

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I. DEFINITION DE LA DOULEUR AUX URGENCES	2
II. EPIDEMIOLOGIE DE LA DOULEUR AIGUË EN MEDECINE D'URGENCE ..	3
II .1.Généralités.....	3
II .2.Fréquence selon le type d'urgences	3
II .3.Urgences et gravité.....	3
II .4.Selon l'âge et le sexe.....	4
II .5.Selon le motif d'entrée	4
III. Anthropologie de la douleur	4
III .1.Au fil du temps	5
III .2.Selon la religion	5
III .3.Selon le contexte.....	6
III .4.Selon les ethnies.....	6
III .5.Selon les conditions socio-économiques et socio-professionnelles.....	7
III .6.Selon le sexe	7
III .7.Selon l'âge	7
IV. Evaluation de l'intensité de la douleur	7
V. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence	9
V .1.Les paliers de l'OMS	9
V .2.La titration de la morphine.....	11
DEUXIEME PARTIE : PATIENTS ET METHODES, RESULTATS	
I. PATIENTS ET METHODES	12
I .1.Recrutement des patients	12

I .1.1.Objectifs de l'étude	12
I .1.2.Type d'étude	12
I .1.3.Cadre de l'étude:	12
I .2.Sélection des patients recrutés.....	12
I .2.1.Critères d'inclusion	12
I .2.2.Critères de non inclusion.....	12
I .3.Paramètres analysés.....	13
I .4.Méthodologie de l'étude:.....	13
I .5.Recueil des données	14
I .6.Analyse statistique et bibliographie.....	14
II. RESULTATS.....	16
II .1.Résultats du recrutement.....	16
II .2.Epidémiologie des patients inclus dans l'étude.	16
II .3.Conditions d'admission des patients aux urgences.....	18
II .3.1.Heures d'admission des patients évalués.	18
II .3.2.Mode d'admission des patients	18
II .3.3.Motifs d'admission des patients	18
II .4.Caractéristiques de la douleur	20
II .4.1.Intensité de la douleur	20
II .4.2.Echelle d'évaluation de la douleur.....	20
II .4.3.Durée de la douleur	20
II .5.Traitements des patients douloureux :.....	23
II .5.1.Molécules utilisées	23
II .5.2.Répartition selon les paliers d'antalgiques prescrits	23
II .5.3.Modalités thérapeutiques (Tableau VI).....	25
II .5.4.Habitudes thérapeutiques dans les SAU	25

II .5.5.Modes d'administration	25
II .6.Suivi des patients.....	27
II .6.1.Suite de traitement.....	27
II .6.2.Réévaluation des patients.....	27
II .6.3.Devenir des patients	27
TROISIEME PARTIE :DISCUSSION	
III .1.Epidémiologie	29
III .1.1.Prévalence.....	29
III .1.2.Age.....	29
III .1.3.Sexe.....	30
III .2.Origine et type de la douleur.....	30
III .3.Echelles d'évaluation de la douleur en urgence.....	31
III .3.1.L'auto-évaluation.....	32
III .3.2.Hétéro-évaluation.....	33
III .4.Intensité de la douleur.....	34
III .5.Traitement de la douleur	34
III .5.1.Molécules utilisées.....	35
III .5.2.Stratégies thérapeutiques	35
III .5.3.Place de la morphine.....	36
III .5.4.Le problème de l'oligoanalgésie.....	37
III .5.5.Evaluation de l'efficacité thérapeutique	38
III .6.Devenir des patients.....	38
III .7.Actualités sur l'amélioration de la prise en charge.....	39
III .8.Limites de la prise en charge des patients.....	39
SUGGESTIONS	41
CONCLUSION.....	45

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I: Répartition des patients évalués par tranche d'âge.....	17
Tableau II: Répartition des patients évalués suivant le sexe.....	17
Tableau III: Conditions d'admission des patients aux urgences.....	19
Tableau IV: Caractéristiques de la douleur	21
Tableau V : Molécules utilisées	24
Tableau VI : Prise en charge de la douleur des patients évalués	26
Tableau VII: Devenir des patients après prise en charge aux urgences.....	28
Tableau VIII: Médicaments utilisés en fonction du nombre de molécules et du palier utilisé	28
Tableau IX : Protocole de prise en charge de la douleur à l'accueil des urgences chirurgicales.....	45

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Echelle visuelle analogique	10
Figure 2: Echelle du visage	10
Figure 3 : Différentes échelles utilisées pour l'évaluation de la douleur.....	22

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

%	Pourcentage
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
HU-JRA	Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CSB	Centre de Santé de Base
EN	Echelle numérique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVS	Echelle Verbale Simple
EXT	Externe
H	Heures
HOP	Hospitalisés
IASP	International Association for the study of pain
IC	Intervalle de Confiance
IPP	Inhibiteur de Pompe à Protons
mg	Milligramme
Mn	Minute
Nb	Nombre
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCA	Patient control Analgesy
RPC	Recommandations de Pratique Clinique
Sfar	Société Française d'Anesthésie Réanimation
TRT	Traitemet
URG	Urgence

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

La douleur est un symptôme très fréquent en médecine d'urgence. En effet, 86% des patients, tout âge et tout sexe confondus présentent une douleur à leur admission dans un service d'accueil des urgences (1).

La douleur est le motif d'entrée d'admission aux urgences dans plus de 60% des cas.

Le profil de la prise en charge de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique dans un centre hospitalier ou dans un système de santé donné a toujours ses particularités (2). Cependant son évaluation au service des urgences est plus difficile. Bien que la douleur aiguë en médecine d'urgence soit le plus souvent intense, elle est encore trop souvent méconnue, sous-estimée et mal traitée.

La priorité donnée à la recherche d'une étiologie potentiellement grave, une sous-utilisation des morphiniques et l'absence de protocole dans les services des urgences expliquent en partie cette oligo-analgésie.

En France par exemple, la lutte contre la douleur est devenue depuis plus de 10 ans un véritable problème de santé publique (3).

Tout ceci explique le choix de notre sujet.

L'objectif principal de notre travail est d'apprécier par l'intermédiaire d'une étude rétrospective descriptive l'évaluation de la douleur ainsi que sa prise en charge effectuées dans un centre hospitalier universitaire de référence à vocation chirurgicale de la capitale à Madagascar dans le but d'évaluer la pratique professionnelle aux urgences.

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS

I. DEFINITION DE LA DOULEUR AUX URGENCES

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur IASP (International Association for the study of pain) comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage* » (4-6).

Elle insiste sur deux éléments importants que sont les aspects sensoriels et émotionnels qui évidemment ne sont pas du même ordre mais qui sont éminemment personnels. La douleur est une expérience humaine, mais qui en l'espèce ne doit pas être qualifiée de « normale », et elle n'est pas non plus la simple exacerbation d'un sens comme le tact (7).

Cette définition étend, heureusement, celle de Descartes « la douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle » (5).

Comme le précise l'IASP, la douleur aiguë est protectrice, mais une fois le symptôme reconnu, il n'a plus aucune utilité. Son traitement devient alors un objectif prioritaire sans conséquences négatives pour le patient comme cela a été démontré en médecine d'urgence (6).

Une distinction est faite entre douleur aiguë et douleur chronique, celle-ci survenant dans un délai de trois à six mois (7).

Il s'agit le plus souvent d'une douleur aiguë, rarement d'une douleur chronique exacerbée (1).

L'analgésie est aujourd'hui une préoccupation médicale essentielle. La limitation des conséquences néfastes liées à la douleur est l'un des objectifs majeurs (8).

La douleur est un symptôme fondamental dans l'évaluation diagnostique d'un patient. C'est un signe subjectif complexe et multifactoriel dont il est nécessaire d'admettre la réalité en considérant la personne souffrante dans sa globalité. Une mesure précise de ce symptôme permet de la prendre en charge.

II. EPIDEMIOLOGIE DE LA DOULEUR AIGUË EN MEDECINE D'URGENCE

II .1. Généralités

Les dossiers médicaux des patients des urgences sont pauvrement renseignés pour ce qui concerne la douleur (9).

Une connaissance épidémiologique précise du phénomène douloureux en médecine d'urgence est une étape fondamentale pour sa compréhension et l'amélioration de sa prise en charge.

Pour les services d'accueil des urgences, les données épidémiologiques sont maintenant bien étayées.

La douleur concerne plus de 70% des patients et pour près de 80% d'entre eux il s'agit du motif principal de consultation (10-12).

II .2. Fréquence selon le type d'urgences

La prévalence de la douleur au cours des urgences intra-hospitalières se situe entre 60 et 80 %, avec une incidence élevée des douleurs intenses (supérieure à 50% des patients douloureux).

La prévalence de la douleur lors des urgences extrahospitalières est moins bien connue (6).

Elle tourne autour de 42% chez les patients conscients âgés de plus de 10 ans.

II .3. Urgences et gravité

La douleur est un signal d'alerte, symptôme d'une affection potentiellement grave sur le plan vital, qui justifie l'admission du patient dans un service d'accueil des urgences ou une prise en charge médicalisée pré-hospitalière.

Elle traduit également une souffrance, qui nécessite un diagnostic rapide et une thérapeutique adaptée.

Mal évaluée, cette souffrance peut avoir des conséquences graves, physiques et psychologiques, immédiates et à distance (1).

II .4. Selon l'âge et le sexe

L'environnement familial et socioculturel, l'âge et le sexe sont susceptibles de modifier la réaction d'un individu face à une douleur à un moment donné (13).

Un grand nombre de patients ne verbalisent pas spontanément leur douleur même si elle est intense.

Le stoïcisme de la personne âgée est bien connu (1, 14).

II .5. Selon le motif d'entrée

La douleur est plus fréquente en milieu traumatique (81%) qu'en secteur médical adulte (31%) (1, 14).

Il s'agit le plus souvent d'une douleur aiguë, rarement d'une douleur chronique exacerbée.

III. Anthropologie de la douleur

La douleur est une expérience entièrement subjective et personnelle. Il n'y a jamais deux douleurs exactement semblables, et cela pour le même sujet, à différents moments de son existence. L'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à elles seules à expliquer ces variations. Chaque individu est un être différent, qui a sa propre histoire personnelle. Sa perception, sa tolérance et son expression de la douleur dépendent du sens qu'il lui donne, ceci est le reflet de ce que l'homme est dans le plus profond de lui-même ou de ce qu'il est devenu, aussi bien à travers l'histoire de ses ancêtres, de son groupe ethnique, qu'à travers ses croyances, son expérience passée, son entourage social et aussi selon l'âge, le sexe, le niveau social et le contexte dans lequel survient la douleur (5).

