

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

No41

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Clarisse MARIN

née le 12 janvier 1976 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2005

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE EN 2004
AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE
DU CHU DE NANTES:
ENQUETE PROSPECTIVE UN JOUR DONNE**

Président: Monsieur le Professeur POTEL

Directeur: Docteur KENZI

TABLE DES MATIERES

p 1

INTRODUCTION

p 3

GENERALITES

p 5

I- Physiologie de la douleur

p 5

1) Les composantes de l'expérience douloureuse

p 5

2) La douleur aigue et la douleur chronique

p 6

3) Les mécanismes physiopathologiques de la douleur

p 7

4) Le retentissement de la douleur sur les fonctions vitales

p 7

II- Quelles douleurs aux urgences?

p 8

1) La douleur par excès de nociception

p 8

2) La douleur neurogène

p 8

III- L'évaluation de la douleur

p 9

1) Les échelles d'hétéro-évaluation

P 9

2) Les échelles d'auto-évaluation

p 9

IV- Le traitement de la douleur

p 11

V- Les intervenants dans la prise en charge de la douleur

p 12

VI- Les bases juridiques

p 14

MATERIEL ET METHODE

p 16

I- Présentation du service

p 16

1) Le secteur traumatique

p 16

A- La configuration du secteur traumatique	p 16
B- L'orientation du patient	p 17
C- Le personnel médical et infirmier	p 17
2) Le secteur médico-chirurgical non traumatique	p 18
A- L'organisation du secteur médico-chirurgical non traumatique ou secteur médical	p 18
B- L'orientation du patient	p 18
II- Méthodologie	p 19
RESULTATS	
	p 21
I- Données épidémiologiques	p 21
1) Population retenue	p 21
2) Données démographiques	p 22
- Répartition par âge	p 22
- Répartition par âge et par secteur	p 23
- Répartition de la population par sexe	p 23
3) Catégories des pathologies rencontrées	p 24
- En secteur médical	
- En secteur traumatique	p 25
II- La douleur à l'arrivée et à la sortie du SAU.	p 26
1) Prévalence de la douleur à l'arrivée et à la sortie du SAU.	p 26
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 26
B) En secteurs médical et traumatique	p 27
C) Comparaison avec le dossier patient	p 27
2) Intensité de la douleur à l'arrivée au SAU.	p 28
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 28
B) En secteurs médical et traumatique	p 29
3) Intensité de la douleur à la sortie du SAU.	p 30
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 30
B) En secteurs médical et traumatique	p 31
III- Traçabilité et évaluation de la douleur.	p 32
1) Recherche et transcription du « symptôme douleur »	p 32
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 32
a) A l'arrivée au SAU	p 32
b) Entre l'arrivée au SAU et la prise en charge dans une salle de soins	p 33

c) Comparaison avec les questionnaires patients	p 34
.	
B) En secteurs médical et traumatique.	p 35
a) A l'arrivée au SAU	p 35
b) Entre l'arrivée au SAU et la prise en charge dans une salle de soins.	p 36
c) Comparaison avec les « questionnaires patients »	p 37
2) Evaluation de la douleur.	p 38
A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 38
a) A l'arrivée au SAU	p 38
b) Entre l'arrivée au SAU et la prise en charge dans une salle de soins	p 39
B- En secteurs médical et traumatique	p 41
a) A l'arrivée au SAU	p 41
b) Entre l'arrivée au SAU et la prise en charge dans une salle de soins	p 42
C- Relation entre l'âge du patient et la cotation de la douleur.	p 44
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatologique confondus)	p 44
b) En secteurs médical et traumatologique	p 45
IV- Traitement de la douleur.	p 46
1) Traitement de la douleur dans toute la population de l'étude	p 46
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatologique confondus)	p 46
B) En secteurs médical et traumatologique	p 46
2) Traitement de la douleur chez les patients se disant douloureux à l'arrivée au SAU	p 47
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatologique confondus)	p 47
B) En secteurs médical et traumatologique	p 48
3) Traitement de la douleur selon l'intensité douloureuse	p 48
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatologique confondus)	p 48
B) En secteurs médical et traumatologique	p 49
4) Classes thérapeutiques d'antalgiques utilisées	p 50
A) Répartition des classes d'antalgiques utilisées en première intention, selon les paliers OMS	p 50
- paliers antalgiques utilisés en première intention	
- Répartition des traitements co-antalgiques ou mesures thérapeutiques non médicamenteuses associés aux différents paliers	
B) Répartition des molécules (DCI) utilisées dans chaque palier thérapeutique: traitement de première intention	p 52
C) Paliers antalgiques et intensité douloureuse: prescription de première intention	p 52
D) Paliers antalgiques utilisés sur la totalité du séjour au SAU	
E) Fréquence d'utilisation des morphiniques	p 56
5) La cotation de la douleur et ses effets sur la prise en charge thérapeutique	p 57

A) Relation entre évaluation de la douleur et administration d'antalgiques	p 57
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 57
b) En secteurs médical et traumatique	p 58
B) Relation entre évaluation de la douleur et délai d'administration des antalgiques	p 59
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 59
b) En secteurs médical et traumatique	p 60
C) Relation entre évaluation de la douleur et réévaluation de la douleur après administration d'antalgiques	p 61
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 61
b) En secteurs médical et traumatique	p 62
D) Relation entre évaluation de la douleur et réadministration d'antalgiques	p 63
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 63
b) En secteurs médical et traumatique	p 64
c) Traitements antalgiques administrés en deuxième intention pour une adaptation thérapeutique	p 65

V- Prescription d'antalgiques à la sortie du SAU

p 66

1) Orientation des patients	p 66
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 66
B) En secteurs médical et traumatique	p 66
2) Prescription d'antalgiques	p 67
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 67
B) En secteurs médical et traumatique	p 67
3) Prescription d'antalgiques selon l'orientation des patients	p 68
A) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus)	p 68
B) En secteurs médical et traumatique	p 68

VI- Prévention des douleurs provoquées par les soins

p 69

VII- La douleur à J3

p 70

1) Evaluation à J3 de la douleur ressentie depuis la sortie du service	p 70
2) Ordonnance d'antalgique à la sortie du SAU et intensité de la douleur ressentie depuis la sortie du service	p 71
3) Observance thérapeutique	p 71
4) Nécessité d'une nouvelle consultation pour la douleur	p 72

VIII- Satisfaction des infirmières

p 72

1) Connaissance du protocole de prise en charge de la douleur	p 72
2) Indice de satisfaction infirmier	p 72

VII- Satisfaction du patient sur la prise en charge de la douleur	p 74
--	-------------

DISCUSSION

p 75

I- Prévalence de la douleur au SAU	p 75
---	-------------

II- Evaluation de la douleur	p 77
-------------------------------------	-------------

1) Recherche du « symptôme douleur »	p 77
--------------------------------------	------

2) Cotation de la douleur	p 79
---------------------------	------

III- Traitement de la douleur	p 84
--------------------------------------	-------------

1) L'oligoanalgésie: un constat à l'échelle mondiale	p 84
--	------

2) Traitement de la douleur en médecine et traumatologie: comparaisons	p 86
--	------

3) Intensité de la douleur et son traitement	p 88
--	------

4) Qualité de la prise en charge thérapeutique de la douleur: nécessité d'une évaluation quantifiée	p 89
--	------

IV- Prescription d'antalgiques à la sortie du service	p 91
--	-------------

V- Satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur	p 91
--	-------------

VI- Point de vue du personnel soignant sur la prise en charge de la douleur	p 92
--	-------------

VII- Limites de l'étude	p 93
--------------------------------	-------------

VIII- Points forts- points à améliorer	p 93
---	-------------

IX- Perspectives	p 95
-------------------------	-------------

1) Améliorer le support écrit	p 95
-------------------------------	------

2) Améliorer la prise en charge des patients consultant en secteur traumatique	p 95
--	------

3) Faciliter l'utilisation de certains antalgiques	p 96
--	------

4) Anticiper la douleur après la sortie	p 96
5) Mise en place de programmes d'éducation	p 97
6) Evaluation des pratiques	p 98

CONCLUSION

p 99

BIBLIOGRAPHIE

p 100

ANNEXES

p 103

Annexe 1	p 104
Annexe 2	p 109
Annexe 3	p 120
Annexe 4	p 121
Annexe 5	p 123
Annexe 6	p 124
Annexe 7	p 130
Annexe 8	p 131
Annexe 9	p 133
Annexe 10	p 134
Annexe 11	p 135
Annexe 12	p 136

INTRODUCTION

L' « oligoalgésie » est un concept qui a fait son apparition dans les années 90, lorsque des études sur la prise en charge de la douleur ont commencé à paraître dans la littérature médicale, d'une manière générale. Elle correspond à une sous-utilisation des analgésiques dans les situations douloureuses.

La douleur a longtemps été négligée, ou du moins considérée comme inévitable. Sur le plan culturel, d'abord, le caractère rédempteur de la douleur fait partie des valeurs fondamentales de la religion judéo-chrétienne. Ensuite, la douleur est un symptôme correspondant à un signal d'alarme de la part de l'organisme, nous informant d'un dysfonctionnement pouvant être fatal à court ou moyen terme. La supprimer reste donc souvent associé à la crainte de masquer un diagnostic. D'autre part, les situations urgentes amènent fréquemment à se préoccuper des paramètres vitaux en priorité.

Malgré la progression des données fondamentales et thérapeutiques concernant la douleur, la prise en charge de cette dernière reste insuffisante, surtout compte tenu des moyens actuellement mis à notre disposition. Sur ces vingt dernières années, de nombreuses études ont continué à mettre en évidence cette « oligoalgésie », essayant d'en trouver les origines, et de permettre une lutte efficace contre la douleur.

L' « oligoalgésie » est également fréquemment retrouvée lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à l'urgence. La prévalence de la douleur étant élevée dans les Services d'Accueil et d'Urgences (SAU), la prise en compte de ce facteur ne peut être négligée.

Au SAU de Nantes, plusieurs études ^(1, 2), dont la dernière réalisée en 1992, ont contribué à améliorer la prise en charge de la douleur, aboutissant à la rédaction de protocoles thérapeutiques et à la formation du personnel soignant du service.

Notre étude a été réalisée dans le but d'évaluer la prise en charge de la douleur de l'adulte en 2004, tout au long de son séjour au SAU du CHU de Nantes, en réalisant une enquête un jour donné.

Les objectifs étaient les suivants:

- Connaitre la prévalence de la douleur au SAU.
- Evaluer les pratiques des soignants en terme de recherche et de cotation de la douleur.
- Etudier les traitements antalgiques administrés (molécules utilisées, délais d'administration, efficacité).
- Evaluer l'anticipation de la survenue de la douleur après la sortie du SAU auprès des patients ambulatoires (enquête téléphonique à J3).
- Comparer les pratiques des différents secteurs du SAU (médical et traumatique).
- Enfin, évaluer la satisfaction des patients et du personnel soignant par rapport à la prise en charge globale de la douleur.

GENERALITES

I- Physiologie de la douleur.

La douleur aiguë est un motif de consultation fréquent en médecine d'urgence. Sa prévalence à l'arrivée au SAU est en effet élevée, plus de 80% des patients étant algiques à leur admission⁽³⁾.

La douleur se définit comme « une expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite dans des termes évoquant un tel dommage »⁽⁴⁾ (définition de l'IASP: « Association Internationale pour l'Etude de la Douleur »).

Cette définition met l'accent sur ce que sent, ressent et décrit le patient, sans préjuger du mécanisme douloureux. On peut dire qu' « est douleur ce que le patient dit être douleur »⁽⁵⁾.

1) Les composantes de l'expérience douloureuse.

La douleur comporte plusieurs composantes⁽⁵⁾:

- la composante sensori-discriminative: elle correspond à ce que ressent le patient: le type de douleur (déchirement, picotement, brûlure...), la localisation de la douleur, ses facteurs aggravants ou atténuants.

- la composante affective et émotionnelle: elle correspond à la façon dont le patient la ressent: pénible, gênante, intolérable...

- la composante cognitive: elle correspond à la place que le patient accorde à la douleur dans l'histoire de sa vie (contexte culturel, social, éducatif).

- la composante comportementale: elle correspond à la façon dont le patient exprime sa douleur: manifestations motrices, verbales ou non verbales, conscientes ou non, végétatives ou non.

2) La douleur aiguë et la douleur chronique.

