline Santin. Christophe Sureau et al.**
Le traitement de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence.
Douleurs : Evaluation, Diagnostic, Traitement 2008 ;9(5) :248-278.
 4. **Valade D.**
Historique des centres de la douleur.
Lettre du rhumatologue 1996 ;222 :22-25.
 5. **Stéphanie Blois. Lionel Dany. Philippe Roussel et al.**
Croyances relatives à la douleur : rôle dans le rapport aux soins et l'ajustement chez les patients douloureux chroniques.
Douleurs : Evaluation, Diagnostic, Traitement 2006 ;7(5) :262-269.
 6. **Florentin Clére.**
Attitudes des médecins généralistes face à la douleur : impact des recommandations de bonne pratique.
Douleurs : Evaluation, Diagnostic, Traitement 2007 ;8(3) :190-191.
 7. **Guy-Coichard c. Rastaing RS. Doubrère JF. Boureau F.**
Conduite à tenir vis-a vis d'une douleur chronique.
Anest réanim 2005 ;2(1) :1-22.
 8. **Bragard D. Decruynare C.**
Evaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique.
Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2008 ;27(9) :2.
 9. **Benhamou D. Viel E. Berti M. Brodner G et al.**
Enquête européenne sur la prise en charge de la douleur et de l'analgésie postopératoire.
Ann fr anest reanim 2008 ;27(9) :664-678.
 10. **Tiberghien CF. Piccaud v. Lajoie JL et al.**
Racontez-moi la complexité de la douleur.
Douleurs : Evaluation, Diagnostic, Traitement 2009 ;10(5) :227-229.
-

11. **Tcherny LS. Kawowski SF. Lamarche VA. Ginsburg C et al.**
Management and relief of pain in an emergency department from the adult patients perspective.
Journal of pain and symptom management 2003 ;25(6) :539–546.
 12. **Glehen M. Fontaine C.**
Prise en charge de la douleur aigue aux urgences.
Jeur eur urg 2004 ;17(1) :37.
 13. **Allalah F. Guillermou Y.**
L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale.
Ann fr analg reanim 2004 ;29(7) :722–729.
 14. **Jamie I Rhudy. Amy E Williams. Klanci M Mc Cabe et al.**
Emotional modulation of spinal nociception and pain : the impact of predictable noxious stimulation.
Pain 2006 ;126(1–3) :221–233.
 15. **Serra E. Verfaillie.**
Douleur et souffrance : de quelques aspects médicaux.
Ethique et santé 2007 ;4(3) :131–135.
 16. **Knox H T. Deaton C. D'Adamo A P. Leon G.**
Ethnicity and analgesic practice.
Annales of Emergency Medicine 2000 ;35(1) :11–16.
 17. **Hodaj H. Pellat J. Bellanger L. Kaddou A. Boudat C et al.**
L'impact de l'évaluation systématique de l'intensité de la douleur aigue aux urgences.
Douleurs : Evaluation–Diagnostic–Traitement 2006 ;7(1) :117.
 18. **Michèle Lachowsky.**
Medical ethics : the patient–doctor relationship.
European journal of obstetrics& gynecology and reproductive biology 1999 ;85(1) :85–91.
 19. **Jaume J.**
La douleur : clé de la conscience ?
Douleurs : Evaluation–Diagnostic–Traitement 2007 ;8(4) :206–209.
 20. **Queffelec A. Milojevic K. Almenar RR. Chassagnol I. Clero J et al.**
Traçabilité de l'évaluation de la douleur en SMUR : évolution.
Journal Européen des Urgences 2004 ;17(1) :91.
-

21. **Brun C. Leyral J. Debeaume C. Machi J et al.**
Evaluation et prise en charge de la douleur à la phase pré hospitalière : à propos de 517 patients.
Journal européen des urgences 2010 ;23(2) :29–33.
 22. **Prulière AS. Finance JF. Lafforgue P. Guillotin P. Laurent A et al.**
Faisabilité des échelles d'auto-évaluation de la douleur aux urgences.
Journal européen des urgences 2005 ;18(2) :73–79.
 23. **Melzack R.**
The Mc Grill Pain Questionnaire : from description to measurement.
Anesthesiology 2005 ;103 :199–202.
 24. **Trinh-Duc A. Santin A. Sureau C. Bagon G. Charpentier S. Couvreur J et al.**
Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence.
Douleurs : Evaluation–Diagnostic–Traitement 2008 ;9(5) :248–278.
 25. **Ricard-hibon A. Benhellal A. Chollet C. Marty J.**
Analgésie en urgence chez l'adulte.
EMC–Médecine 2004 ;1(1) :80–91.
 26. **Ricard-hibon A. Belpomme V. Benhellal A. Chollet C. Marty J.**
Analgésie en urgence chez l'adulte.
EMC–Médecine 2004 ;1(1) :80–91.
 27. **Denis Ardid.**
Usage et mésusage des antalgiques.
Revue du rhumatisme 2009 ;76(6) :573–579.
 28. **Payen JF. Chanques G.**
Prise en charge de la douleur.
Ann fr anest reanim 2008 ;27 :633–640.
 29. **Robin SLover. Heather Rachel Davids.**
Acute pain management.
Anesthesia secrets 2010 :527–534.
 30. **Morel V. Joumeau S. Leveiller G. Corre R. Lena H.**
Prise en charge de la douleur, soyons simple mais efficace.
Revue de pneumologie clinique 2008 ;64(2) :50–61.
-