Ses étiologies sont multiples et sa physiopathologie très complexe. Elle rassemble des composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et comportementales. Son expression et sa représentation connaissent des variations à travers les âges, les temps et certainement les aires géographiques et les ères culturelles (15, 16).

III .1. Au fil du temps

L'idée que l'on s'est faite de la douleur a varié à travers l'histoire au gré des connaissances disponibles à différentes époques et dans les différentes civilisations. La douleur était souvent associée « au mal » (5).

Durant la préhistoire, l'homme aurait considéré la douleur comme l'œuvre du démon.

Dès l'origine, le souci d'alléger l'humanité de ses souffrances fut une préoccupation importante des médecins.

Hippocrate dira : « Soulager la douleur est une chose divine ».

Les médecins de l'antiquité, égyptiens, grecs et plus tard les romains connaissaient bien les substances naturelles qui provoquent le sommeil et apaisent la douleur.

Au Moyen Age et avec la montée du christianisme, la douleur était considérée comme expiation et on abandonna progressivement la pharmacopée antique.

Le XVIIe siècle voit éclore les moyens d'analgésie et d'anesthésie.

Ce n'est qu'à la fin de la deuxième guerre mondiale, que lentement commence à évoluer le statut de la douleur. C'est en 1953 que J. Bonica, anesthésiste américain, introduit la notion de la douleur « maladie en soi » et le concept de « *pain clinic* » ou l'approche et la prise en charge multidisciplinaire de la douleur (5).

III .2. Selon la religion

La douleur est diversement interprétée par les religions et soulève la question infinie de la signification du mal.

À l'aube des temps, du pays Maya à l'Égypte ancienne, la douleur est vécue comme une punition des dieux aux faiblesses des hommes. Les hommes l'endurent comme offrande aux divinités pour obtenir leur pardon.

La religion chrétienne considérait la douleur comme conséquence du péché originel d'Adam et Ève et comme opportunité de participer aux souffrances du Christ.

L'Islam, interprète la douleur comme une fatalité.

Les grandes religions orientales constatent le caractère douloureux de la condition humaine. Pour les hindouistes, avec la notion de karma, la douleur physique permet de retrouver la pureté originelle et d'achever ainsi le cycle des réincarnations.

Les bouddhistes considèrent la souffrance comme une dimension indissociable de la vie, elle purifierait des actions mauvaises accumulées dans cette vie ou lors d'autres vies.

Chez les individus non religieux, l'empreinte morale pesant sur la douleur persiste encore. L'idée de la souffrance méritée venant punir la mauvaise conduite d'un individu est encore profondément enracinée dans les consciences contemporaines (5).

III .3. Selon le contexte

La signification donnée par l'individu souffrant à l'épreuve endurée dépend beaucoup du contexte dans lequel survient la douleur:

La douleur comme moyen d'exister. Par la compassion ou la culpabilité qu'elle suscite chez les proches, la douleur devient pour certaines personnes un moyen sûr d'être entouré et aimé (4).

La douleur consentie des sportifs. L'activité sportive exige une aptitude particulière à résister à la fatigue, mais aussi une lutte avec la souffrance et la tentation souvent irrésistible de se relâcher (5, 17).

La douleur initiatique. La douleur accompagne les rites initiatiques de nombreuses sociétés traditionnelles: circoncision, limage de dents, scarifications, tatouages, etc. Elle signifie la gravité des circonstances et l'appartenance à la communauté (5).

III .4. Selon les ethnies

Nous avons souvent l'impression que les personnes d'origine différente vivent et expriment leur douleur différemment: les méditerranéens seraient émotionnels et auraient tendance à exagérer leur douleur, les britanniques seraient plus sensibles à la douleur mais se plaindraient peu et les scandinaves auraient une attitude stoïque face à la douleur (5).

Au Bénin, les caractéristiques de la douleur et ses modes d'expression sont variés et dominés par le stoïcisme et l'importance accordée à son origine. Ces modes d'expression de la douleur sont essentiellement influencés par les différentes ethnies du pays dont le nombre est estimé à plus de 60 (17).

Toutefois aucune étude ne permet de démontrer une différence significative en fonction des groupes ethniques étudiés, ce qui ne fait que confirmer qu'en l'espèce il est difficile de prévoir quelle sera l'attitude de telle ou telle personne face à un syndrome douloureux, quel qu'il soit (7, 18-20).

III .5. Selon les conditions socio-économiques et socioprofessionnelles

Plusieurs études ont démontré que vivre et travailler dans des *conditions difficiles* procurent une endurance face à la douleur (5).

III .6. Selon le sexe

Plusieurs études épidémiologiques ont démontré que les femmes sont affectées plus fréquemment que les hommes par des douleurs temporaires ou chroniques (21). Les femmes paraissent plus exposées à certaines douleurs comme les maux de tête, les douleurs faciales et abdominales. Les lombalgies, associées à une exposition dans le travail, paraissent plus fréquentes chez l'homme.

Plusieurs études expérimentales ont démontré que le seuil de perception et de tolérance de la douleur était plus bas chez les femmes (5).

III .7. Selon l'âge

Plusieurs études ont montré que les enfants et les personnes âgées reçoivent nettement moins d'analgésiques que les jeunes adultes. Cette différence s'explique, en partie, par une plus grande difficulté de la part des médecins à analyser l'expression de la douleur (5).

IV. Evaluation de l'intensité de la douleur

L'intensité de la douleur est un des paramètres entrant dans le choix de la stratégie thérapeutique. Pour cela il faut une échelle fiable, reproductible et validée. Le premier symposium international sur la recherche sur la douleur en médecine d'urgence avait souligné l'importance d'un tel outil (5).

Trois échelles d'auto-évaluation, c'est-à-dire fondées sur la description par le patient de l'intensité de sa douleur, sont les plus utilisés dans les services d'urgence:

l'échelle numérique (EN), l'échelle visuelle analogique (EVA), et l'échelle verbale simple (EVS) (15).

Le système le plus simple et le plus couramment utilisé est l'échelle numérique (EN) qui consiste à demander au patient de noter sa douleur de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur maximale imaginable.

L'échelle visuelle analogique ou EVA (Figure 1) consiste à présenter une réglette graduée et à demander au patient de positionner un curseur, la position à gauche étant l'absence de douleur et la position à droite une douleur insupportable. Côté praticien, la réglette est graduée de 0 à 10, 1 étant une légère incommodation et 10 étant une douleur insupportable. Une estimation supérieure à 5 est en général considérée comme étant une douleur importante devant être prise en compte spécifiquement.

L'« échelle verbale simple » (EVS), constituée d'une liste de 5 qualificatifs classés par ordre croissant d'intensité auxquels peuvent être attribuées des valeurs numériques (0 = douleur nulle, 1 = douleur légère, 2 = douleur modérée, 3 = douleur importante, 4 = douleur insupportable); de même que l'échelle numérique, elle peut avoir une présentation verbale ou écrite.

Ces 3 échelles sont indispensables dans la pratique quotidienne tant est grande la variabilité de la compréhension des patients vis-à-vis de chacune d'elle. En pratique, il y a toujours au moins une échelle adaptée au patient.

Pour les patients incapables d'effectuer une auto-évaluation, une hétéro-évaluation est indispensable. Elle est basée sur l'évaluation comportementale du patient. Il en existe de nombreuses variétés, comme l'échelle du visage par exemple (Figure 2) la seule ayant un certain degré de validation est l'échelle DoLoPLUS mais elle reste trop complexe pour une utilisation pluriquotidienne. On peut utiliser l'échelle simplifiée suivante :

Niveau 1 : patient calme sans expression verbale ou comportementale de douleur

Niveau 2 : le patient exprime sa douleur verbalement ou par son comportement.

Niveau 3 : manifestations extrêmes de douleur agitation majeure non contrôlée, cris, pleurs, ou prostration, immobilité, repli du patient sur lui-même.

Actuellement seule l'échelle comportementale ALGOPLUS a été validée dans le contexte de l'urgence chez les personnes âgées non communicantes (6, 22-24).

V. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence

V .1. Les paliers de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit trois paliers de douleur auxquels elle associe des principes thérapeutiques. Au niveau 1, si des douleurs faibles ou modérées sont diagnostiquées, des antalgiques non morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) comme par exemple, aspirine ou Ibuprofen) peuvent être prescrits. Au niveau 2, si des douleurs modérées sont diagnostiquées, un antalgique dérivé de la morphine (Codéine associée à du Paracétamol, Tramadol et Néfopam) peut être prescrit. Au niveau 3, des douleurs intenses, de la morphine et de l'Oxycodone peuvent être utilisés. A noter la classification délicate du Néfopam dans les paliers de l'OMS. Il s'agit d'un antalgique non morphinique (= palier 1 de l'OMS) mais de puissance équivalente à un médicament de palier 2.

Le traitement de la douleur dépend de l'intensité et de son origine, le traitement définitif étant le traitement de la cause, lorsque cela est possible. Il peut faire appel à un réconfort, au fait de détourner l'attention, au fait d'expliquer ce qui se passe (diminuer l'anxiété).

Le principe de l'analgésie repose sur l'analgésie multimodale utilisant les effets additifs ou synergiques des associations médicamenteuses (6, 24).

L'analgésie comprend des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques, mais doit aussi comprendre une attitude empathique et explicative. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'un traitement étiologique pourra avoir un effet antalgique.

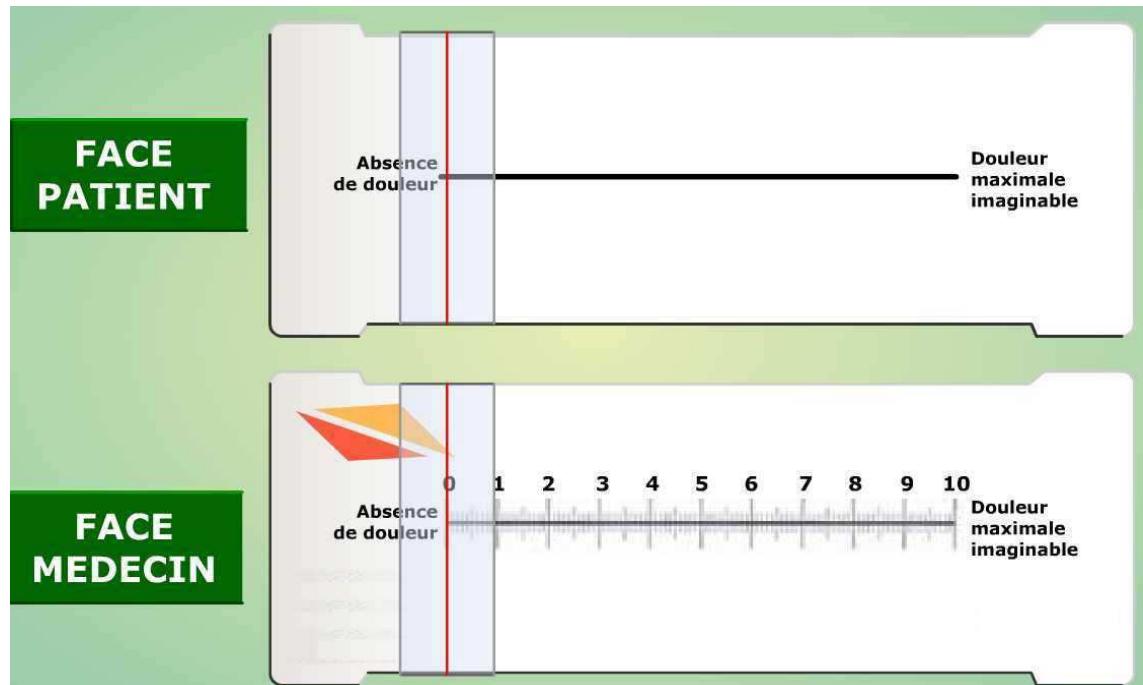


Figure 1 : Echelle Visuelle Analogique



Figure 2: Echelle du visage

V .2. La titration de la morphine

Le traitement des douleurs sévères repose, sauf cas particuliers, sur les morphiniques (6) avec comme chef de file la morphine qui est utilisée le plus souvent en titration.