La distinction se fait de façon assez arbitraire en terme de délai: classiquement, une durée de trois à six mois fait considérer le caractère « chronique » d'une douleur. Il est des douleurs aiguës à répétition (névralgie du trijumeau, algies vasculaire de la face...) qui selon les cas sont à considérer comme chroniques. Ce qui caractérise le mieux la douleur chronique, c'est l'altération comportementale qu'elle entraîne, signifiant un dépassement du seuil de tolérance de l'individu qui en souffre.

- La douleur aiguë:

Elle correspond le plus souvent à un excès de nociception que nous définirons un peu plus loin, parfois à un dysfonctionnement du système nerveux (névralgie du trijumeau). C'est un signal d'alarme pour l'organisme, attestant d'une affection potentiellement dangereuse pour l'intégrité de l'organisme. Les douleurs par excès de nociception peuvent s'accompagner ou non d'une lésion tissulaire.

- La douleur chronique:

Elle peut correspondre à plusieurs mécanismes: excès de nociception, lésion du système nerveux (douleur de désafférentation), douleur sine matéria que nous allons définir dans le paragraphe suivant.

3) Les mécanismes physiopathologiques de la douleur.

Il existe différents mécanismes physiopathologiques de la douleur. En fonction de ces mécanismes, la réponse thérapeutique ne sera pas la même:

- Les douleurs par excès de nociception: la stimulation des nocicepteurs déclenche la douleur, avec ou sans lésion tissulaire.

Ces douleurs sont sensibles à l'action des analgésiques mineurs, majeurs et des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- Les douleurs neurogènes: leur origine est liée à une atteinte du système nerveux (central, médullaire ou périphérique). Le site de la lésion devient un foyer d'activité électrique anormale, expliquant des douleurs à type de dysesthésies, fourmillements, décharges électriques, brûlures... Les antalgiques classiques sont peu efficaces sur ces douleurs. Leur traitement fait plutôt appel aux psychotropes (antiépileptiques, anti-dépresseurs tricycliques, stimulation électrique).

- Les syndrômes régionaux douloureux complexes: ils regroupent les algodystrophies et les causalgies, associant des phénomènes vaso-moteurs avec oedème, hypersudation, troubles trophiques... Ils peuvent être idiopathiques, mais sont le plus souvent suite à un traumatisme orthopédique. Les causes sont liées à une atteinte nerveuse à contingence sympathique. Leur traitement repose sur la calcitonine, les B-bloquants pour l'algodystrophie, les antidépresseurs et antiépileptiques pour les causalgies ⁽⁶⁾.

- Les douleurs sine materia: ce sont des douleurs sans substratum identifié ou identifiable, ou des douleurs avec cause retrouvée dont la plainte est teintée d'une forte participation psychologique.

4) Le retentissement de la douleur sur les fonctions vitales.

Le phénomène douloureux, par son action sur les hormones de stress, retentit de façon importante sur les grandes fonctions:

- Sur le plan respiratoire: diminution de la capacité vitale de 40 à 60% dans les traumatismes thoraciques, modification du rapport ventilation/perfusion.
- Sur le plan cardio-pulmonaire: tachycardie, hypertension, diminution de la contractilité myocardique. Le myocarde augmente sa consommation en oxygène et l'augmentation des catécholamines circulantes entraîne des lésions myocardiques.
- Sur le plan neuro-psychologique: altération liée indirectement aux conséquences sur la circulation et la respiration et aux réactions de panique, de décompensation dépressive ou

psychotique...La douleur peut également entraîner des états d'agitation, responsables d'aggravation des lésions (par exemple, les lésions traumatiques).

II- Quelle douleur aux urgences?

1) La douleur par excès de nociception.

Elle est d'origine cutanée, de l'appareil locomoteur ou d'origine viscérale. Les douleurs cutanées et de l'appareil locomoteur naissent de la stimulation des nocicepteurs périphériques (par destruction tissulaire, inflammation, ischémie, stimulation mécanique, chaleur). Les douleurs viscérales peuvent être déclenchées par traction ou distension, par des spasmes, des phénomènes inflammatoires ou ischémiques. Le cerveau, quant à lui, est insensible à la douleur, les céphalées étant liées à une agression des méninges ou du système vasculaire.

2) La douleur neurogène.

Elle peut être rencontrée aux urgences (douleur de membre fantôme, neuropathies métabolique et toxique, douleur post-zoostérienne, ischémie médullaire ou thalamique...) ⁽⁴⁾.

III- L'évaluation de la douleur.

De nombreuses échelles d'évaluation de l'intensité douloureuse ont été validées et étudiées selon différents critères de jugement: la facilité de réalisation, le taux de réponse, la sensibilité de l'échelle, la reproductibilité, la corrélation entre les différentes échelles.

1) Les échelles d'hétéro-évaluation.

Les échelles d'hétéro-évaluation sont basées sur l'appréciation de l'intensité douloureuse par une tierce personne. Elles évaluent le comportement verbal (plainte, réclamation d'antalgiques...) ou physique (grimaces, attitude antalgique...). Elles sont utiles lorsque le patient ne peut exprimer sa plainte à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation que nous définirons ensuite. Elles sont surtout utilisées en pédiatrie et en gériatrie. Leur principal inconvénient est de sous-estimer l'intensité douloureuse.

L'étude de Blettery et al. ⁽⁷⁾ montre que l'utilisation d'échelles d'hétéroévaluation donne des intensités de douleur inférieures à celles données par le patient. Cette échelle semble tout particulièrement avoir de la difficulté à interpréter les fortes douleurs, puisqu'elle les évalue d'intensité inférieure, par rapport aux échelles d'auto-évaluation.

2) Les échelles d'auto-évaluation.

- L'échelle verbale simple (EVS) est une échelle comportant cinq qualificatifs classés par ordre croissant d'intensité douloureuse: 0= pas de douleur; 1= faible; 2= modérée; 3= intense; 4= atroce. Cette échelle est simple, facilement compréhensible et reproductible. Elle manque cependant de sensibilité en raison de son faible nombre de réponses. Elle est adaptée aux personnes ayant une capacité de compréhension plus réduite, ne pouvant utiliser l'échelle numérique ou l'échelle visuelle analogique ⁽²⁾
- L'échelle numérique (EN) est une échelle quantitative de 0 à 10, zéro correspondant à « aucune douleur » et 10 à « la pire douleur imaginable ». Cette échelle est fiable, utilisable sans support et facilement applicable à la médecine d'urgence.
- L'échelle visuelle analogique (EVA) se présente sous la forme d'une règle comportant deux faces: une face présentée au patient avec un curseur qu'il doit situer entre les deux

extrémités: « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Au verso se trouve une face millimétrée, à l'usage du soignant, permettant de quantifier la douleur en millimètres en fonction de la position du curseur (0 à 100mm). Cette échelle est simple d'utilisation, fiable.

** photocop de réglette*

La faisabilité de ces trois échelles a été évaluée en médecine d'urgence intra et extra-hospitalière et l'on retrouve globalement un taux de réussite satisfaisant pour les trois ainsi qu'une bonne relation entre elles.

L'étude de Berthier et al. en 1998 trouve un taux de faisabilité de l'EVA plus faible que pour l'EN et l'EVS pour la traumatologie ⁽²⁾. En effet, l'incapacité motrice à manipuler le curseur de la réglette chez le patient traumatisé a été un facteur responsable de non utilisation de cette échelle. La différence de faisabilité n'est pas statistiquement significative entre

l'EVA et l'EN, toute population de patients confondue (secteurs médical et traumatique). Par ailleurs, la corrélation entre l'EN et l'EVA est bonne pour les patients traumatisés et les patients non traumatisés. Les valeurs de l'EVS sont bien corrélées à celle de l'EN et de l'EVA, cependant, chez les patients non traumatisés, la corrélation est moins bonne pour les douleurs « intenses » et « atroces ». L'échelle numérique a, d'après cette étude une meilleure faisabilité pour les patients traumatisés que l'EVA et son pouvoir discriminant est meilleur chez les patients non traumatisés, ayant des douleurs intenses à atroces, que l'EVS. C'est donc l'échelle numérique qui a été retenue comme échelle de référence d'évaluation de la douleur au SAU de Nantes.

L'adhésion du personnel à l'échelle d'évaluation de la douleur est un facteur déterminant dans la réussite de la prise en charge de la douleur. Elle conditionne la qualité et l'amélioration du traitement de la douleur.

IV- Le traitement de la douleur.

La douleur est utile au diagnostic, étant un signal d'alarme permettant de sauvegarder l'intégrité de l'organisme. Cependant, une fois recherchée et évaluée, il faut s'appliquer à la soulager dans les plus brefs délais, que ce soit en traitant sa cause si elle est identifiée et si cela est rapidement possible, ou en traitant simplement le symptôme dans un premier temps.

La prise en charge de la douleur est une nécessité qui se justifie d'un point de vue éthique, mais également médical, la douleur pouvant avoir des effets délétères sur les fonctions vitales (circulatoires, respiratoires, neurologiques...).

Nous disposons actuellement de moyens thérapeutiques variés, efficaces, pouvant faire l'objet de protocoles de soins. Des recommandations nationales récentes ont défini des actions permettant d'améliorer la prise en charge de la douleur, que ce soit en médecine d'urgence, en pédiatrie, en situation post-opératoire... Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence est clairement référencé dans la Troisième

Conférence de Consensus en Médecine d'Urgence de la Société Francophone des Urgences Médicales qui s'est tenue le 24 avril 1993 ⁽⁸⁾.

Cette conférence de consensus avait pour objectifs:

- de définir les méthodes d'évaluation de la douleur selon des échelles d'auto-évaluation rapides, faciles d'utilisation et reproductibles (échelle numérique, échelle verbale simple, échelle visuelle analogique).
- de définir les classes d'antalgiques utilisables dans un service d'accueil et d'urgence, leur mode d'administration, leur posologie, leur durée d'action et leurs effets secondaires.
- de préciser le rôle de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur .

V- Les intervenants dans la prise en charge de la douleur au SAU.

Le médecin doit être particulièrement sensibilisé à l'évaluation de la douleur et sa prise en charge au même titre qu'à celle des autres paramètres vitaux. Il ne doit pas, par exemple occulter le soulagement d'une douleur abdominale, sous prétexte de prioriser la recherche de sa cause. Le médecin urgentiste n'est cependant pas, en général, la première personne évaluant le patient à son arrivée à l'accueil.

Précisons la fonction essentielle de l'infirmière dans cette prise en charge. L'infirmière d'accueil est, la plupart du temps, la première personne au contact du patient, lorsqu'il arrive au SAU. Elle évalue le degré d'urgence de la prise en charge médicale de ce dernier, selon son motif d'admission, ses paramètres vitaux et la présence du symptôme « douleur ». La douleur intense est en effet considérée, au même titre qu'une urgence vitale, comme une priorité d'accès aux soins (annexe 1). De ce fait, l'infirmière d'accueil a donc un rôle essentiel pour une prise en charge rapide. Ensuite, lorsque la douleur est identifiée, l'infirmière affiliée aux salles d'examen, peut, à son initiative, débiter un traitement antalgique, selon un protocole de service, qui doit être clairement écrit ⁽⁹⁾.

Le service d'accueil et d'urgences du CHU de Nantes a établi et validé un protocole de prise en charge de la douleur, à l'usage des médecins et infirmières, disponible sur le site intranet du CHU, sur le carnet de l'infirmière et dans le classeur de protocoles du service (annexe 2). Ce protocole définit l'échelle référencée au SAU (l'EN), son utilisation par l'infirmière d'accueil et de soins puis le protocole médicamenteux, selon les molécules disponibles dans le service:

- les antalgiques de niveau I: antalgiques périphériques
 - paracétamol IV ou PO
 - AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens IV ou PO
 - aspirine IV ou PO
- les antalgiques de niveau II: antalgiques centraux faibles
 - paracétamol et dextropropoxyphène PO
 - paracétamol et codéine PO
 - nefopam IV
- les antalgiques de niveau III: antalgiques centraux forts
 - morphine IV ou PO
- les anesthésiques locaux
 - xylocaïne
 - emla

VI- Les bases juridiques.

La circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 ⁽⁹⁾ incite les personnels médicaux et infirmiers à agir dans le cadre de protocoles de soins, dans le but d' « améliorer le prise en charge de la douleur dans les services hospitaliers et notamment dans les services d'urgence en privilégiant le travail d'équipe ». Cette circulaire a été diffusée dans le cadre du plan triennal de lutte contre la douleur (1998-2000). Le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005) poursuit ce travail d'amélioration de la douleur et s'axe sur trois priorités dont la prévention et le traitement de la douleur provoquée par les soins.