31. **Concina F, Bounes V, Delay N et al.**
Evaluation de la douleur et de ses déterminants à l'accueil des urgences traumatiques.
Journal européen des urgences 2009 ;22(2) :85.
 32. **Ameur L, Ruscev M, Gonzalez G et al.**
Douleur aigue en médecine extra hospitalière : résultats préliminaire d'une enquête épidémiologique.
Journal européen des urgences 2008 ;21(1) :161.
 33. **Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M, Leberre A, Chollet C, Marty J.**
Évaluation de la douleur aigue en médecine pré hospitalière.
Ann Fr Anesth Reanim 1997; 16 : 945-9.
 34. **Berthier F, Potel G, Le Conte I', Touzé MD, Baron D.**
Comparative study of methods of measuring acute pain intensity' in an emergency department.
Am J Emerg Med 1998; 16 : 132-6.
 35. **Melzack R, Wall PD, Iy TC.**
Acute pain in an emergency clinic/latency of onset and descriptor patterns related to different injuries.
Pain 1982; 14 : 33-43.
 36. **Kremer E, Atkinson JH, Ignelzi RJ.**
Measurement of pain : patient preference does not confound pain measurement.
Pain 1981 ; 10 241-8.
 37. **Rat P, Bonin-Guillaume S.**
Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation.
Douleurs 2008 ; 9 (hors-série 1) : 2-8.
 38. **Véronique Reguier, Anne Lefranc, Gisèle Chvetzoff et al.**
La réglette EVA : un outil de médiation dans la relation soignant-malade ?
Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitements 2008 ;9(4) :202-210.
 39. **Bertin PH, Descartes B.**
La douleur à l'hôpital : enquête un jour donné au CHU de Limoges.
Actualités pharmaceutiques hospitalières 2006 ;7 :22_24.
 40. **Valérie Legout, Dominique Moyse.**
Douleur chronique : recommandations cliniques et méthodes d'évaluation. Revue.
Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitements 2006 ;7(2) :63-67.
-

41. **Vergne P-Salle. Grilo RM. Bertin P. Bomet C et al.**
Douleurs en rhumatologie, aspects physiopathologiques, moyens d'évaluation, moyens thérapeutiques.
EMC-Rhumatologie-Orthopédie 2004 ;1(4) :266-294.
42. **Rose-Marie Javier. Serge Perrot.**
Les hommes et les femmes sont ils différents face à la douleur ? Quel impact pour la pratique du rhumatologue ?
Revue du rhumatisme 2010 ;77(3) :227-229.
43. **Delorme T.**
Nouveaux paradigmes des principes OMS.
Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitements 2006 ;7(1) :162-163.
44. **Chiche I. Roupie E. Delassus P.**
Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux urgences.
J Chir.2006 ;143(1).
45. **Eugene R Viscusi.**
Why do we need anything new for acute pain management ?
Techniques in regional anesthesia and pain management 2007 ;11(1) :1-2.
46. **Slitine Idriss Salwa.**
Thèse de doctorat : Douleur aux urgences de l'hôpital Moulay Youssef.
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca 2002 ;84.
47. **Antoine P. Leboeuf I.**
Quelles sont les facettes de l'anxiété face à la douleur chronique ?
Journal de thérapie comportementale et cognitive 2007 ;17(1) :49.
48. **Nathalie Lelièvre.**
Soins infirmiers et prise en charge de la douleur.
Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitements 2004 ;5(3) :163-166.
49. **Antoine Bioy. Isabelle Nège. Nadia Cherchem et al.**
La formation de « référents douleur », une expérience novatrice.
Douleurs : Evaluation- Diagnostic-traitement 2005 ;6(1) :29-34.
50. **Serge Blond.**
Douleurs et enseignements.
Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitements 2009 ;10(1) :524-528.
-



تقييم الألم داخل مصلحة المستعجلات

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2011

من طرف

السيد وليد لغريبي

المزداد في 20 سبتمبر 1984 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

تقييم - الألم - العلاج - مصلحة المستعجلات

اللجنة

الرئيس

م. ع. صمكاوي

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

المشرف

ر. احصايدة

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

الحكم

ح. عمار

السيد

أستاذ مبرز في جراحة الأذن، الأنف و الحنجرة

ح. غنان

السيد

أستاذ مبرز في جراحة المخ و الأعصاب

ع. عاشر

السيد

أستاذ مبرز في جراحة الأحشاء



أطروحة رقم 08

سنة 2011

تقييم الألم داخل مصلحة المستعجلات

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2011

من طرف

السيد وليد لغريبي

المزداد في 20 سبتمبر 1984 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

تقييم - الألم - العلاج - مصلحة المستعجلات

اللجنة

الرئيس

م. ع. صمكاوي

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

المشرف

ر. أحصايدة

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش و التخدير

ح. عمار

السيد

أستاذ مبرز في جراحة الأذن، الأنف و الحنجرة

ح. غان

السيد

أستاذ مبرز في جراحة المخ و الأعصاب

ع. عاشر

السيد

أستاذ مبرز في جراحة الأحشاء

الحكم