Seule cette méthode assure dans les plus brefs délais une analgésie adaptée aux besoins du patient. Elle consiste en une injection intra-veineuse de 2 à 5mg de morphine toutes les 5 à 7 minutes jusqu'à obtention d'une analgésie satisfaisante en évitant de dépasser 20-25mg chez un patient naïf aux opiacés.

Ils sont incontournables pour le traitement de la grande majorité des douleurs sévères. La connaissance de leur maniement est indispensable. La mise en place de protocoles thérapeutiques précisant les modalités d'administration et les modalités de surveillance sont à cet égard nécessaires. Cette condition remplie, les risques de complications graves (dépression respiratoire) deviennent exceptionnels.

DEUXIEME PARTIE :

PATIENTS ET METHODES,

RESULTATS

I. PATIENTS ET METHODES

I.1. Recrutement des patients

I.1.1. Objectifs de l'étude

Nos objectifs étaient d'apprécier la prise en charge de la douleur chez les patients évalués admis au service d'accueil des urgences de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona et de discuter des modalités de cette prise en charge dans le service par rapport aux données de la littérature.

I.1.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans un service d'accueil des urgences chirurgicales du centre hospitalier universitaire sur une période de 24 jours allant du 11 Novembre 2012 au 06 Décembre 2012.

I.1.3. Cadre de l'étude:

Cette étude a été effectuée au sein du service d'accueil des urgences chirurgicales de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HU-JRA) à Antananarivo Madagascar, où se succèdent 4 médecins chaque jour, sans aide infirmière ni aide-soignant. L'étude avait été effectuée en période de vacances universitaires, c'est-à dire sans étudiant en formation dans le service.

I.2. Sélection des patients recrutés

I.2.1. Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre étude les patients enregistrés présentant une douleur et chez qui on avait noté une échelle d'évaluation à l'admission aux urgences de l'HU/JRA quel que soit leur âge et leur motif d'entrée et étant parfaitement conscient. Ayant reçu ou non un antalgique avant l'admission aux urgences et qui ont bénéficié d'une évaluation de la douleur au service d'accueil des urgences.

I.2.2. Critères de non-inclusion

Les dossiers mal complétés avec des écritures illisibles et des valeurs non cohérentes, les patients ayant un trouble de la conscience, en arrêt cardio-respiratoire.

I .3. Paramètres analysés

Nous avons évalué pour notre étude :

- L'âge et le sexe ;
- La répartition des cas selon les motifs d'entrée ;
- L'horaire d'admission ;
- Les échelles utilisées pour l'évaluation de la douleur du patient ;
- Le caractère aigu ou chronique de la douleur ;
- Le type de douleur ;
- L'intensité de la douleur ;
- Les modalités thérapeutiques, notamment :
 - Les antalgiques utilisés,
 - L'usage d'une mono ou bithérapie ou trithérapie,
 - L'efficacité thérapeutique ;
- Le devenir du patient ;
- L'évolution du patient.

I .4. Méthodologie de l'étude:

Les modalités d'évaluation de la douleur ont été celles utilisées habituellement par les équipes de médecins en formation de diplôme universitaire douleur puisqu'il n'y avait aucune intervention liée à l'étude.

La douleur aiguë était définie comme une douleur de début récent et probablement limitée dans le temps (définition de l'International Association for Study of Pain (IASP)).

L'intensité de la douleur a été classée en 3 grandes catégories: les douleurs faibles à modérées, les douleurs intenses et les douleurs sévères. Cette classification a été réalisée lorsque cela était possible à partir des échelles EVA (Echelle Visuelle Analogique), EN (Echelle Numérique) ou EVS (Echelle Verbale Simple) et échelle du visage comme suit: si l'EVA ou l'EN était strictement supérieure à 3/10 et inférieure à 6/10 ou l'EVS égale à 3/4, la douleur était définie comme intense, si l'EVA ou l'EN était supérieure ou égale à 6/10 ou l'EVS égale à 4, la douleur était qualifiée de sévère, sinon elle était qualifiée de faible à modérée.

Nous avions regroupé les douleurs selon le motif d'entrée en douleur viscérale non traumatique (douleur de la fosse iliaque, flanc, hypochondre ; douleur abdominale, colique néphrétique, hernie, épigastralgie, douleur anale..) douleur traumatique au décours d'un traumatisme (traumatisme, fracture, traumatisme crânio-encéphalique, accident par arme blanche ou arme à feu...), douleur des parties molles (abcès fessier, abcès, plaie, tuméfaction, gangrène...) et douleur neurologique (céphalée, lombalgies, sciatique, neuropathies...)

L'échelle DN4 avait été présente en sus de ces 4 échelles dans quelques cas.

Les horaires ont été répartis de la façon suivante: nous avions considéré comme heures de bureau les horaires allant de 8h00 à 11h59 et de 14h00 à 17h59, les heures de pause allaient de 06h00 à 07h59, de 12h00 à 13h59 et de 18h00 à 20h59 et le reste des plages horaires étaient considérées comme des horaires extrêmes.

Concernant le devenir du patient, il était soit hospitalisé (HOP : hospitalisé) soit traité en externe (EXT : externe), le traitement de sa douleur (URG: traitement débuté aux urgences et accompagné d'une prescription à la sortie des urgences, TRT: prescription d'un traitement à la sortie des urgences, RIEN: aucun traitement prescrit ni au service des urgences ni après).

I .5. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des fiches complétées par les médecins en formation douleur et à partir du registre des admissions au service des accueils des urgences du centre hospitalier.

Le registre d'accueil des patients comprenait des informations d'ordre général concernant les caractéristiques du patient (âge, sexe, heure d'admission, présence ou non d'une douleur, motif d'admission, devenir).

Pour les patients douloureux pris en charge par les médecins en formation, l'intensité de la douleur et les caractéristiques du traitement antalgique étaient relevées.

I .6. Analyse statistique et bibliographie

Analyse statistique descriptive et analytique avec tests de corrélation avec le logiciel R 2.14.0 et Excel. Nous avons utilisé des tests statistiques standards pour analyser les données démographiques, le type de la douleur et sa prise en charge.

Les valeurs continues ont été présentées sous forme de moyenne avec leurs déviations standards et des intervalles de confiance à 95% [IC95%]. Les variables quantitatives ont été comparées avec un test t de Student.

Les données qualitatives ont été présentées en pourcentage ont été comparées avec un test de Chi deux.

Les tests statistiques étaient considérés comme significatifs pour une valeur de p $\leq 0,05$. Elles étaient comparées avec un test de Chi deux.

La bibliographie avait été faite par le biais des moteurs de recherche «Pub Med» et «google scholar».

II. RESULTATS

II .1. Résultats du recrutement

Pendant la période allant du 11 Novembre au 06 Décembre 2013, au total, 3163 patients ont été reçus aux urgences au cours de cette période allant du 11 Novembre au 06 Décembre 2012.

Parmi ceux-là, 2631 étaient supposés présenter une douleur à l'admission, au vu du motif d'entrée et/ou du diagnostic ou de la prise en charge thérapeutique du médecin, soit un taux de 83,2% de patients douloureux.

Parmi les patients douloureux, 278 patients ont eu une évaluation correcte de la douleur, soit 10,6% des patients douloureux.

II .2. Epidémiologie des patients inclus dans l'étude

L'âge moyen de ses patients évalués est de $28,2 \text{ ans} \pm 16,8 \text{ ans}$ avec des extrêmes d'âge de 6 jours à 90 ans.

Cent soixante et onze (171) patients, soit 61,5% des cas se trouvent dans la tranche d'âge entre 10 à 40 ans avec un pic de fréquence entre 20 et 30 ans (Tableau I).

Cette population est composée à 56,5% d'hommes et 43,5% de femmes (Tableau II). Le sex-ratio homme femme est de 1,3.

Tableau I: Répartition des patients évalués par tranche d'âge

Age (années)	Effectif	%
[0-10[	36	12,9
[10-20[	55	19,8
[20-30[	60	21,6
[30-40[	56	20,1
40-50[	42	15,1
50-60[	19	6,8
[60-70[	8	2,9
[70-80[	1	0,4
>80[	1	0,4

Tableau II: Répartition des patients évalués suivant le sexe

Sexe	Effectif	%
Homme	157	56,5
Femme	121	43,5

II .3. Conditions d'admission des patients aux urgences

II .3.1. Heures d'admission des patients évalués.

L'heure d'admission des patients est rapportée dans le Tableau III.

L'évaluation des patients montre une prédominance des admissions des patients évalués autour de midi quarante.

La répartition horaire d'admission des patients se fait comme suit, avec un afflux de patients autour de 12h40mn \pm 03h21mn. Il y a presque autant de patients qui arrivent entre 0h et midi et après midi et jusqu'à minuit (médiane =11h39).

Les patients arrivent en moyenne autour de midi.

II .3.2. Mode d'admission des patients

Concernant les modes d'admission des patients, toujours rapporté dans le tableau III montre que 210 patients soit 75,6% des patients sont admis directement, de leur propre chef aux urgences, 36 patients (13%) sont référés par des médecins de ville, et 32 patients (12%) viennent d'autres systèmes de soins ou structures hospitaliers (clinique, OSTIE, CSBII...).

II .3.3. Motifs d'admission des patients chez qui la douleur a été évaluée

Les motifs d'admission des patients aux urgences sont également annotés dans le tableau III.