La base juridique définissant l'implication de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur est le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier: « l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier applique les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin[...]. » ⁽⁹⁾.

Le plan quadriennal de lutte contre la douleur 2002-2005 ⁽¹⁰⁾ a été élaboré en collaboration avec la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD), le Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) et le Collège national des Enseignants de la Douleur (CNED). Ce plan fixe plusieurs objectifs dont l'amélioration de la formation et de l'information des professionnels de santé, l'incitation des établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur, le renforcement du rôle de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins...

Ce plan s'appuie sur les textes de loi qui suivent.

Le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ⁽¹⁰⁾ rappelle ce rôle de prévention, d'évaluation et de soulagement de la douleur dans la définition des soins infirmiers (article 2). Il précise que l'évaluation de la douleur est un acte de soins relevant de l'initiative et des compétences de l'infirmier (article 5). L'article 8 indique que l'infirmier est habilité à initier et adapter un traitement antalgique selon un protocole de service établi.

La circulaire n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur dans les établissements de santé précise « les actions que les établissements de santé devront poursuivre, les moyens structurels et humains pour soutenir cette démarche, les modalités de mise en oeuvre par les agences régionales d'hospitalisation ».

Selon l'article L. 710-3-1 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995 du code de la santé publique ⁽¹¹⁾, les établissements de santé ont pour obligation de prendre en charge la douleur.

Les moyens utilisés, les grandes orientations proposées pour améliorer la prise en charge de la douleur doivent figurer dans le projet d'établissement (article L.714-11). Afin d'en faciliter l'organisation, le Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) incite ses membres à concourir à la création d'un Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) ⁽¹¹⁾ dans tout établissement d'hospitalisation public ou privé, dès lors qu'il concourt au service public hospitalier. Ce comité a également pour fonction, de coordonner au niveau de l'ensemble des services les actions visant à organiser la prise en charge de la douleur, d'aider au développement de la formation continue du personnel de l'établissement, de développer des plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur. Le CLUD a également un « rôle d'observatoire de la prise en charge de la douleur dans l'établissement ».

A ce titre, des enquêtes concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur doivent être réalisées, afin de repérer les points faibles et de valoriser les points forts.

Ainsi est le point de départ de ce travail qui a pour but d'encourager les efforts déjà fournis par les équipes de soins dans la prise en charge de la douleur.

MATERIEL ET METHODE

Le but de cette étude est d'évaluer la qualité de la prise en charge de la douleur, au SAU du CHU de Nantes.

I- Matériel: présentation du service.

Le Service d'Accueil et d'Urgences de Nantes (SAU) a enregistré 85774 passages sur l'année 2004, soit 234 patients par jour en moyenne.

Son fonctionnement repose sur une organisation en trois secteurs:

- le secteur médico-chirurgical adulte composé d'un secteur médico-chirurgical non traumatique et d'un secteur médico-chirurgical traumatique.
- le secteur psychiatrique
- le secteur pédiatrique.

En excluant ces 2 derniers, on comptabilise 58321 passages, soient 159 patients par jour.

Notre étude a inclus l'ensemble des patients orientés sur le secteur médico-chirurgical adulte, traumatique et non traumatique.

1) Le secteur traumatique.

A- La configuration du secteur traumatique.

Il est composé de salles d'examen, au nombre de six, dans lesquelles sont installés des patients nécessitant soit une surveillance rapprochée, en raison de traumatismes importants, soit une installation sur un brancard pour diverses raisons (patient âgé, station assise impossible...). Il comprend également une salle de consultation, réservée à l'examen de patients souffrant de traumatismes de gravité minime ou modérée, pouvant supporter une attente assise. Pour finir, les patients se présentant pour des plaies sont accueillis dans une autre salle compartimentée, la « salle de suture », équipée de brancards.

B- L'orientation du patient.

A l'accueil, la plupart du temps, les patients affectés aux salles de soins sont reçus et orientés par l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation): ce sont, pour la plupart, des patients accidentés arrivant en ambulance ou en Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés (VSAB), autrement dit, pris en charge par les sapeurs pompiers ou le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Ces patients sont ensuite installés en salle d'examen,

accompagnés d'un dossier complet : dossier d'admission, feuille d'observation médicale, feuille de surveillance infirmière (annexes 3,4,5).

Les patients arrivant par leurs propres moyens, avec des traumatismes minimes ou modérés, sont le plus souvent accueillis par des brancardiers et orientés en salle d'attente, pour la consultation et ne sont pas vus la plupart du temps par l'IAO. Ils sont accompagnés d'une simple feuille d'observation médicale, remise à l'interne de consultation, sans motif d'admission précisé. Ils sont donc reçus par ordre d'admission.

Les patients présentant des plaies isolées, sont orientés en « salle de suture ». Leur dossier est composé d'une feuille d'observation médicale.

C- Le personnel médical et infirmier.

Une infirmière est affectée aux salles de soins, une autre à la « salle de suture ». Les patients « consultants » ne bénéficient pas d'une prise en charge infirmière.

Deux internes s'occupent des patients installés dans les salles de soins, ainsi qu'en consultation. Les patients adressés pour des plaies sont pris en charge initialement par des externes. Un médecin sénior est également sur place.

2) Le secteur médico-chirurgical non traumatique.

A- L'organisation du secteur médico-chirurgical non traumatique ou secteur médical.

Il est composé de seize salles de soins. Une infirmière et un interne ont la responsabilité de quatre salles de soins. Deux médecins senior supervisent l'ensemble du service dans la journée.

Une salle est réservée aux patients relevant d'une simple consultation; ils sont pris en charge par un médecin senior et une infirmière.

B- L'orientation du patient.

L'IAO accueille et oriente tous les patients admis en secteur médical, 24h/24. Elle reçoit le renfort d'une infirmière dite « de file d'attente », qui arrive en début d'après-midi, ayant pour fonction de réévaluer chaque patient attendant une prise en charge dans une salle de soins.

Chaque patient se voit attribuer, dès son arrivée au SAU, un dossier d'admission, une feuille d'observation médicale, une feuille de surveillance infirmière.

II- Méthodologie.

Il s'agit d'une étude prospective qui a été réalisée sur deux cycles de 24 heures: 24 heures en secteur traumatique, 24 heures en secteur médico-chirurgical non traumatique (que nous nommerons plus communément secteur médical).

Quatre questionnaires ont été élaborés de manière à évaluer au mieux la prise en charge de la douleur:

- Un premier questionnaire (questionnaire patient) était destiné au patient, l'interrogeant sur la prise en compte de sa douleur, sur l'intensité de sa douleur aux différents moments de sa prise en charge, sur la mise en place ou non de moyens antalgiques et leur efficacité, sur l'anticipation des soins douloureux par le personnel. Nous lui demandions également de nous donner un indice de satisfaction sur la prise en charge globale de sa douleur. (annexe 6).

- Le second questionnaire (questionnaire IDE) concernait les infirmières prenant en charge les patients, lors de leur séjour aux urgences. Il s'agissait d'un questionnaire présenté sous forme de grille, afin de faciliter son utilisation en cas de charge de travail importante. Il permettait de recueillir des informations sur l'ancienneté de l'infirmière, son mode d'accès au protocole de prise en charge de la douleur, sa charge de travail et son degré de satisfaction sur sa prise en charge de la douleur. Toutes les infirmières prenant en charge un patient, étaient amenées à remplir ce questionnaire: l'infirmière d'accueil, l'infirmière de file d'attente, la ou les infirmières de salle de soins (annexe 7).
- Le troisième questionnaire (annexe 8) était à l'usage de l'enquêteur, permettant de recueillir à partir de la feuille de surveillance infirmière (annexe 5), des informations sur la fréquence d'évaluation de la douleur, l'administration et les types d'antalgiques utilisés, et à partir de la feuille d'observation médicale (annexe 4), le diagnostic et les prescriptions médicamenteuses. La feuille d'observation médicale et la feuille de surveillance infirmière constituent ce que nous appellerons le dossier patient.
- Enfin, le quatrième questionnaire (annexe 9) était un questionnaire téléphonique à J3, rempli par l'enquêteur, évaluant le vécu douloureux des patients à distance, la prescription d'antalgiques à leur sortie, leur efficacité. Il concernait tous les patients non hospitalisés.

Deux journées de 24 heures, de 8 heures le matin à 8 heures le lendemain matin, ont été choisies de manière aléatoire.

L'enquête a débuté dans le secteur traumatique le 16 avril 2004 à 8 heures jusqu'au 17 avril à 8 heures. Elle s'est poursuivie dans le secteur médical le 26 avril 2004 à 8 heures jusqu'au 27 avril à 8 heures.

Les infirmières du service étaient informées quelques jours auparavant du déroulement de l'enquête et de leur participation souhaitée.

Dès l'arrivée des patients au SAU, l'enquête leur était présentée oralement et un questionnaire leur était remis. Un « questionnaire infirmière » était distribué, pour chaque

patient, à l'infirmière d'accueil qui le remplissait, et le transmettait via le dossier du patient à l'infirmière de file d'attente, puis à l'infirmière de salle de soins.

Les patients remplissaient le questionnaire en autonomie, ou avec l'aide de l'enquêteur, d'externes ou d'internes. Chaque questionnaire était recueilli à la sortie du patient. Les patients ambulatoires recevaient la proposition d'être rappelés à J3 par l'enquêteur.

Traitement des données:

Les résultats ont été colligés sur une base de données en utilisant le logiciel Statview, l'analyse statistique a fait appel au test du chi-2 et au test exact de Fisher lorsque les effectifs corrigés étaient trop petits.

RESULTATS

I- Données épidémiologiques.

1) Population retenue.

L'enquête a été réalisée sur deux périodes de 24h chacune. En secteur médical, sur les 24 premières heures, 85 patients ont été admis au SAU. En secteur traumatique, sur les 24h suivantes, 77 patients ont été accueillis.

- 28 dossiers ont été exclus, en secteur médical, pour les raisons suivantes:
 - refus: 5
 - langue étrangère: 4
 - altération de l'état général: 3

- troubles des fonctions supérieures: 4
- sortie sans soins: 5
- patient n'ayant pas reçu de questionnaire: 3
- alcoolisation aigue: 1
- aphasie: 1
- dossier non rendu: 1
- consultation spécialisée directe: 1

57 dossiers ont pu être exploités dans le secteur médical.

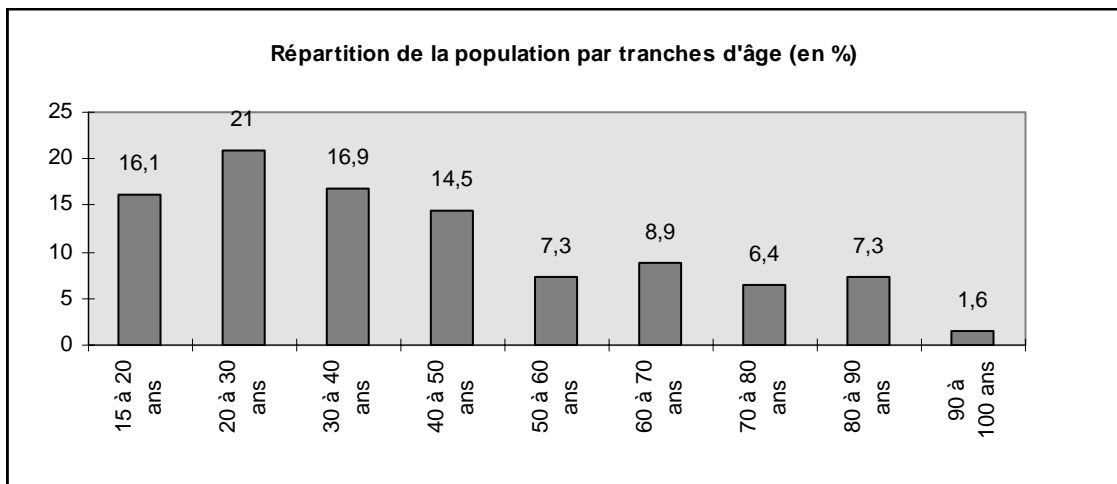
- 10 dossiers ont été exclus, en secteur traumatique, pour les raisons suivantes:
 - refus: 4
 - altération de l'état général: 2
 - alcoolisation aigue: 1
 - sortie sans soins: 1
 - patient n'ayant pas reçu de questionnaire: 2

67 dossiers ont pu être exploités dans le secteur traumatique.