Les motifs d'admission avec une composante douleur annotée aux urgences sont largement dominés par les traumatismes qui sont de l'ordre de 66,1% soit 186 patients. Viennent ensuite les patients présentant une douleur d'origine viscérale, soit 20,5% (n=57) ; 8,2% (n=23) étaient des douleurs dues à des lésions des parties molles et 4,3% (n=12) des douleurs sont dues à une origine neurologique.

Tableau III : Conditions d'admission des patients aux urgences

Condition d'admission	n	%
Horaires d'admission		
- Heures de bureau	215	77,3
- Heures de pause	52	18,7
- Heures extrêmes	11	4,0
Mode d'admission		
- Admission directe	210	75,0
- référé par les médecins de ville	36	13,0
- référé par un centre de santé	32	12,0
Etiologies		
- Traumatiques	186	66,9
- Viscérales	57	18,7
- Parties molles	23	8,3
- Neurologiques	9	3,2

II .4. Caractéristiques de la douleur

II .4.1. Intensité de la douleur

Le tableau IV nous montre les niveaux de douleur des patients évalués. La douleur est le plus souvent modérée chez les patients (51,1% des patients, n= 142); puis intense à extrêmement sévère chez 34,5% des patients (n= 96) et 14,4% des patients soit 40 patients ont une douleur faible.

II .4.2. Echelle d'évaluation de la douleur.

La figure 3 rapporte les types d'échelles utilisées pour l'évaluation de la douleur des patients.

Les 4 types d'évaluation de la douleur sont l'EN, l'EVA, l'EVS et l'échelle du visage. L'EN a été utilisée 240 fois (86,69%), l'échelle des visages 15 fois (5,4%), l'EVS 9 fois (3,2%), l'EVA 3 fois (1,1%).

Huit patients (2,9%) ont présenté une composante neuropathique de sa douleur notifiée qui avait été évalué par l'échelle DN4 en plus d'une échelle d'auto-évaluation classique. Le reste des patients (n=270 ; 97,1%) avait une douleur nociceptive uniquement.

La douleur est évaluée préférentiellement par l'échelle numérique chez les patients admis aux urgences (86,7%, n= 240).

II .4.3. Durée de la douleur

D'après le tableau III, parmi les patients douloureux évalués, 96,8 % (n=269) des patients douloureux présentent une douleur aiguë. Neuf (3,2%) patients au cours de cette période souffraient de douleur chronique.

Tableau IV: Caractéristiques de la douleur

Caractéristiques de la douleur	n	(%)
Suivant la durée de la douleur		
- Aiguë	269	96,8
- Chronique	9	3,2
Composante de la douleur		
- Nociceptive	272	97,8
- Mixte (avec composante neuropathique)	6	2,2
Intensité de la douleur		
- Faible	40	14,4
- Modérée	142	51,1
- Sévère et intolérable	96	34,5

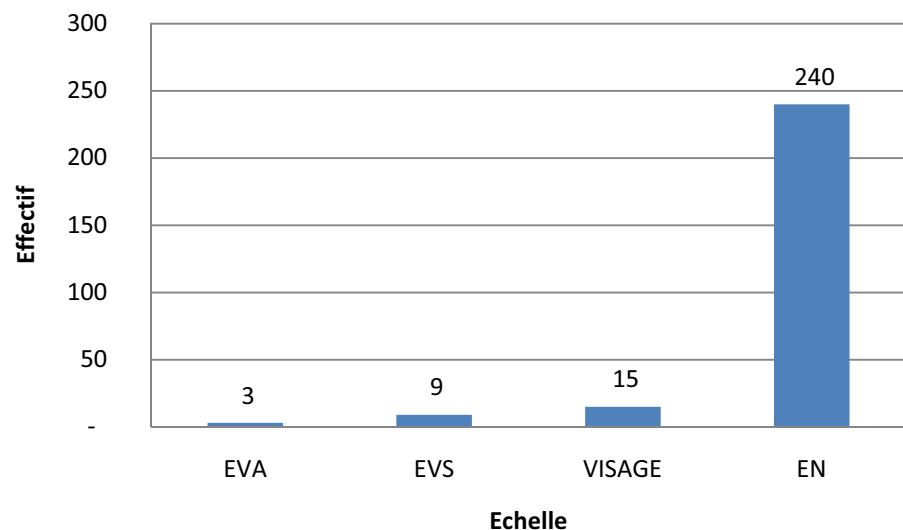


Figure 3: Différentes échelles utilisées pour l'évaluation de la douleur

II .5. Traitements des patients douloureux :

Trente-deux patients (11,5%) bénéficient d'une antalgie non médicamenteuse associée ou non à des antalgiques médicamenteux (immobilisations surtout) et 87,0% (n=242) des patients bénéficient d'un traitement antalgique médicamenteux. On note également que 13,0% (n=36) des patients douloureux à l'arrivée aux urgences ne reçoivent aucun traitement antalgique.

II .5.1. Molécules utilisées (Tableau V)

Sur 257 prescriptions, 59,9% des médicaments utilisés soit 156 traitements sont administrés en monothérapies (46,3% de Paracétamol, 7,4% d'AINS), 3,9% en bithérapies (85 traitements), 6,2% de trithérapies (16 traitements).

II .5.2. Répartition des patients selon les paliers d'antalgiques prescrits.

Sur 257 prescriptions achetées, 6,6% des prescriptions ne concernent que des traitements symptomatiques (Nospa, Laroxyl, Omizec, Spasfon, etc..), 96,1% (n=247) utilisent des antalgiques de classe I associés (18,4%) ou non (70 % n=179) à un traitement symptomatique, 24,5% utilisent des classes 2 et 1,9% d'antalgiques de classe 3 en sachant que 80% des classes 3 sont associés au paracétamol et/ou aux AINS. Si on ne tient compte que du palier le plus élevé parmi les médicaments administrés; 73,5% (n=189 prescriptions) des médicaments sont des paliers I, 23,7% (n=60) des médicaments sont des paliers II, et 2,3% (n=6) sont des antalgiques de paliers III, et les autres traitements à visée antalgique (Co-antalgiques) = 12,9%.

Tableau V : Molécules utilisées

1ère molécule	2ème molécule	3ème molécule	Quantité
Paracétamol			120
Codéine	Paracétamol		44
Paracétamol	AINS		26
AINS			24
Paracétamol	Codéine	AINS	9
Tramadol			6
AINS	AINS		5
Paracétamol	AINS	AINS	5
Paracétamol	NOSPA		5
AINS	NOSPA		2
Paracétamol	Morphine		2
Paracétamol	Codéine	Morphine	2
Paracétamol	IPP		2
NOSPA			1
Morphine			2
COLTRAMYL	Amitriptyline		1
Paracétamol	Codéine	Morphine	1
IPP			1

II .5.3. Modalités thérapeutiques (Tableau VI)

Nous avons noté que 8,6% (n=24) des patients n'ont bénéficié d'aucun traitement médical que ce soit des antalgiques ou autres alors qu'ils sont venus avec plainte de douleur; 39,6% (n=110) des patients ont bénéficié d'une monothérapie, 47,1% des patients (n=131) ont bénéficié d'une analgésie multimodale et 16,2% (n=45) des patients ont bénéficié de co-antalgiques ou de systèmes de contention ou autres moyens.

La morphine est utilisée chez 6 patients sur les 278 patients douloureux (2,2%) seule ou en association.

II .5.4. Habitudes thérapeutiques dans les SAU

Deux cent cinquante-neuf patients ont été traités aux urgences (93,2%) parmi les 278 patients évalués. On relève 18 traitements ou associations différents dont 4 protocoles couvrent 82,6% (n=214) des types de médicaments administrés par les médecins.

II .5.5. Modes d'administration

Différentes molécules sont utilisées aux urgences avec différentes manières d'administration dont les principales sont l'administration per os et le suppositoire. L'administration intra-veineuse avec mise en place d'une garde veine est assez fréquente également.

La voie intraveineuse devrait être indiquée dans le contexte de l'urgence.

La voie per os et la voie intra-rectale (suppositoire) sont également utilisées.

Tableau VI : Prise en charge de la douleur des patients évalués

	n	(%)
Patients traités	257	(92,4)
Pas de traitement du tout		
Selon le niveau de la douleur	257	
- Douleur faible	25	(67,6)
- Douleur modérée	144	(98,6)
- Douleur intense à sévère	88	(92,6)
Traitements antalgiques	257	
- Antalgiques médicamenteux	223	(87,1)
- Antalgiques non médicamenteux associés ou non à des médicaments	32	(12,4)
Selon le nombre de molécules utilisées		
- Monothérapie	156	(59,9)
- Bithérapie	85	(33,9)
- Trithérapies	16	(6,2)
Selon le palier		
- Palier I	189	(73,5)
- Palier II	59	(25,0)
- Palier III	6	(2,3)
Co antalgique	37	(12,9)
Antalgiques de palier I, II ou III		
- Palier I seul	189	(73,6)
- Palier II seul ou associé à Palier I	59	(23,7)
- Palier III seul, ou associé à palier I, ou associé à palier II, ou associé à palier I + II	6	(2,3)
Autres traitements à visée antalgique (seuls ou associés aux antalgiques de palier I, II ou III)	17	(6,6)

II .6. Suivi des patients

II .6.1. Suite de traitement

Parmi les patients ayant bénéficié d'un traitement médical, 119 patients (42,8%) parmi ceux qui ont eu un traitement à l'admission ont bénéficié d'une suite de traitement lors de la sortie des urgences alors que 159 patients (57,2%) n'ont pas eu de prescription à leur sortie.

II .6.2. Réévaluation des patients

On observe que 10,1% (n=28) des patients douloureux évalués avec une échelle à l'arrivée sont réévalués après traitement. Si on s'intéresse au sous-groupe « patient douloureux ayant bénéficié d'une antalgie médicamenteuse », on constate que ces patients sont mieux évalués (25% à l'arrivée) et mieux réévalués (15% après traitement).

II .6.3. Devenir des patients

Nous avions étudié la prise en charge thérapeutique et l'orientation des patients présentant un problème douloureux.

Il y a plus de patients hospitalisés (54,0%, n=150) que de patients traités en externe (46,0%, n=128) parmi le groupe de patients évalués. La douleur est significativement ($p= 2 \times 10^{-16}$) plus souvent présente chez les hospitalisés (11,0%) que chez les externes (4,2%) (Tableau VII).

Il y a plus de patients qui quittent le service des urgences avec une ordonnance sans initialisation de traitement chez les hospitalisés que chez les externes.

Tableau VII : Devenir des patients après prise en charge aux urgences

	Nb	URG(%)	TRT(%)	RIEN(%)
HOP	150	79,3%	1,4%	19,3%
EXT	128	91,4%	0%	8,6%
TOTAL	278	84,9%	0,7%	14,4%

Tableau VIII : Médicaments utilisés en fonction du nombre de molécules et du palier utilisé

Niveau de la douleur	faible	modérée	sévère
Palier I	2	152	29
Palier II	0	0	53
Palier III	0	0	6

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

III. DISCUSSION

III .1. Epidémiologie

III .1.1. Prévalence

La douleur est un symptôme très fréquent en médecine d'urgence. En effet, 86% des patients, tout âge et tout sexe confondus, présentent une douleur à leur admission dans un service d'accueil des urgences (1).

Cette prévalence est de l'ordre de 83,18% dans notre étude qui est en accord avec les données de la plupart des études aussi bien en Afrique qu'en Europe ou en Amérique.

Une étude marocaine en 2009 rapporte une prévalence de 74,8% de patients douloureux à l'arrivée aux urgences (25).

Une étude multicentrique dans 18 centres hospitaliers du réseau régional douleur en Basse Normandie en 2005 rapporte que 72% des patients sont douloureux à l'arrivée aux urgences (26, 27).

Elle est plus fréquente en milieu traumatique (81%) qu'en secteur médical adulte (31%) (1).

Pour notre cas nous ne pouvons renseigner par rapport à la fréquence des douleurs aux urgences médicales.

Les données de l'étude PALIERS rapportent un pourcentage de patients se plaignant de douleur à l'arrivée de 86% (3).

Si la prise en charge de la douleur aiguë fait maintenant partie des préoccupations quotidiennes en période postopératoire et a fait l'objet de nombreux travaux, en revanche, elle reste insuffisamment prise en considération en urgence.

La douleur aiguë en situation d'urgence est encore trop fréquemment négligée.

L'oligoanalgesie demeure une problématique dans les services d'urgence (28).

III .1.2. Age

L'âge moyen dans notre étude est de 28,6 ans, ce qui est plus jeune que la moyenne générale dans les autres études qui tiennent compte de douleurs aiguës et/ou chroniques : 43,3ans pour celle de Louriz au Maroc en 2009 (25), 49 pour l'étude de Van Trimpont en Belgique (29), 40,40 ans au Bénin en 2012 (16).

Cet âge plus jeune dans notre étude peut s'expliquer par la population plus jeune à Madagascar par rapport aux autres pays nantis et par la plus grande fréquence des traumatismes chez cette population.

III .1.3. Sexe

Nous avons 60,3% de nos patients admis aux urgences qui sont de sexe masculin, et 39,7% des patients qui sont de sexe féminin, soit un sex-ratio de 1,3.

Parmi les patients douloureux, nous avons la même répartition concernant le genre (p significatif).

Nous avons donc une légère prédominance de patients douloureux de sexe masculin. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des sujets de sexe masculin à des rixes.

Diverses études basées sur la population indiquent que les femmes sont plus susceptibles à la douleur et ont tendance à rapporter plus de douleur sévère, à une fréquence plus élevée, et dans un plus grand nombre des régions du corps, que les hommes (30-38).

L'article publié en 2012 par Racine et al et qui porte sur plus de 170 publications entre 1998 et 2008 apporte un constat qu'il est impossible de démontrer une différence de genre quel que soit le type de douleur, contredisant les principales conclusions des articles de synthèse précédents que les femmes ont une plus grande réactivité de la douleur que les hommes pour la plupart des modalités de la douleur et pose ainsi la question de savoir s'il y a un sens réel à poursuivre des recherches pour démontrer une différence de sexes (30, 39).

III .2. Origine et type de la douleur

Le motif d'entrée le plus fréquemment rencontré aux urgences est dominé principalement par les traumatismes. Etant donné que les centres hospitaliers à Antananarivo sont organisés de façon que les cas chirurgicaux soient référés principalement dans cet hôpital universitaire, nous avons une nette prédominance des douleurs d'origine traumatique.

Elles représentent 79,9% des douleurs qui sont recensées à l'accueil des urgences.

L'origine traumatique constitue la cause la plus fréquente des admissions aux urgences. Une douleur d'origine traumatique est plus rapidement reconnue et traitée par le soignant qu'une douleur médicale (1).

Viennent ensuite les douleurs d'origine viscérale.

Les douleurs d'origine neurologiques ne représentent que 2,0% des douleurs.

Dans la littérature la prévalence globale des douleurs neuropathiques est très variable. Elle était estimée à 1% dans la population générale en 1991 (40), à 1,6% au Royaume-Uni (41).

En 2008, en Autriche elle était estimée à 3,4% (42), et en France, Bouhassira montre une prévalence de 6,9% (43).

L'année suivante, deux nouvelles études de prévalence sont publiées avec des résultats premièrement, l'étude de Pérez (44), montre une prévalence totale de 3,3% en Espagne, deuxièmement, l'étude canadienne de Toth (45) retrouve une prévalence de 21,2%.

Enfin, en 2010, Lecomte publie dans l'American Journal of Emergency Medicine une étude réalisée aux urgences de l'hôpital Cochin à Paris, qui observe une prévalence de 21 % (46). Yvert rapporte en 2012 une prévalence de l'ordre de 8,5% de douleur neuropathique à Blois (47).

Les écarts entre ces résultats sont très importants, ils reflètent les grandes différences qui existent entre les protocoles d'études utilisés (47).

III .3. Echelles d'évaluation de la douleur en urgence

L'évaluation systématique de l'intensité de la douleur est un objectif prioritaire depuis 1993.

Le premier symposium international sur la recherche sur la douleur en médecine d'urgence avait clairement notifié que « [...] le développement d'une mesure valide et fiable de la douleur aiguë est une première étape nécessaire et incontournable pour prendre une décision concernant la douleur aux urgences [...]. Sans instrument valide et reproductible, l'effet réel d'un traitement peut être obscurci par des erreurs de mesure, ou un traitement inefficace pourra être considéré efficace » (48).

En France, l'évaluation de l'intensité de la douleur des patients arrivant aux urgences n'est recommandée que depuis une circulaire ministérielle de 1999.

La douleur doit être recherchée systématiquement par le médecin et l'infirmière, au même titre qu'une constante vitale, chez tout patient admis dans un service d'accueil des urgences (1).

Seuls 10,6% (n=278) des patients ont une évaluation de la douleur à l'admission aux urgences au cours de notre période d'étude.

L'étude de Harel en 2005 rapporte une évaluation à 17% à l'arrivée des patients en Basse Normandie (26).

Une analyse faite par Prulière en 2004 montre lors d'une étude prospective sur 518 patients que l'EVS et l'EN sont des échelles performantes pour l'évaluation de l'intensité de la douleur dans un service d'accueil des urgences, l'EVS devant être privilégié chez les patients aux capacités d'abstraction ou de communication altérées. Et ils pensent aussi contrairement aux recommandations officielles que l'EVA n'est probablement pas la meilleure méthode (15).

Le seul expert est le patient lui-même pour évaluer l'existence et l'intensité douloureuse. Cette intensité doit être quantifiée par l'utilisation d'une échelle commune et admise par tous. Il s'agit des échelles d'autoévaluation.

Elles sont reproductibles, plus sensibles, plus rapides, plus faciles à mettre en œuvre (1, 15).

Elle présente plusieurs intérêts : reconnaître le patient douloureux, instituer un traitement adapté et apprécier le soulagement.

III .3.1. L'auto-évaluation

L'auto-évaluation a largement sa place aux urgences. Elle repose sur l'utilisation d'outils qui n'avaient pas à cette date fait preuve de leur faisabilité en médecine d'urgence (1).

Elle est utilisée chez 252 patients soit 90,6% des patients qui avaient été évalués.

L'échelle visuelle analogique avait été utilisée chez 3 de patients auto-évalués uniquement car la réglette n'est que rarement disponible dans le service des urgences dans ce centre hospitalier.

Et pourtant elle semble avoir été arbitrairement choisie sans qu'une évaluation comparative des différentes échelles ait été réalisée (15). Bien que cette échelle soit relativement simple, 7 à 11% des patients sont incapables de l'utiliser et/ou la trouve

confuse (15). La faisabilité de l'EVA a été évaluée en médecine d'urgence intra et extra hospitalière avec des taux de faisabilité de 83 à 94 % (49-52).

L'échelle verbale simple devrait être la plus facile à être utilisée par les médecins étant donné la facilité d'explication mais elle n'est utilisée que chez 6 de nos patients. La raison n'est pas explicable.

Chez les sujets de plus de 65 ans, notamment en présence de facteurs d'incompréhension, l'EVS est la méthode de choix. Elle semble être bien adaptée pour plusieurs raisons : son temps de réponse est court, toujours inférieur à 50 secondes, son taux de compréhension est toujours voisin de 90 %, et elle est l'échelle la moins difficile à expliquer (15). Selon les motifs de consultations, aucune méthode ne semble supérieure aux autres.

L'échelle numérique dans notre étude était la principale échelle d'évaluation de la douleur utilisée, avec un taux de 86,7 % (n=240).

L'utilisation de l'EN est plébiscitée par le personnel soignant dans beaucoup de services d'accueil des urgences (37).

L'échelle numérique semble plus adaptée à la pratique d'urgence. Sa réalisation est rapide et facile sans support matériel.

La bonne faisabilité de l'EN dans la population générale et le plébiscite des soignants appuient son utilisation comme méthode de référence pour l'élaboration d'un protocole de prise en charge de la douleur aux urgences.

Les échelles d'auto-évaluation de la douleur sont corrélées entre elles, mais non équivalentes en terme de fréquence d'échec et l'EVA sous évalue chez un quart des patients l'intensité de la douleur.

Ces échelles d'auto-évaluation apparaissent aux urgences plus adaptées que les échelles d'hétéro-évaluation (15).

III .3.2. Hétéro-évaluation

Pour les patients incapables d'effectuer une auto-évaluation, une hétéro-évaluation est indispensable (53).

Nous avions utilisé l'échelle du visage chez les patients incapable de communiquer ou de comprendre les échelles d'auto-évaluation.

Actuellement seule l'échelle comportementale ALGOPLUS a été validée dans le contexte de l'urgence chez les personnes âgées non communicantes (22, 23).

L'échelle G-mal pourrait constituer une alternative lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible. Elle est bien corrélée à l'échelle numérique ($r=0,7-0,84$)(8). Lorsqu'au moins un signe est coché dans l'échelle, 80% des patients douloureux sont détectés (8).

Cette échelle pourrait être appliquée chez nous à condition qu'elle soit visible en permanence par le personnel médical et paramédical au vu de la difficulté d'application des échelles d'auto-évaluation dans certaines situations.