2) Données démographiques.

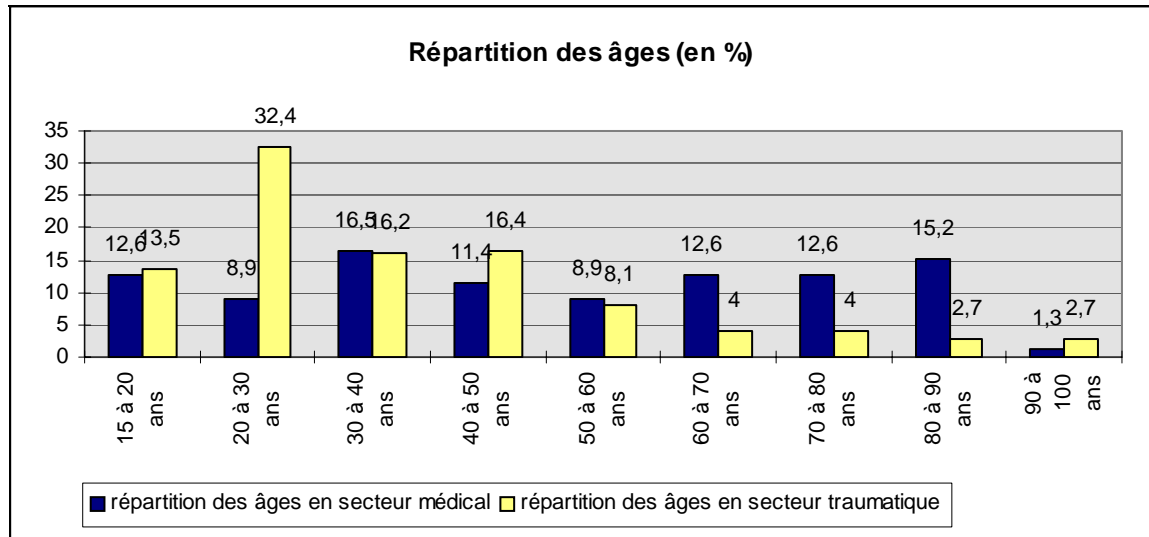
	Secteur médical	Secteur traumatique
Age moyen (années)	51,5	37,8
Sexe Ratio (H/F)	1,05	1,85

- Répartition par âge.



La moyenne d'âge est de **42,4 ans**. Quatre patients sur cinq (78,7%) sont âgés de moins de 65 ans.

- Répartition par âge et par secteur.

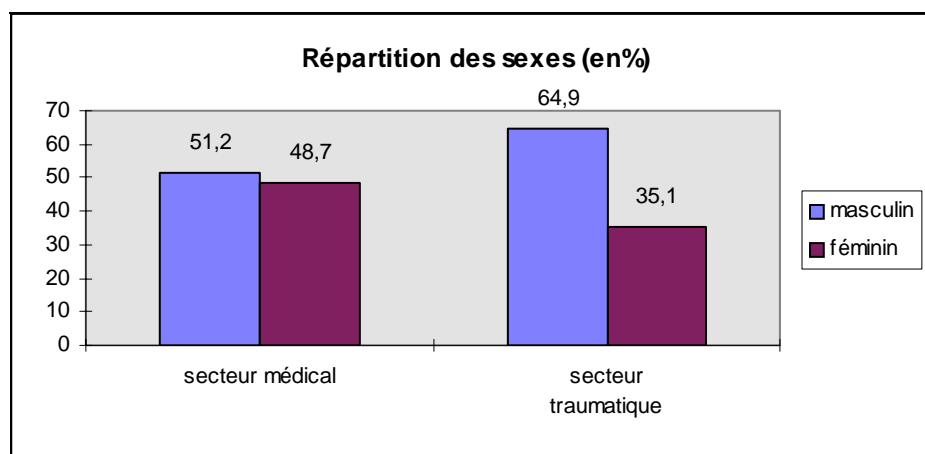


La moyenne d'âge est de **51,5 ans en secteur médical** et **37,8 ans en secteur traumatique**.

En secteur médical, 2/3 des patients (67,3%) ont moins de 65 ans, alors qu'en secteur traumatique, près de neuf patients sur dix (87,9%) ont moins de 65 ans.

- Répartition de la population par sexe.

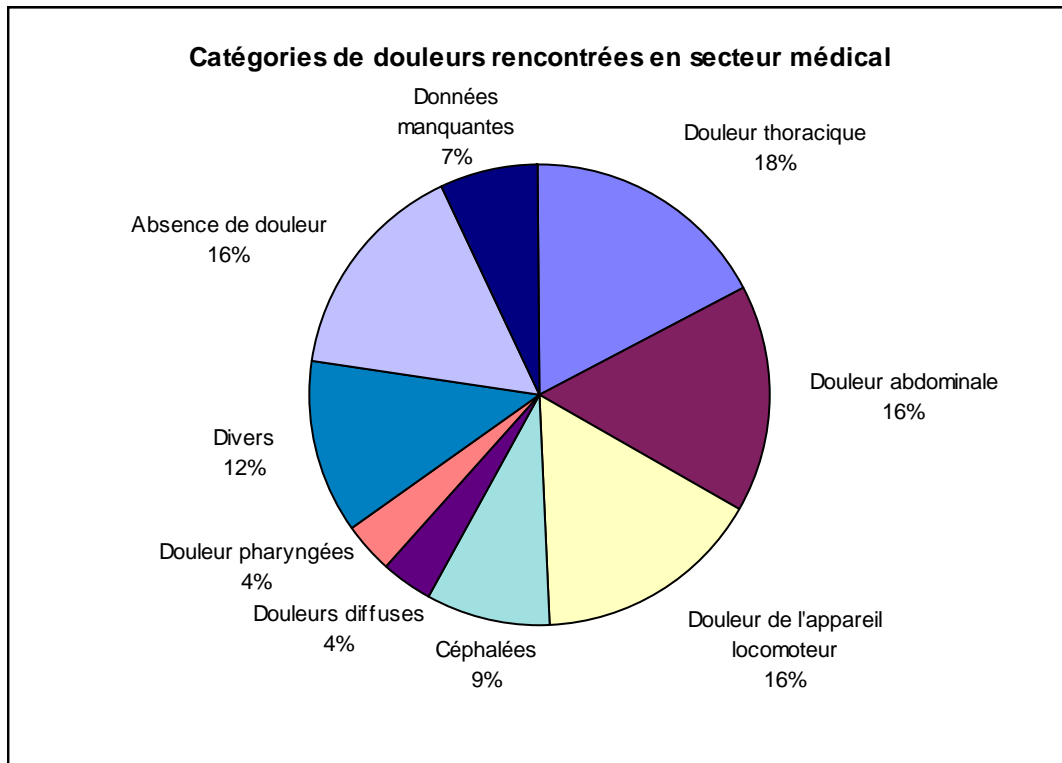
Au total, on retrouve approximativement la répartition suivante: **60% d'hommes** et **40% de femmes**.



La répartition homme/femme en secteur médical est approximativement la même, alors qu'on retrouve environ 2/3 d'hommes pour 1/3 de femme en secteur traumatique.

3) Catégories des pathologies rencontrées

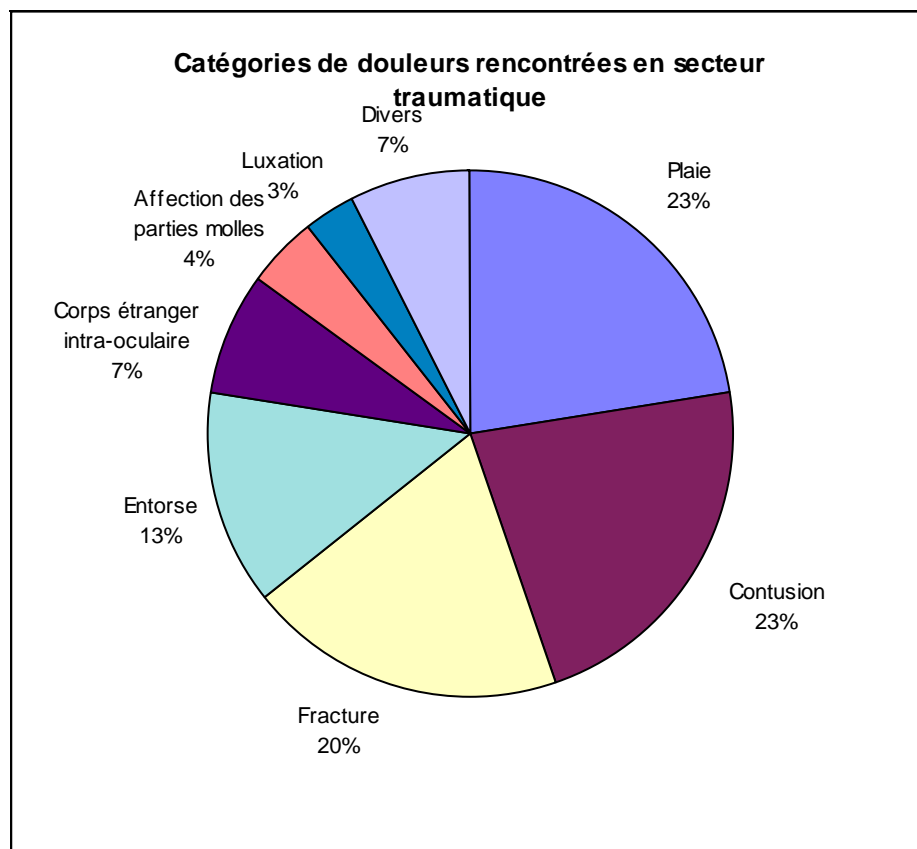
- En secteur médical:



Les douleurs thoraciques, abdominales et de l'appareil locomoteur sont les plus fréquemment rencontrées, avec une répartition identique, suivies des céphalées.

La rubrique « divers » comprend les entités suivantes: céphalées et douleurs abdominales (1 patient), céphalées et douleur thoracique (2), douleur « dermatologique » (1), contusion (1), dyspnée!! (1), vertiges!! (1).

- En secteur traumatique:



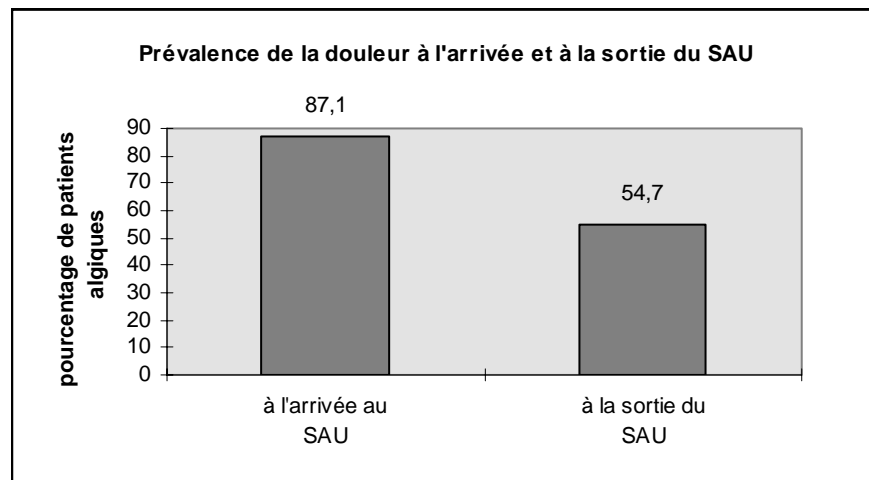
On note par ordre de fréquence: **les plaies, les contusions et les fractures**, également réparties, suivies des entorses.

La rubrique « divers » comprend les entités suivantes: compression médullaire (1 patient), contusion et plaie (1), douleur dentaire (1), douleur sine materia (1).

II- La douleur au SAU.

1)Prévalence de la douleur à l'arrivée et à la sortie du SAU.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).