Chez l'enfant de 0 à 7 ans, l'évaluation de la douleur du petit enfant est difficile mais nécessaire aux urgences. Les soignants ont besoin d'outil adapté simple et vite rempli. L'échelle EVENDOL a d'excellents critères de validité pour l'évaluation de la douleur des petits aux urgences (54).

III .4. Intensité de la douleur

Dans une étude normande en Basse Normandie sur 447 patients inclus dans l'enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë 15% avaient une douleur faible, 23% une douleur modérée 26% une douleur intense et 8% une douleur intolérable et 28% n'avaient pas de douleur (26, 27).

Pour notre cas, quarante patients (14,4%) présentent une douleur faible. La douleur est le plus souvent modérée chez les patients (51,1% des patients, $n= 142$); puis intense chez 34,9% [29,4-40,8] des patients ($n= 97$) et extrêmement sévère chez 4,0% des patients uniquement ($n=11$), soit des douleurs intenses à extrêmement intenses de l'ordre de 38,5% ($n=107$).

III .5. Traitement de la douleur

La prévalence élevée de la douleur à l'admission justifie de considérer l'analgésie comme une priorité thérapeutique en structure d'urgences.

Malgré l'existence de moyens thérapeutiques efficaces, l'appréciation et le traitement de la douleur restent largement insuffisants, en particulier en médecine d'urgence (55-59) avec en 2010, un faible taux de prescription d'antalgiques (de 30 à

56% des patients douloureux), que ce soit à l'admission ou à l'occasion d'un acte de soin, et avec un soulagement insuffisant à la sortie des urgences (60).

Dans une étude tunisienne évaluant la qualité de la prise en charge de la douleur à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis seuls 50% des malades douloureux reçoivent un antalgique (2).

Les conditions particulières de prise en charge de ces patients en situation d'urgence ont souvent relégué le traitement de la douleur au second plan, au regard de la correction des détresses vitales (61, 62).

La précocité du dépistage de la douleur participe à une prise en charge du patient plus rapide et mieux adaptée. La douleur fait partie des items d'échelles de triage à l'admission. Sa reconnaissance conduit à prendre des mesures thérapeutiques immédiates (immobilisation, recherche d'une position antalgique) et à rassurer le patient (1).

D'autant plus que plusieurs études ont bien montré que le traitement précoce de la douleur ne compliquait pas la démarche étiologique (35).

Toutefois, une analgésie peut ne pas être proposée systématiquement pour une douleur aiguë inférieure à 3 d'après une étude faite par Ducassé et al en 1997 (63).

III .5.1. Molécules utilisées

Une étude démarche qualité Dequad de la douleur a montré que dans son étude le paracétamol est le plus prescrit 50% des antalgiques (64).

Pour notre cas, le paracétamol est autant utilisé.

III .5.2. Stratégies thérapeutiques

Le taux de prescription d'antalgiques rapportés dans la littérature est compris entre 30 et 56% en médecine d'urgence selon les études, les traitements reçus au cours du séjour aux urgences étant essentiellement de type non morphinique (35).

Le principe de l'analgésie repose sur l'analgésie multimodale utilisant les effets additifs ou synergiques des associations médicamenteuses.

Dans notre étude, plus de la moitié des patients bénéficient d'analgésie multimodale.

Dans l'étude PALIERS, seuls 42% des patients présentant une douleur modérée à sévère à l'admission ont reçu un traitement antalgique, ce traitement étant essentiellement de Palier I.

Dans notre étude plus de 90% des patients présentant une douleur modérée à sévère sont traités essentiellement avec du palier I aussi.

Dans l'étude PALIERS comme dans celle de Guéant, les paliers II et III étaient insuffisamment prescrits au regard de l'intensité douloureuse observée à l'admission (35, 65).

Dans notre étude très peu de patients ont reçu de la morphine.

Il n'y avait pas de corrélation ($p=0,24$) entre l'intensité de la douleur exprimée et la puissance de l'analgésie prescrite dans notre étude.

III .5.3. Place de la morphine

Seuls 7 patients (2,3%) ont bénéficié de morphine aux urgences en titration essentiellement et en comprimé.

Le soulagement insuffisant de la douleur pose le problème des traitements insuffisants ou inadaptés, notamment la réticence à utiliser des antalgiques de palier III (3, 66).

Le traitement des douleurs sévères repose, sauf cas particuliers, sur les morphiniques. Selon les recommandations, le rapport bénéfices/risques des morphiniques est en faveur de leur utilisation pour le traitement des douleurs intenses dans la mesure où les conditions d'emploi sont bien respectées (3, 67).

La titration morphinique est proposée dans le traitement des douleurs sévères dans le service des urgences. Le seuil de 60 est recommandé pour une douleur sévère évaluée par EVA. Cette valeur pourrait également être recommandée pour l'administration de morphine (63). Mais elle est sous-utilisée au SAU.

Une étude faite en 2003 montrant l'utilisation de la morphine dans le traitement des douleurs sévères aux urgences, faite sur 161 cas avait montré que la titration intraveineuse de morphine était une technique utilisable dans les services d'urgences pour l'analgésie des douleurs sévères ; les effets secondaires morphiniques semblant moins fréquents qu'au cours de la période postopératoire (68).

Une étude faite à Chalon a voulu montrer en 2009 la place de l'infirmière organisatrice d'accueil sur l'administration de morphine sublinguale sous prescription déléguée c'est-à-dire un protocole de prescription anticipée d'antalgique déléguée à l'infirmière incluant l'administration de sulfate de morphine sublinguale largement acceptée par le personnel paramédical et notamment l'infirmière organisatrice d'accueil qui voit son autonomie et sa responsabilité encouragées en toute sécurité (69).

Une étude dans un SAU à Marseille a montré en 2008 que la titration intraveineuse de la morphine est utilisable au SAU pour tous les patients douloureux quel que soit leur âge. Les doses de morphine et le nombre de bolus sont corrélés à l'intensité de la douleur. Le pourcentage de patients soulagés est important alors que les effets secondaires sont peu nombreux (70).

L'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS) sont les méthodes d'auto-évaluation unidimensionnelles validées et utilisables pour l'évaluation de la douleur pouvant impliquer une titration (71).

Cette titration morphinique aux urgences est conditionnée par la participation du patient, une surveillance rigoureuse des patients. Elle doit être effectuée dans une structure de soins permettant une surveillance rapprochée des patients et poursuivie selon un protocole de soins infirmiers écrit, validé, et connu de tous, avec un médecin disponible sans délai (71).

III .5.4. Le problème de l'oligoanalgésie

L'oligoanalgésie reste un problème significatif dans les centres d'urgence, malgré les recommandations de pratique clinique (RPC) édictées par de nombreuses sociétés médicales (70).

Pour notre cas, nous avions des patients qui avaient des douleurs extrêmement intense et qui n'avaient reçu aucune analgésique que ce soit à leur admission aux urgences, sans raison notifiée.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette mise au second plan de la douleur : âge et sexe du patient, non-évaluation de l'intensité de la douleur initiale, prise en charge d'une détresse vitale, multiplicité des personnels de secours, de leur formation et des moyens mis à leur disposition, difficulté logistique de prise en charge au respect insuffisant des recommandations de pratique clinique (72, 73).

Alibeu dans sa publication déclare être très surpris que la mesure de la douleur ne figure pas dans l'évaluation systématique de l'enfant arrivant aux urgences contrairement à l'hyperthermie qui est systématiquement recherché et conduisant à une attitude systématique d'administration d'antipyrétique, alors que la douleur n'est pas prise en compte (74).

Bien qu'une analgésie soit prescrite pour la plupart des patients, trop peu sont correctement soulagés. Les raisons retrouvées sont:

- une évaluation initiale insuffisante,
- la prescription ne précisant pas les horaires réguliers des prises,
- une analgésie insuffisamment puissante chez les patients signalant une EVA>7 lors de la consultation,
- l'absence de traitement instauré dans l'évaluation de la douleur (68).

III .5.5. Evaluation de l'efficacité thérapeutique

Un très faible pourcentage de patients bénéficie de réévaluation de la douleur pour pouvoir évaluer l'efficacité thérapeutique. Dix pourcents des patients ont été réévalués aux urgences. Tous ceux qui ont été réévalués ont eu une échelle d'évaluation nettement améliorée et n'ont pas reçu de suppléments antalgiques. Toutefois le nombre de patients réévalués est trop faible qu'on ne peut pas conclure à une efficacité thérapeutique (p non significatif).

Le pourcentage de douleur(s) insuffisamment soulagée(s) est élevé (entre 64 et 77 % des patients). Pourtant, les données scientifiques ont montré que le traitement précoce, l'utilisation de morphiniques et le score initial de l'EVA conditionnaient le succès de l'analgésie dans le cas de douleurs intenses (56, 75).

Un suivi du protocole et de son application restent nécessaires pour améliorer encore le traitement et le soulagement des patients.

III .6. Devenir des patients

La douleur est traitée aux urgences pour la quasi-totalité des patients hospitalisés (79,3%) et externes (91,4 %) et pour un quart des externes. L'absence de traitement prescrit constitue un indicateur de qualité pour la prise en charge de la douleur. Dans notre étude, il est à 14,4 % alors qu'il devrait être à 0%.

La douleur est plus présente chez les patients hospitalisés par rapport aux patients externes.

Les patients quittent le service des urgences avec une ordonnance sans initialisation de traitement autant chez les hospitalisés que chez les externes.

III .7. Actualités sur l'amélioration de la prise en charge

Une actualisation récente des recommandations sur la prise en charge de la douleur a été élaborée conjointement entre la SFMU et la Sfar et constitue une base indispensable pour améliorer la prise en charge de la douleur dans les structures d'urgence (38).

Parmi les différentes pistes d'amélioration utilisables, nous pouvons citer certaines nouveautés qui ont fait la preuve de leur efficacité, comme notamment :

- l'administration d'antalgique par l'IOA, et depuis 2012, l'administration de morphine sub-linguale par l'infirmière dès l'admission du patient en cas de douleur sévère.

- L'informatisation de l'évaluation de la douleur des patients,
- La mise en place de PCA morphine aux urgences,
- le suivi répété d'indicateurs qualité-douleur et l'informatisation des données douleurs (38).

Des efforts substantiels de sensibilisation et de formation de tout le personnel soignant sont indispensables pour améliorer la prise en charge de la douleur en situation d'urgence en favorisant la diffusion des récentes recommandations au plus proche du terrain (38).

III .8. Limites de la prise en charge des patients

La plupart des niveaux socio-économiques des patients admis dans ce centre hospitalier est au plus bas.

L'échelle numérique est assez difficile à comprendre étant donné le niveau socio-culturel des patients admis aux urgences ; l'échelle visuelle pourrait être une alternative mais nous ne disposons pas de réglette toujours disponible.