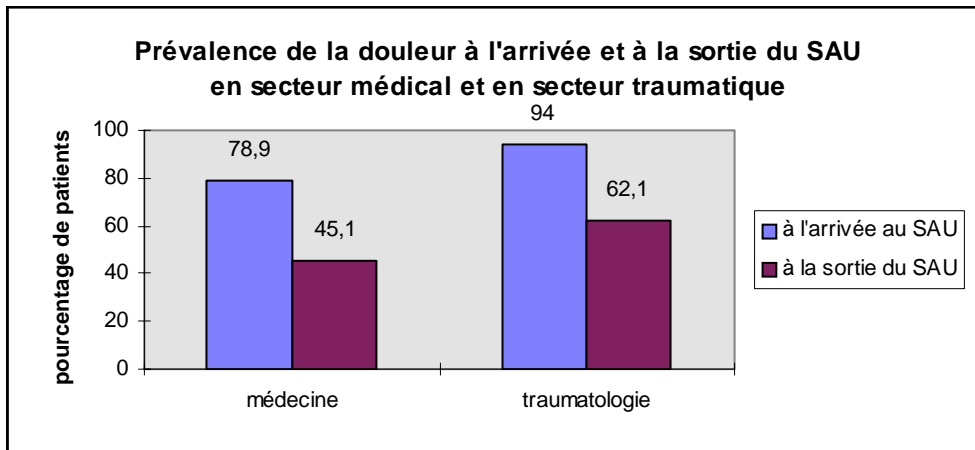


A l'arrivée au SAU, 87,1% des patients se disent algiques (n=108). Notons cependant que parmi les patients non douloureux à l'arrivée, quatre d'entre eux ont une douleur d'apparition secondaire au cours de leur prise en charge au SAU. Ceci s'explique par le fait que trois d'entre eux aient pris un antalgique, avant leur arrivée aux urgences.

A la sortie du SAU, 54,7% des patients se disent encore douloureux. (n= 64 sur 117 patients ayant répondu à la question).

Nous constatons une diminution significative de la prévalence de la douleur entre l'arrivée et la sortie du SAU ($p < 0,0001$).

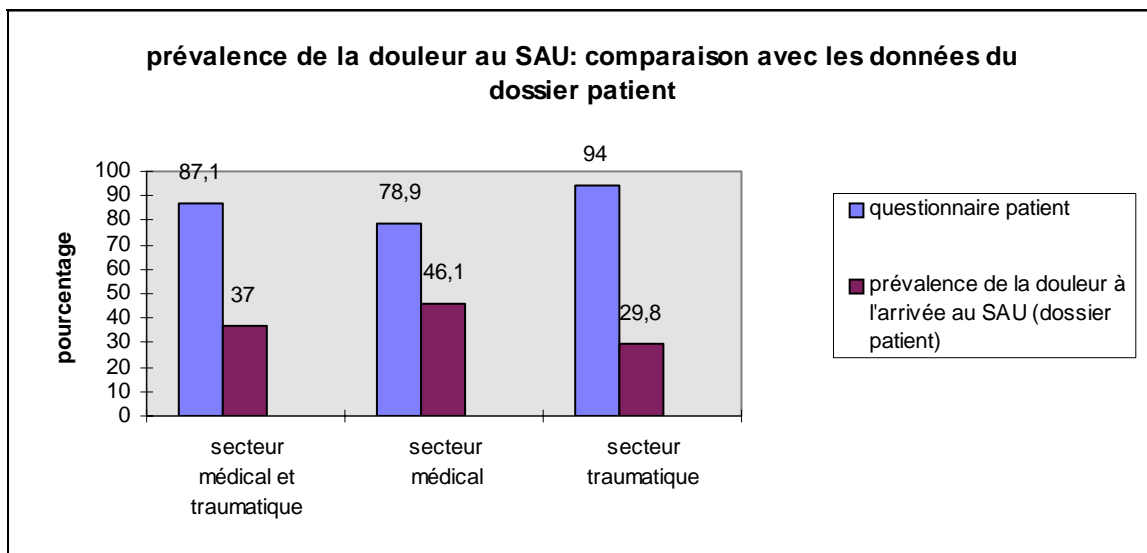
B- En secteurs médical et traumatique.



Presque 80% des patients sont douloureux à leur admission en secteur médical et 45% le sont encore à la sortie ($p < 0,0001$).

Plus de neuf patients sur dix sont douloureux lors de leur admission en secteur traumatique, 62% le sont toujours à la sortie du service ($p = 0,0003$).

C- Comparaison avec le dossier patient.



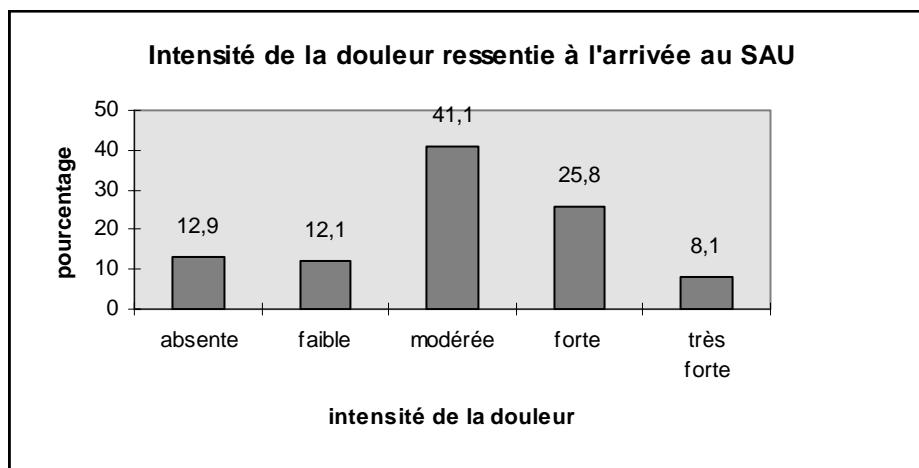
La prévalence de la douleur à l'arrivée au SAU est estimée à l'examen des dossiers patients: nombre de cas où le patient est identifié douloureux à l'arrivée (douleur mentionnée ou cotée sur la feuille d'admission) par rapport à l'ensemble des dossiers des patients inclus.

On observe une **différence significative de prévalence de la douleur, à l'arrivée, entre celle déclarée par le patient dans le « questionnaire patient » et celle relevée dans le dossier patient (87,1% vs 37% tous secteurs confondus)** ($p < 0,0001$).

Cette différence s'observe aussi bien dans le secteur médical (78,9% vs 46,1%; $p < 0,0003$) que dans le secteur traumatique (94% vs 29,8%; $p < 0,0001$).

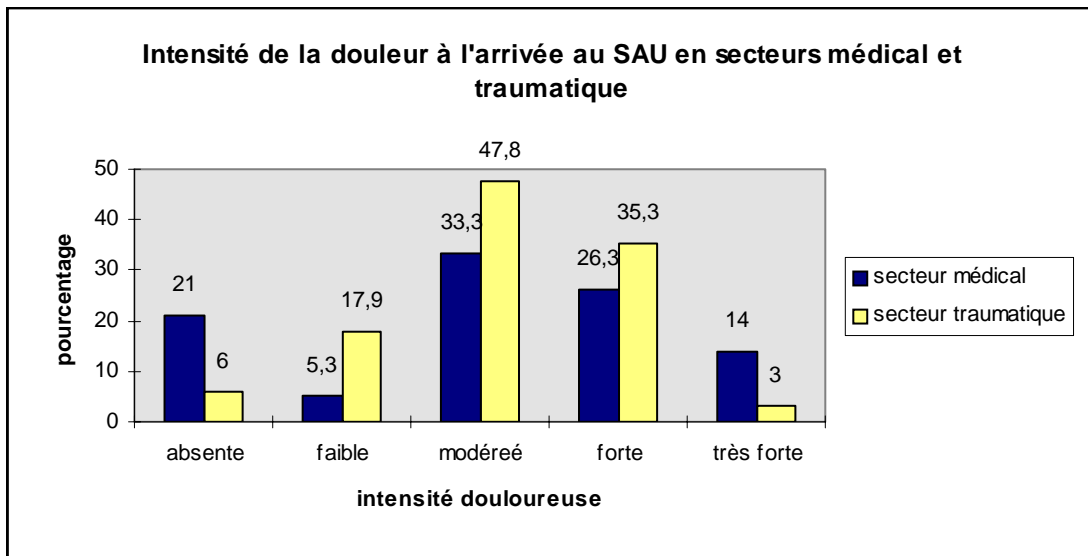
2) Intensité de la douleur à l'arrivée au SAU.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Environ 2/3 des patients ont une douleur évaluée de modérée à forte à l'arrivée au SAU (66,9%) et un peu moins de 10% en décrivent une très forte.

B- En secteurs médical et traumatique.



En secteur médical:

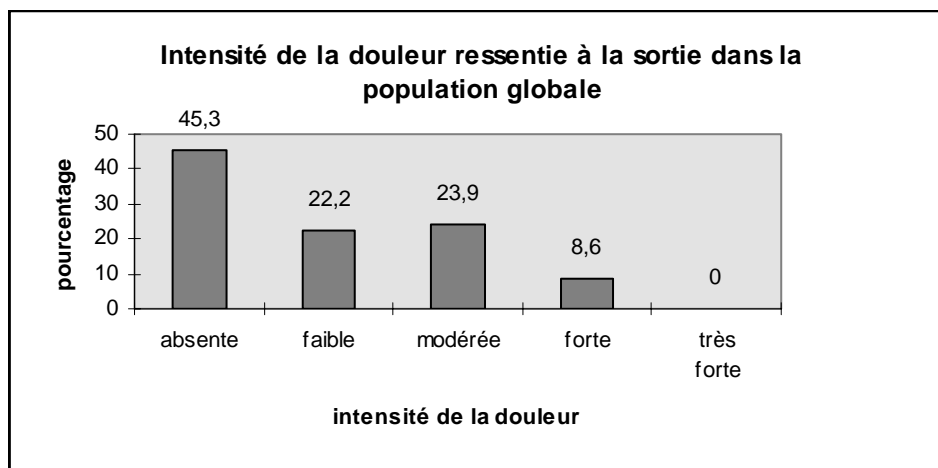
- à l'arrivée au SAU, **1/3 des patients a une douleur d'intensité modérée**, environ **40% des patients** disent avoir une **douleur forte à très forte**.

En secteur traumatique:

- **près de la moitié des patients** arrive avec une **douleur d'intensité modérée**, environ **40% décrivent une douleur forte à très forte**.

3) Intensité de la douleur à la sortie du SAU.

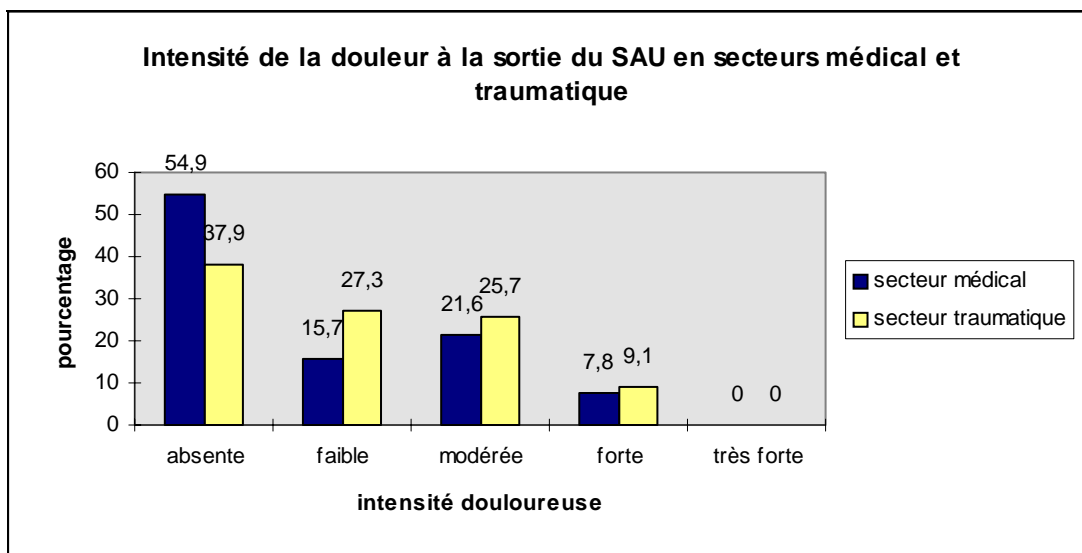
A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Bien que 7 dossiers ne permettent pas de préciser l'intensité de la douleur ressentie à la sortie du service, nous pouvons observer, lors du passage au SAU une baisse de l'intensité douloureuse puisque **près des 2/3 des patients (67,5%) disent ressentir une douleur faible à absente à la sortie**. D'autre part, **aucun patient n'exprimera de douleur très forte à la sortie**.

La proportion de patients ayant une **douleur modérée à très forte est de 75% à l'arrivée, diminuant à 32,5% à la sortie (p<0,0001)**.

B- En secteurs médical et traumatique.



En secteur médical:

- à la sortie du SAU, **70%** des patients ont une **douleur absente à faible**, environ **20%** ont une douleur **d'intensité modérée**, environ **8%** des patients ont une douleur **forte**.

En secteur traumatique:

- à la sortie du SAU, **65%** des patients ont une **douleur absente à faible**, **25%** ont une **douleur modérée**. **9%** ont une douleur considérée comme **forte**.

III- Traçabilité et évaluation de la douleur.

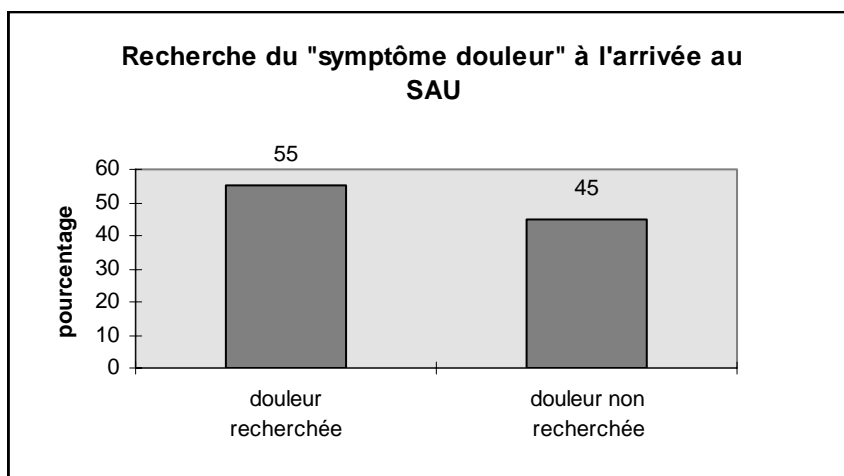
1) Recherche et transcription du « symptôme douleur ».

En analysant les dossiers patients, nous avons considéré que la douleur est recherchée lorsqu'elle est:

- côtée avec l'EN
- simplement mentionnée
- ou décrite avec un qualificatif: par exemple: « douleur peu intense », « douleur légère », « douleur supportable »...

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).

a) A l'arrivée au SAU.

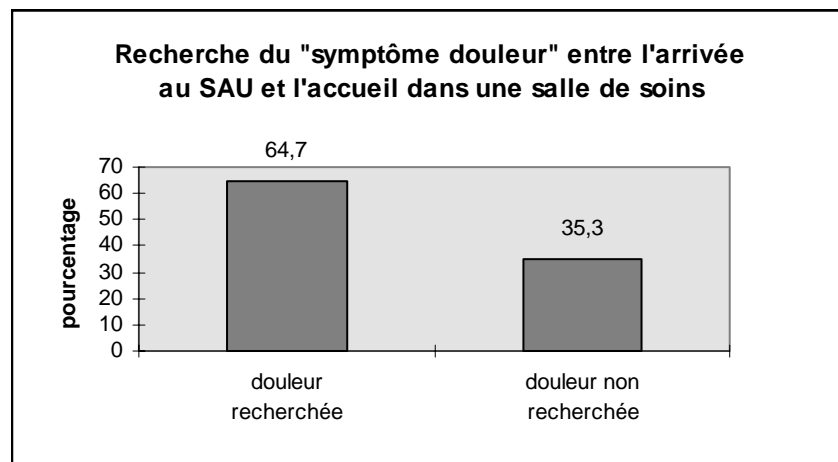


Quatre dossiers n'ont pas permis de répondre à cette question: deux dossiers étaient manquants lors des recherches, deux dossiers concernaient des patients arrivés directement en salle de soins sans passage par l'accueil (transfert SMUR).

Sur les 120 dossiers qui ont été informatifs pour traiter cette question, **environ la moitié des patients (55%) a bénéficié d'une recherche de ce symptôme** à son arrivée.

b) Entre l'arrivée au SAU et la prise en charge dans une salle de soins.

Le résultat que nous venons d'obtenir ne nous permet cependant pas d'avoir une vision globale de la recherche de la douleur. En effet cette recherche peut être effectuée à différents niveaux: à l'accueil au SAU, dans la file d'attente et au début de la prise en charge dans une salle de soins. Au delà d'un délai de deux heures après l'arrivée dans le service, la recherche sera estimée trop tardive et nous considérerons alors que cette dernière n'a pas été réalisée.

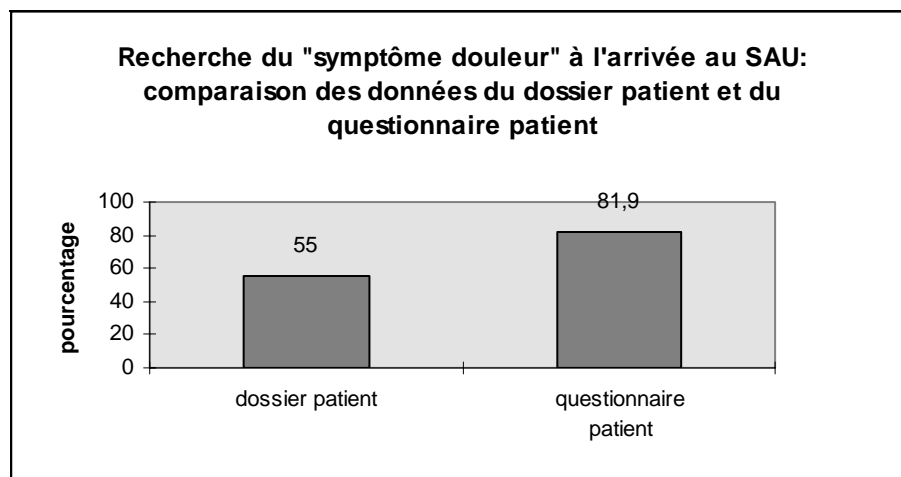


Sur l'ensemble des dossiers, deux n'ont pu être exploités pour cette question. (n=122).

Environ 2/3 des patients (64,7%) ont bénéficié d'une recherche du « symptôme douleur », que ce soit à leur arrivée, lors de leur attente ou au moment de leur prise en charge dans une salle de soins et **dans un délai inférieur à deux heures après leur arrivée au SAU.**

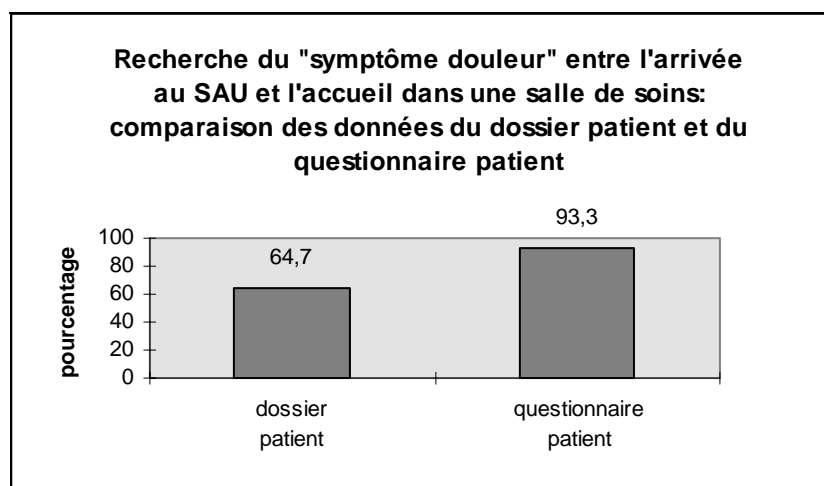
c) Comparaison avec les « questionnaires patients » .

- Recherche du « symptôme douleur » à l'arrivée au SAU.



Quatre patients sur cinq disent avoir été interrogés sur la présence du « symptôme douleur », **dès l'arrivée au SAU**, ce qui est discordant avec ce qui est transcrit dans le dossier patient ($p < 0,0001$).

- Recherche du « symptôme douleur » entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins.



Parmi les questionnaires patients, 120 ont été contributifs; quatre patients n'ont pas répondu à la question.

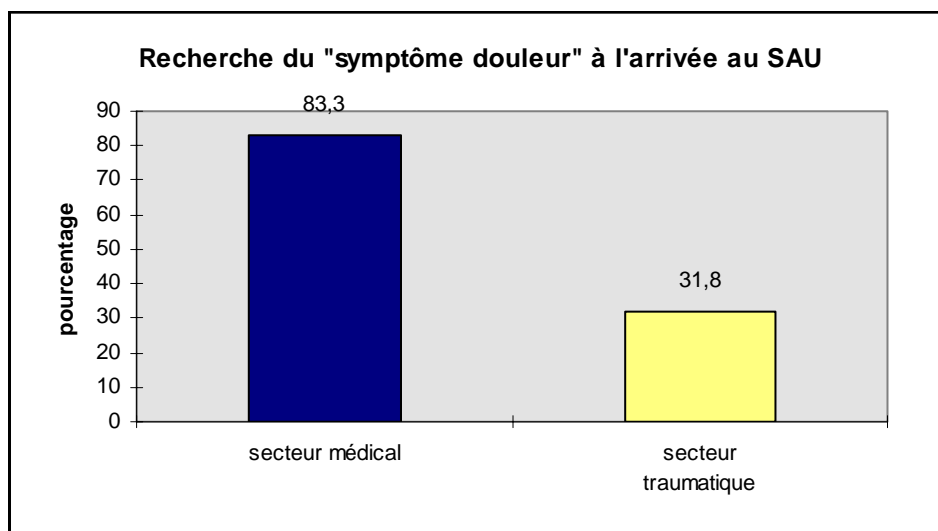
Dans la période incluant l'arrivée du patient aux urgences et le début de sa prise en charge dans une salle de soins, **plus de neuf patients sur dix** disent avoir été questionnés sur

la présence ou non d'une douleur. Cependant, **moins de 2/3 des dossiers** retrouvent cette mention ($p < 0,0001$).

Nous observons un décalage entre ce qui est effectivement accompli et ce qui est noté, pouvant être lié à un déficit de transcription de l'information dans le dossier patient (feuille d'observation médicale ou feuille de surveillance infirmière).

B- En secteurs médical et traumatique.

a) A l'arrivée au SAU.

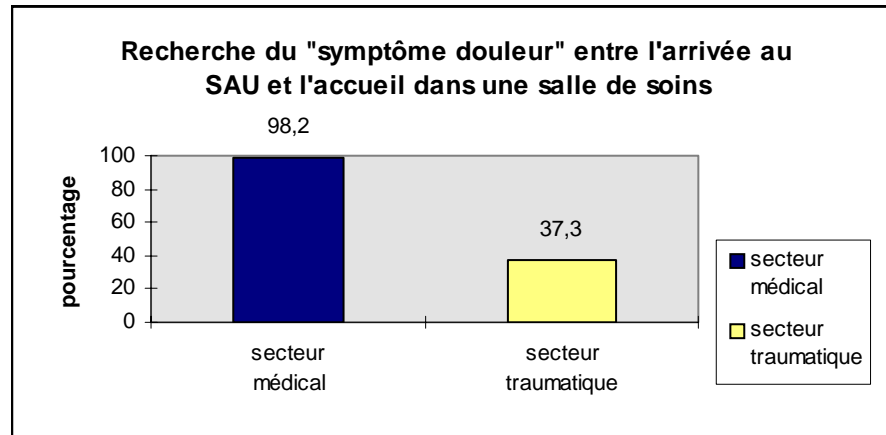


Trois dossiers du secteur médical n'ont pu être contributifs, ainsi qu'un dossier du secteur traumatique.

Deux dossiers du secteur médical n'ont pu être retrouvés aux archives du CHU, deux dossiers concernaient des patients directement admis en salle de soins (transfert SMUR), un en secteur traumatique, un en secteur médical.

Plus de quatre patients sur cinq en secteur médical, moins d'un patient sur trois en secteur traumatique ont une recherche du « symptôme douleur » à l'arrivée au SAU, par l'infirmière d'accueil ($p < 0,0001$).

b) Entre l'arrivée au SAU et la prise en charge dans une salle de soins.