Nous ne disposons que de 4 médecins qui assurent les gardes 24h d'affilé pour une moyenne de 126 admissions par jour soit 31 patients par médecins qui s'occupent

de faire l'enregistrement, l'admission, l'examen clinique avec les paramètres, le diagnostic et le traitement à prescrire et à instituer en sachant qu'il n'y a pas d'infirmière à l'accueil des urgences.

SUGGESTIONS

Au vu de l'amélioration de la prise en charge dans les différents pays, dans les services d'accueil des urgences, nous proposons pour pouvoir améliorer la prise en charge de nos patients dans ce centre hospitalier de référence les points suivants :

- Mettre en place une infirmière organisatrice de l'accueil des urgences pour pouvoir alléger le travail des médecins pour que leur travail soit entièrement dédié à la prise en charge adéquate des patients ;
- Il serait également contributif d'augmenter le nombre de médecins au service des urgences, de mieux répartir leurs horaires de travail, de leur assurer une formation régulière concernant la douleur ;
- La mise à disposition d'une réglette d'échelle visuelle analogique à chaque médecin pourrait augmenter l'utilisation de cette échelle qui est la référence au service des urgences ;
- Une plus grande disponibilité de produits puissants ;
- la séniorisation médicale, la formation ;
- la mise en place de protocoles antalgiques standardisés et adaptés à notre contexte ;
- mettre en place de véritables protocoles de prise en charge de la douleur;
- évaluer et réévaluer systématiquement la douleur du patient par le même outil d'évaluation ;
- noter absolument ces informations sur le dossier médical, au même titre que les autres constantes vitales ;
- utiliser les antalgiques de manière optimale, en ayant plus souvent recours aux antalgiques de palier II et surtout III (morphine).

Nous proposons le protocole suivant pour le service des urgences chirurgicales de cet hôpital donc adapté au contexte et ce protocole sera évalué d'ici quelques temps.

Tout d'abord l'échelle verbale simple :

0 = Pas de douleur :	TSY MISY MARARY
1 = Douleur faible :	MARARY FA TSY DIA MANINONA
2 = Douleur modérée :	MARARY/MANAINTAINA / MILA FANAFODY ANALANA ILAY MANAINTAINA
3 = Douleur intense :	TENA MARARY BE / MAHERY SATA
4 = Douleur extrêmement intense :	TENA TSY LAITRA MIHINTSY ILAY MARARY

MESSAGE IMPORTANT

S'enquérir d'une douleur chez tout patient qui se présente au triage des urgences avec une échelle appropriée

Installer le patient dans une position antalgique

Rechercher une prise récente d'antalgique

Ne pas attendre le diagnostic pour calmer, un patient qui ne souffre plus est plus facile à examiner

Sauf en cas de vomissements ou de trouble de la déglutition privilégier la voie orale du paracétamol (ne gênant pas une intubation ultérieure)

Ne pas oublier de rechercher les contre-indications au paracétamol : allergie, maladie grave du foie, éthylisme chronique

Transcrire absolument l'évaluation faite dans le dossier médical

Rechercher ensuite les contre-indications des autres antalgiques à administrer éventuellement :

AINS, MORPHINIQUES, CODEINE, NEFOPAM

Ne pas oublier les co-antalgiques et matériels de contention

Echarpe antalgique, attelles membre supérieur et inférieur, colliers rigides

Vessie de glace et poches de glace permettant un glaçage immédiat

Déterminer un degré d'urgence dans la prise en charge globale du patient

Réévaluer avec les mêmes outils au bout d'une heure en moyenne si le patient est encore aux urgences.

Efficacité dans les 15mn en prise orale ou administration intraveineuse.

Si impossibilité du patient à évaluer sa douleur procéder par hétéro-évaluation

Chez l'enfant échelle Alder Hey de 0 à 10

DOULEUR coté de 0 à 2 pour chaque ITEM

- Pleurs ou plainte (plus ou moins consolable)
- Expression du visage
- Posture (gestes de protection, contracture)
- Mouvements (agitations ou immobilité)
- Pâleur

Dans tous les cas, réévaluer le patient après avec la même échelle dès que possible ; au mieux 30 mn après la prise d'antalgiques.

Tableau IX : Protocole de prise en charge de la douleur à l'accueil des urgences

	ADULTE	ENFANT
EVA ou EN < 2	PCT 1g/6h	PCT 15mg/kg
EVS = 1		
Echelle ALDER HEY < 2		
EVA ou EN de 3 à 5	PCT + Profénid 100mg/8h	PCT + Nifluril
EVS = 2	PCT 1g/6h + Codéine 20mg/6h	si < 30 mois : 200mg IR ;
Echelle ALDER HEY = 5	Néfopam sur un sucre (CI : grossesse, allaitement épilepsie, glaucome à angle fermé, prostatisme)	si > 30 mois : 400mg
EVA ou EN de 5 à 7 ; EVS = 2	PCT + Morphine 3mg si < 60 ans ; 2mg si AEG ou >60 ans	PCT + Nifluril PCT + Codéine 0,5mg/kg par
Echelle ALDER HEY de 5 à 7	Tramadol 50 à 100mg ± Néfopam per os ou sur un sucre	6h chez l'enfant de plus de 1 an
EVA ou EN > 7	PCT + Morphine	PCT + Nalbuphine 0,2mg/kg
EVS = 3	PCT + Profénid + Morphine	en IVL sur 10mn ou 0,4mg/kg
Echelle ALDER HEY > 7	+ Kétamine (0,3mg/kg) ± Néfopam per os ou sur un sucre	en IR PCT + Morphine 0,1mg/kg en titration PCT + Nifluril + Morphine Nifluril + Morphine

IR : Intra-rectale

PCT : Paracétamol

CONCLUSION

La douleur est bien présente et fréquente aux urgences même si elle n'est pas évaluée avec des échelles d'auto-évaluation dans les dossiers médicaux. Elle est soit mal soit non évaluée. Cependant pour les patients chez qui la douleur a été évaluée nous avons pu relever qu'aucun protocole de prise en charge n'a été pris en compte, que chaque médecin institue son propre traitement, qu'il y a une prédominance d'utilisation des antalgiques de palier I, que l'analgésie multimodale commence à prendre de la place auprès de chaque médecin, que la douleur évaluée n'est que rarement réévaluée, et que l'on a une sous-utilisation de la morphine.

L'amélioration de la prise en charge dans ce contexte passe par une mise en place de protocoles dans le service, une évaluation systématique de tout patient admis aux urgences avec des échelles faciles à appliquer et à expliquer et reproductibles, suivie d'une réévaluation, une amélioration de la sensibilisation et de la et de la formation des personnels soignants (staff de service, formation continue douleur, diplôme universitaire douleur), un appui de douleur sans frontière et plus de personnels dans le service des urgences afin de pouvoir améliorer la prise en charge des patients, plus de temps passé au cours de la prise en charge d'un patient et la réalisation de protocoles thérapeutiques favorisant l'utilisation large des morphiniques.

Cette démarche doit s'intégrer dans un processus d'assurance qualité permettant une amélioration progressive et continue de la prise en charge de la douleur dans ce contexte.

Ainsi, il est indispensable de créer une dynamique au sein d'un hôpital, d'incriminer toutes les parties concernées et d'assurer un compromis entre la centralisation et la multidisciplinarité qui reste la base d'une prise en charge correcte et scientifique de la douleur dans un hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Garrec F, Struillou L, Longo C et al. Evaluation de la douleur aiguë à l'urgence et en préhospitalier. Cours supérieur d'urgence 2000. Paris: Arnette; 2000:34-39.
2. Daghfous M, Akrout N, Ghazouani S et al. Evaluation sur questionnaire de la prise en charge de la douleur dans un CHU de Tunis Ann Fr Anesth Réanim. 1998;17(8):999.
3. Boccard E. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans les services d'urgences en France en 2010. Ann Fr Méd Urg. 2011;1:312-9.
4. Merksey H. Pain terms: a list with definition and notes on usage. Pain. 1979;6:249-52.
5. Atallah F, Guillermou Y. L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. Ann Fr Anesth Réanim. 2004;23(7):722-9.
6. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. Réanimation. 2007;16(7):652-9.
7. Lossignol D. La douleur est-elle une norme universelle? Douleur et analgésie. 2012;25:186-92.
8. Izaaryene G, Choquet O, Manelli JC et al. G mal peut-elle discriminer des niveaux de douleur chez l'adulte inapte à s'auto évaluer: résultats préliminaires. Ann Fr Anesth Reanim. 2007;26:S125-8.
9. Cordell WH, Keene KK, Giles BK et al. The high prevalence of pain in emergency medical care. Am J Emerg Med. 2002;20(3):165-9.

10. Milojevic K, Cantineau J-P, Lambert Y et al. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2001;20:745-51.
11. Tcherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarch-Vadel A et al. Management and pain relief in an emergency department from the adult patients'perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25:539-46.
12. Chollet C, Ricard-Hibon A, Fossay C et al. Sédation-analgésie en médecine préhospitalière: résultats d'une enquête nationale. *Ann Fr Anesth Reanim* 1999;18: R476.
13. Jones J. Assessment of pain management skills in emergency medicine residents: the role of a pain education program. *J Emerg Med.* 1999;17:349.
14. Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M et al. Evaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1997;8:945-9.
15. Prulière AS. Faisabilité des échelles d'auto-évaluation de la douleur aux urgences. *J Eur.* 2005;18:73-9.
16. Kpadonou GT. Représentations socio-culturelles de la douleur au Bénin. *Douleur analg.* 2012;25:193-9.
17. Metzger C, Schwetta M, Walter C. Soins infirmiers et douleurs. Paris: Masson; 2000:121-41.
18. Jimenez N, Garrouste E, Kundu A, et al. A review of the experience, epidemiology, and management of pain among American Indian, Alaska native, and Aboriginal Canadian people. *J Pain.* 2010;12:511-22.