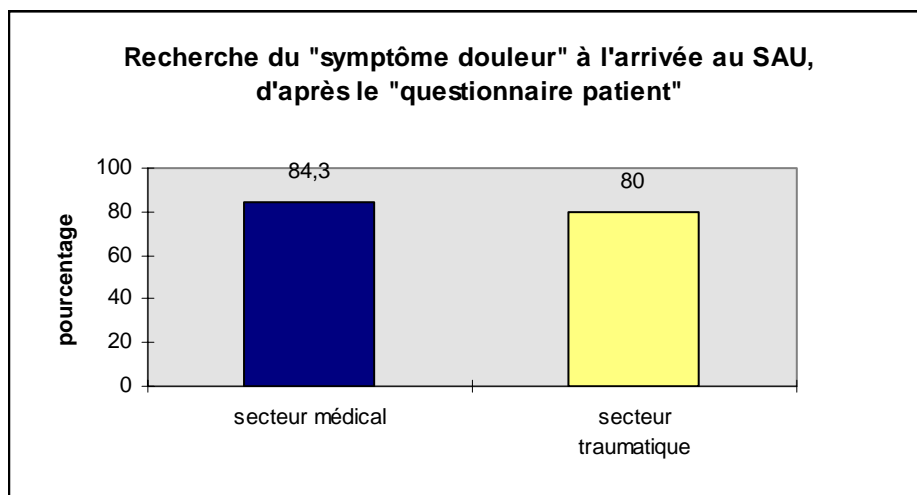


Parmi les dossiers recueillis en secteur médical (n=57), deux d'entre eux n'ont pas permis de répondre à cette question.

La presque totalité des **patients du secteur médical ont une recherche du « symptôme douleur », soient plus de neuf patients sur dix**, entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins (recherche effectuée dans un délai inférieur à deux heures après l'admission au SAU) ce qui, comparé à seulement **37% des patients en secteur traumatique** est très significatif ($p < 0,0001$).

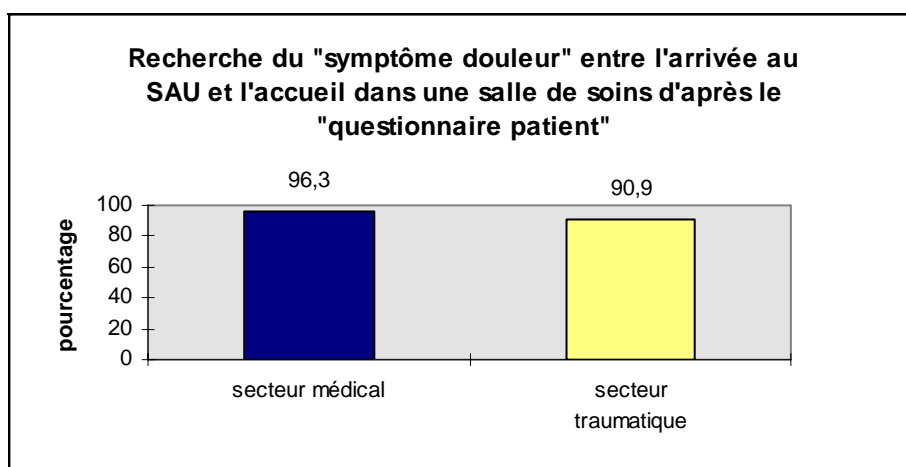
c- Comparaison avec les « questionnaires patients ».

- Recherche du « symptôme douleur » à l'arrivée au SAU.



Quatre patients sur cinq affirment avoir été questionné sur l'existence d'une douleur à l'arrivée au SAU, en secteurs médical et traumatique.

- Recherche du « symptôme douleur » entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins.



Plus de 9 patients sur 10 disent avoir été questionnés sur l'existence d'une douleur entre l'arrivée au SAU et leur accueil dans une salle de soins, que ce soit en secteur médical ou traumatique.

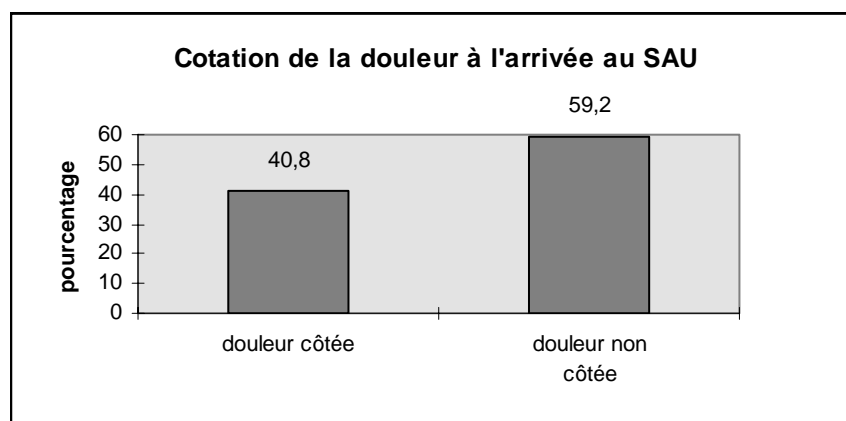
La douleur semble donc être très fréquemment recherchée d'après les données du « questionnaire patient », cependant, elle est très insuffisamment transcrite.

2) Evaluation de la douleur.

Parmi les patients dont la douleur a été recherchée, tous n'ont pas bénéficié d'une évaluation quantifiée de celle-ci. Plusieurs échelles permettent d'évaluer la douleur, l'échelle la plus utilisée au SAU de Nantes étant l'EN.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).

a) A l'arrivée au SAU.

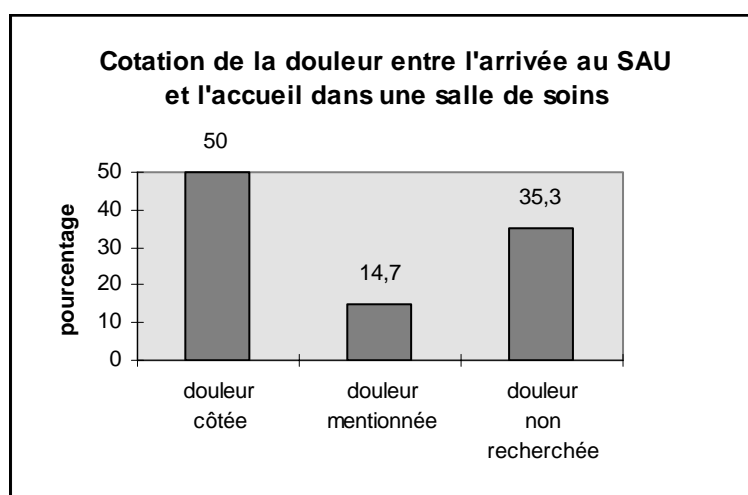


40% des patients ont une douleur qui est côtée, dès l'accueil au SAU, d'après l'examen des « dossiers patients ».

b) Entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins.

Comme pour la recherche de la douleur, au delà d'un délai de deux heures après l'arrivée dans le service, la cotation sera estimée trop tardive et nous considérerons que celle-ci n'a pas été réalisée.

* Cotation de la douleur dans la population globale.



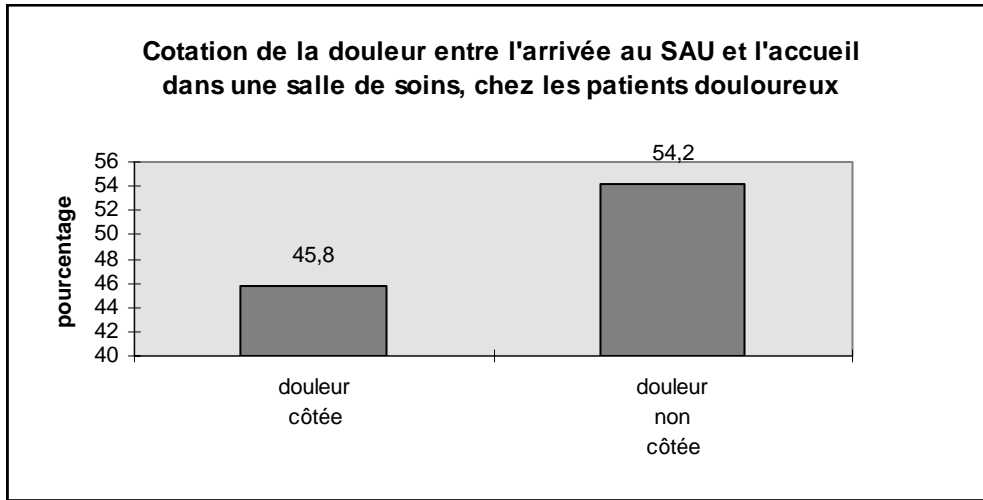
Sur l'ensemble des dossiers médicaux, deux n'ont pu être exploités pour cette question.

Dans 1/3 des cas, la douleur n'est pas du tout mentionnée.

La moitié des patients a au moins une évaluation quantifiée de sa douleur entre l'arrivée au SAU et sa prise en charge dans une salle de soins.

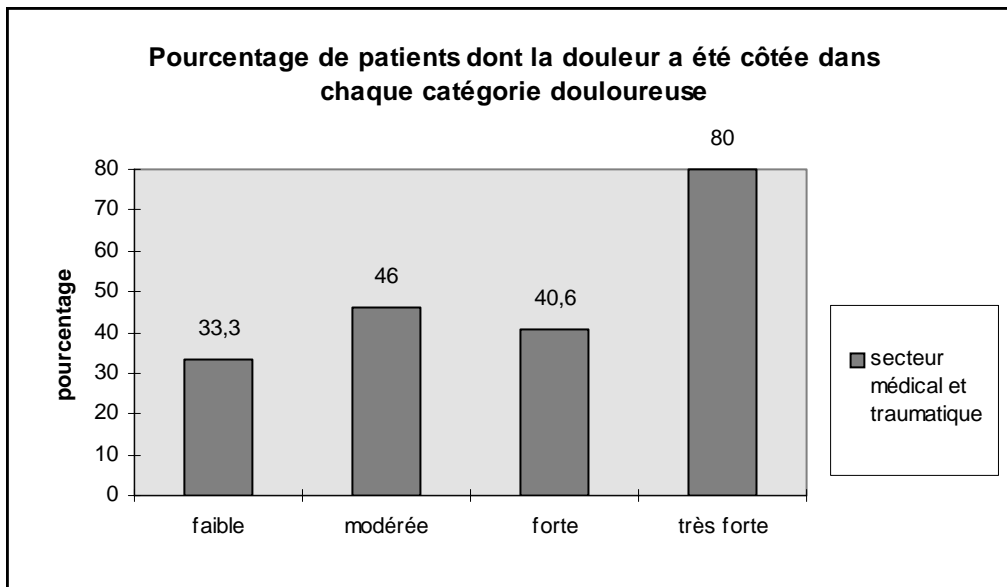
La présence du « symptôme douleur » est **mentionnée** (sans quantification) **dans environ 15%** des cas.

* Cotation de la douleur chez les patients identifiés douloureux.



45,8% des patients douloureux à l'arrivée au SAU, bénéficient d'une cotation de leur douleur entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins, dans un délai inférieur à deux heures.

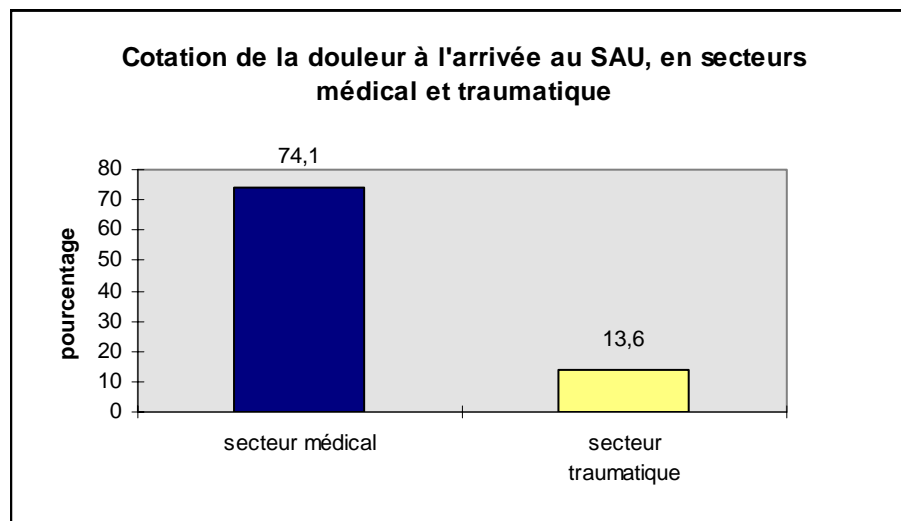
* Cotation de la douleur et intensité douloureuse.



Entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins, **46% des patients ayant une douleur modérée et environ 40% des patients ayant une douleur forte bénéficient d'une cotation de leur douleur. 80% des patients ayant une douleur très forte ont une douleur qui est côtée**

B- En secteurs médical et traumatique.