19. Morrison RS, Wallenstein S, Natale DK, et al. "We don't carry that"; failure in pharmacies in predominantly nonwhite neighborhoods to stock opioids analgesics. *N Engl J Med.* 2000;342:1023-6.
20. Mossey JM. Defining racial and ethnic disparities in pain management. *Clin Orthop Relat Res.* 2011;469:1859-70.
21. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception – Part 1: Are there really differences between women and men? *2011 International Association for the Study of Pain.* Elsevier Pain. 153 2012:602-18.
22. Rat P, Jouve E, Pickering G et al. Validation of an acute pain behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: *Algoplus(R)* *Eur J Pain.* 2010 Jul 16 [Epub ahead of print]
23. Dumas F, Nguyen, Kierzak G et al. Etablissement d'une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée. *J Jeur* 2007;20:S66.
24. Galinski M, Ruscev M, Gonzalez G et al. Prevalence and management of acute pain in prehospital emergency medicine. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14:334-9.
25. Louriz M, Armel B, Damghi N et al. Prévalence et prise en charge de la douleur dans un service des urgences marocaines. *J Jeur.* 2009;03:107.
26. Harel D, Delorme C, Thibon P et al. La douleur aux urgences : étude prospective dans 18 centres hospitaliers du réseau régional douleur en Basse-Normandie. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitemet.* 2005;6:131-9.
27. Harel D, Delorme C, Thibon P et al. Enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences adultes du réseau régional douleur en Basse-Normandie. *Douleur.* 2005;6,3:131-139.

28. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001;89:127-34.
29. Van trimpont F, Genard M, Mons Belgique. Prise en charge précoce de la douleur dans un service d'urgence. *Prehospital and Disaster Medecine*. 2001;16:79-80.
30. Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. *Gend Med*. 2005;2:137-45.
31. Blyth FM, March LM, Cousins MJ. Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Med J Aust*. 2003;179:84-7.
32. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
33. Buskila D, Abramov G, Biton A et al. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol*. 2000;27:1521-5.
34. Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003;106:221-8.
35. Fricker J. *Pain in Europe*. Cambridge, UK: Mundipharma International Ltd.; 2003: 1-23.
36. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M et al. Chronic pain in Canada - prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag*. 2002;7:179-84.
37. Schopflocher D, Borowski H, Harstall C et al. Chronic pain in Alberta: a portrait from the 1996 National Population Health Survey and the 2001 Canadian Community Health Survey. Edmonton Alberta. Edmonton, Alberta, Canada: Health Surveillance, Alberta Health. 2003:1-26.

38. Tsang A, Von Korff M, Lee S et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain*. 2008;9:883-91.
39. Mogil, Jeffrey S, Andrea L et al. Sex, gender and pain. *Pain and Analgesia Prog Brain Res*. 2010;186:141-7.
40. Bowsher D. Neurogenic pain syndromes and their management. *Br Med Bull* 1991;47(3):644-66.
41. Gore M, Dukes E, Rowbotham DJ et al. Clinical characteristics and pain management among patients with painful peripheral neuropathic disorders in general practice settings. *Eur J Pain*. 2007;11(6):652-64.
42. Gustorff B, Dorner T, Likar R et al. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008;52(1):132-6.
43. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *J Pain*. 2008;136(3):380-7.
44. Pérez C, Saldana MT, Navarro A et al. Prevalence and characterization of neuropathic pain in a primary-care setting in Spain: a cross-sectional, multicentre, observational study. *Clin Drug Investig*. 2009;29(7):441-50.
45. Toth C, Lander J, Wiebe S. The prevalence and impact of chronic pain with neuropathic pain symptoms in the general population. *Pain Med*. 2009;10(5):918-29.

46. Lecomte F, Gault N, Koné V et al. Prevalence of neuropathic pain in emergency patients: an observational study. *Am J Emerg Med.* 2011;29(1):43-9.
47. Yvert B, Benoît Lafon B. Prevalence of acute and chronic neuropathic pains in the emergency department of the hospital in Blois. *2012;13:224-35.*
48. Ducharme J. Proceedings from the first international symposium on pain research in emergency medicine: foreword. *Ann Emerg Med.* 1996;27:399-403.
49. Ricard-Hibon A, Chollet C, Saada S et al. A quality control program for acute pain management in pre-hospital critical care medicine. *Ann Emerg Med.* 1999;34:738-44.
50. Blettery B, Ebrahim L, Honnart D et al. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. *Réan Urg.* 1996;5(6):691-97.
51. Berthier F, Potel G, Leconte P et al. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *Am J Emerg Med.* 1998;16(2):132-6.
52. Ricard-Hibon A, Duchateau F-X, Vivien B. Out-of-hospital management of elderly patients for trauma injury. *Ann Fr Anesth Réanim.* 31 2012:7-10.
53. Fournier-Charrière E, Reiter F, Lassauge F et al. Evendol, une nouvelle échelle comportementale pour évaluer la douleur de l'enfant de 0 à sept ans aux urgences : élaboration et validation. *10.1016 J Jeur.* 2008;03.344.
54. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2004;43:494-503.
55. Milojevic K, Cantineau JP, Simon L et al. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2001;20:745-51.

56. Galinski M, Ruscev M, Pommerie F et al. Prise en charge de la douleur aiguë sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière: enquête nationale auprès des médecins de Smur. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2004;23:1149-54.
57. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M et al. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain.* 2007;8:460-6.
58. Galinski M, Ruscev M, Gonzalez G et al. Prevalence and management of acute pain in prehospital emergency medicine. *Prehosp Emerg care.* 2010;14:334-9.
59. Milojevic K, Boutot F, Berton L et al. Prévalence et étiologie de la douleur en médecine d'urgence chez l'adulte. *Med Urg.* 2007;29:7-8.
60. Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M et al. Évaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1997;16:945-9.
61. Ricard-Hibon A, Chollet C, Saada S et al. A quality control program for acute pain management in pre-hospital critical care medicine. *Ann Emerg Med.* 1999;34:378-44.
62. Ducassé JL, Ravoteur J, Do Quang N et al. Pour quel niveau de douleur aigüe les patients acceptent-ils une analgésie aux urgences? *Ann Fr Anest Réanim.* 1998;17(8):346.
63. Heidrich G, Aghababaei S, Cojocaru R et al. Une démarche qualité concernant la douleur aux urgences. *10.1016 J Jeur.* 2008;03:507.
64. Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicenter prospective study. *Eur J Anaesthesiol.* 2011;28:97-105.

65. Ricard-Hibon A, Belpomme V, Chollet C et al. Compliance with a Morphine Protocol and Effect on Pain Relief in Out-of-Hospital Patients. *J Emerg Med.* 2008; 34:305-10.
66. Vivien B, Adnet F, Bounes V et al. Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la Sfar de 1999). *Ann Fr Med Urg.* 2011;1:57-71.
67. Tual L, Boursier F, Picard N et al. L'évaluation de la douleur en préhospitalier: plusieurs méthodes équivalentes? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 24. 2005:1169-72.
68. Barondeau-Leuret A, Leclère-Peignelin C, Carbonnel V et al. L'administration de morphine sublinguale par l'IOA, sous prescription déléguée: c'est possible et ça marche! *0.1016 J Jeur.* 2009;03:108.
69. Kraif M, Attard N, Moraly J et al. Titration de la morphine au SAU. *Journal Eur des Urgences.* 2008;03:071.
70. Aubrun F, Valade N, Riou B. La titration intraveineuse de morphine. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2004;23:973-85.
71. Bounes V, Concina F, Lecoules N et al. Le SMUR meilleur vecteur pour une analgésie des patients traumatisés à l'arrivée aux urgences. *Ann Fr Anesth Réanim* 2010;29:699-703.
72. Hugli O, Palhais N, Achour S et al. Impact à 6 mois d'un soutien informatique sur la prise en charge de la douleur aigue aux urgences. *J Jeur* 2009;03:111.
73. Alibeu J-P, Bodart E, Gillet F. Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques. *Arch Pédiatr.* 1999;6:800-1.

74. Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P et al. Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. *Am J Emerg Med.* 2008;26:676-82.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le président de mémoire,

Signé : Professeur **RAVELOSON Nasolontsiry Enintsoa**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo,

Signé : Professeur **ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Nom et prénoms : ANDRIAMASY Caroline Malala
Titre du mémoire: EVALUATION DE LA DOULEUR AUX URGENCES CHIRURGICALES DE L'HUJRA
Rubrique : Anesthésie-Réanimation
Nombre de figures : 3 **Nombres de tableaux :** 9 **Nombres de pages :** 45
Nombre de références bibliographiques : 74

RESUME

La douleur est un symptôme très fréquent en médecine d'urgences. L'objectif de notre travail est d'apprécier l'évaluation de la douleur dans le but d'évaluer la pratique professionnelle et de discuter des modalités de cette prise en charge dans le service. Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans un service d'accueil des urgences chirurgicales du centre hospitalier universitaire allant du 11 Novembre 2012 au 06 Décembre 2012.

La fréquence des patients douloureux admis est estimée à 83,2% (n=2631). Parmi les patients douloureux, 10,6% des patients (n=278) ont eu une évaluation correcte de la douleur. L'âge moyen de ses patients évalués est de 28,16 ans \pm 16,75ans. Les motifs d'admission étaient largement dominés par les traumatismes qui étaient de 66.9% (n=186). L'échelle numérique était utilisée 240 fois (86,7%) ; 87,1% (n=242) des patients bénéficiaient de traitement antalgique médicamenteux ; 59.9% des médicaments utilisés (n=156) étaient administrés en monothérapies (46,3% de Paracétamol), la morphine était indiquée chez 2,3% des patients traités ; 47,1% (n=131) ont bénéficié d'une analgésie multimodale, et 10,1% (n=28) étaient réévalués après traitement.

A travers cette étude, nous avons pu voir que la prise en charge de la douleur nécessite encore d'être améliorée sur plusieurs points ; elle est surtout freinée par le manque de personnels, la charge de travail et le plateau technique déficient.

Mots-clés : Douleur, Evaluation, Multimodale, Prise en charge, Urgences.

Directeur de thèse : Professeur RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

Adresse de l'auteur: Lot 51 ter Antalamohitra Ambohijanahary Ambohibao, Antananarivo

ABSTRACT

The pain is a very frequent symptom in emergency medicines. Main objective of our study is to estimate the evaluation of the pain with the aim of estimating the professional practice and discussing the management of pain in Emergency Department. It was a retrospective study realized in a department of reception of the surgical emergencies of the university hospital going from November 11th, 2012 till December 06th, 2012.

The frequency of the accepted painful patients is estimated at 83.18 % (n=2631). Among the painful patients, 10.56 % of the patients (n=278) had an evaluation of pain. The average age of the estimated patients is of 28.16 years \pm 16.75 years. The admission were widely dominated by the traumas : 66.91 % (n=186). The digital scale had 240 times been used (86.7%); 87.1% (n=242) of the patients benefit from a medicinal analgesic treatment; 59.9% of medicine (n=156) were administered in monotherapy and morphine and was indicated to 2.3% ; 47.1% of the patients (n=131) benefited multimodal analgesia, and 10.1% n=28) were revalued after treatment.

Through this study, we were able to see that the care of the pain still requires to be improved on several points; it is especially slowed down by the lack of personnel, the workload and the weak technical tray.

Keywords: Emergency, Evaluation, Management, Multimodal, Pain.