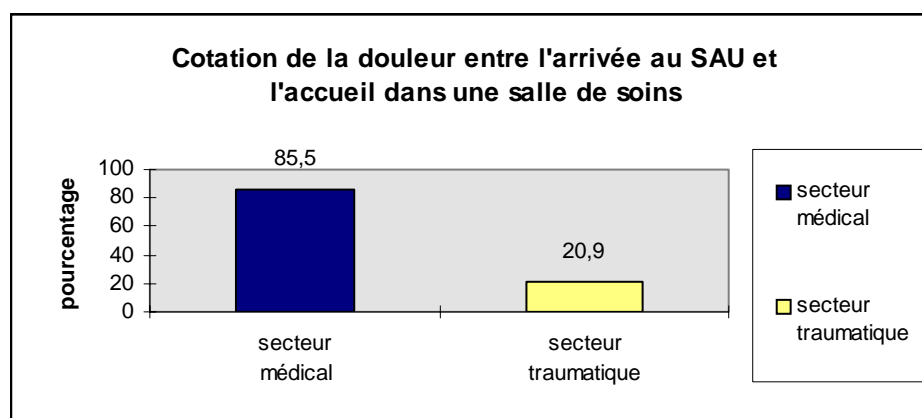
a) A l'arrivée au SAU.



A l'arrivée au SAU, **trois patients sur quatre ont une cotation de leur douleur en secteur médical, contre moins d'un sur cinq (13,6%) en secteur traumatique ($p < 0,0001$).**

b) Entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins.

* Cotation de la douleur dans la population globale.

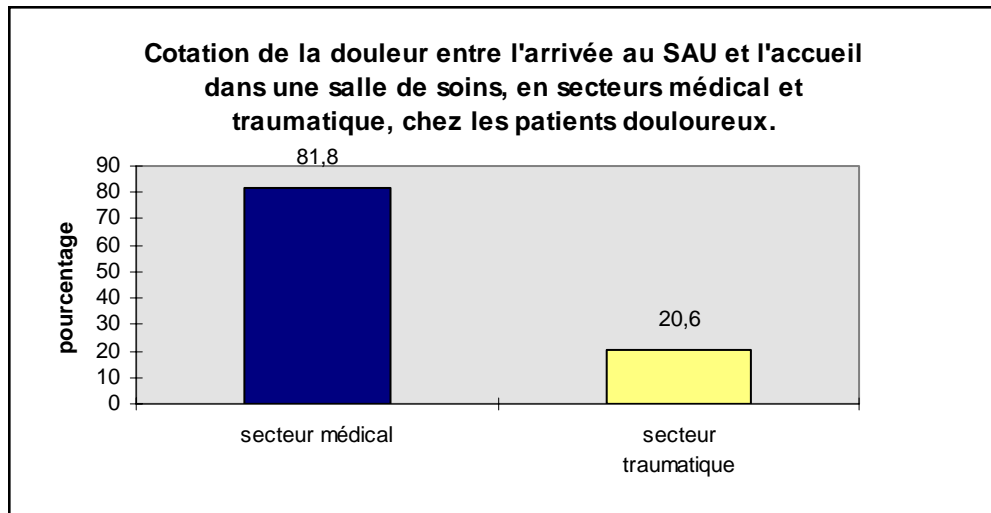


En ce qui concerne le secteur médical, deux dossiers n'ont pas permis de répondre à cette question. 55 dossiers ont été contributifs. Les 67 dossiers du secteur traumatique sont informatifs.

Plus de quatre patients sur cinq du secteur médical bénéficient d'une cotation de leur douleur entre l'arrivée au SAU et leur prise en charge dans une salle de soins, contre **un patient sur cinq en secteur traumatique** ($p < 0,0001$).

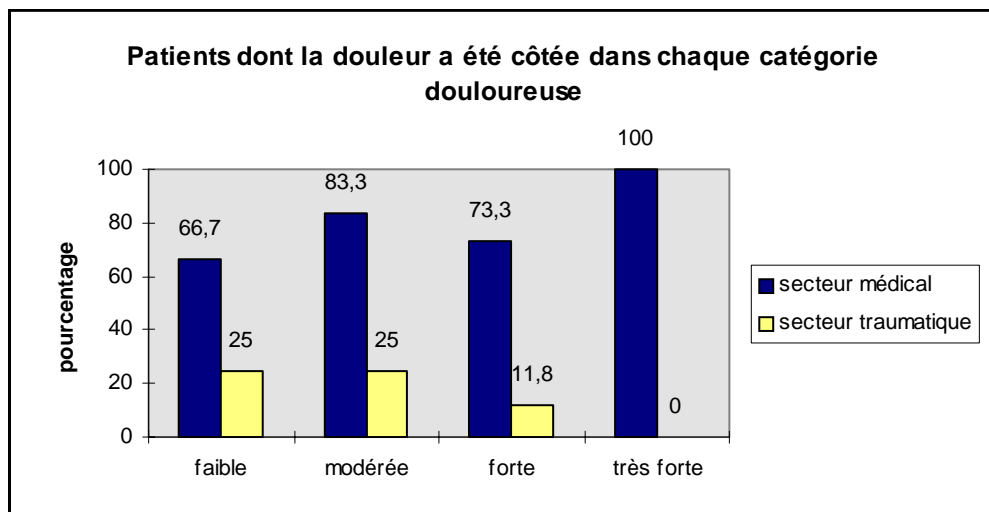
Comme pour la recherche du « symptôme douleur », la cotation de la douleur est considérée comme effectuée lorsqu'elle est réalisée dans un délai inférieur à deux heures après l'arrivée au SAU.

*Cotation de la douleur chez les patients identifiés douloureux.



Quatre patients sur cinq en secteur médical, contre un patient sur cinq en secteur traumatique bénéficient d'une évaluation quantifiée de sa douleur, entre l'arrivée au SAU et l'accueil dans une salle de soins ($p < 0,0001$).

* Cotation de la douleur et intensité douloureuse.



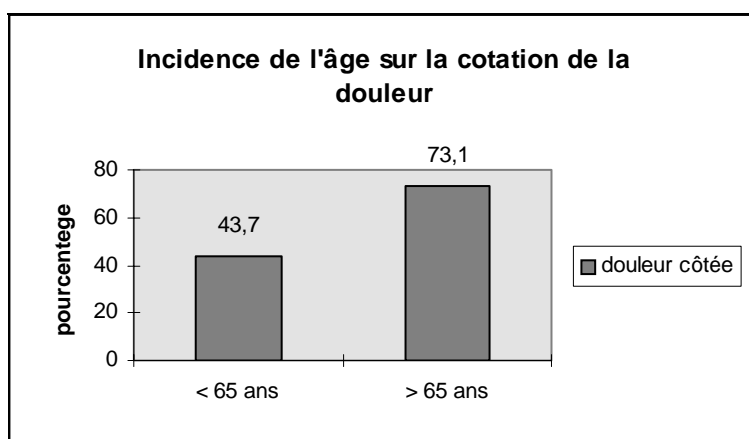
La totalité des patients ayant une douleur très forte en secteur médical bénéficient d'une cotation de celle-ci.

En secteur traumatique, quelle que soit l'intensité de la douleur, elle est peu cotée (<25% des cas).

C- Relation entre l'âge du patient et la cotation de la douleur.

Existe-t-il une différence d'évaluation de la douleur chez les patients âgés de moins de 65 ans et le patient « gériatrique », c'est-à-dire âgé de 65 ans ou plus ?

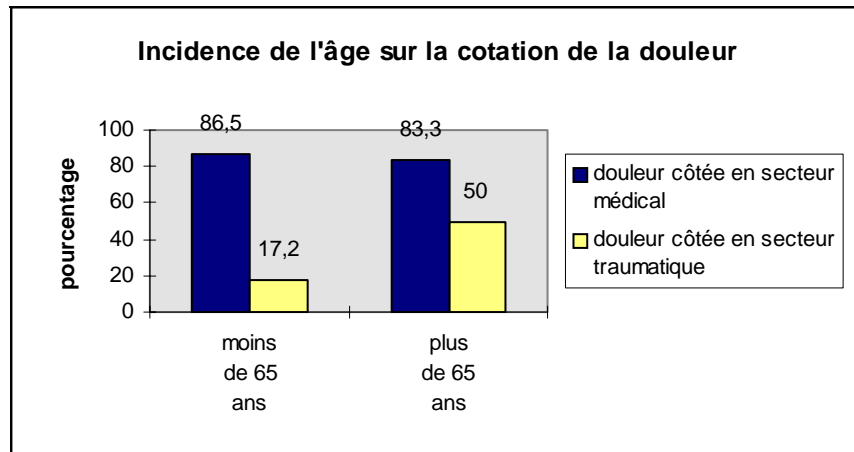
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Près de $\frac{3}{4}$ des patients âgés de 65 ans ou plus ont bénéficié d'une cotation de leur douleur.

Dans cette étude, l'âge supérieur ou égal à 65 ans n'est pas un frein à la cotation par l'EN; les patients âgés de 65 ans ou plus sont plus fréquemment évalués que les plus jeunes (p=0,008).

b) En secteurs médical et traumatique.



Deux dossiers du secteur médical n'ont pu être contributifs pour répondre à cette question.

Chez les patients âgés de **moins de 65 ans**, **86% ont une cotation de leur douleur en secteur médical comparé à 17% en secteur traumatique** ($p < 0,0001$).

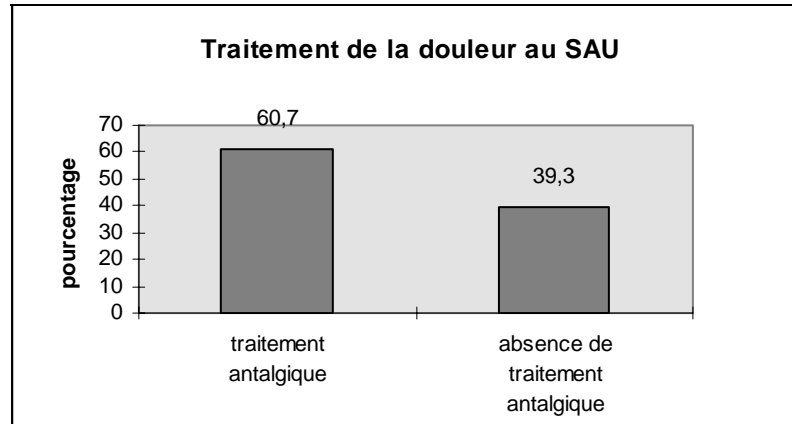
Chez les patients âgés de **65 ans ou plus**, **quatre sur cinq ont une cotation de la douleur en secteur médical, la moitié en bénéficie en secteur traumatique** ($p = 0,149$).

La douleur des patients du secteur médical est mieux évaluée qu'en secteur traumatique chez les moins de 65 ans. Dans le groupe des plus de 65 ans, le faible nombre (2/4) ne permet pas de conclure.

IV- Traitement de la douleur au SAU.

1) Traitement de la douleur dans toute la population de l'étude.

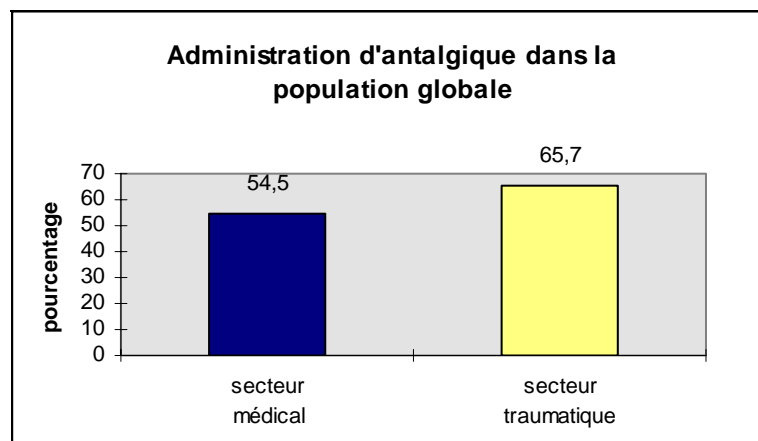
A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Seuls 122 dossiers ont été contributifs pour répondre à cette question.

Parmi l'ensemble des patients inclus dans l'étude, **près de 60%** (n= 74) ont reçu un **traitement antalgique**.

B- En secteurs médical et traumatique.

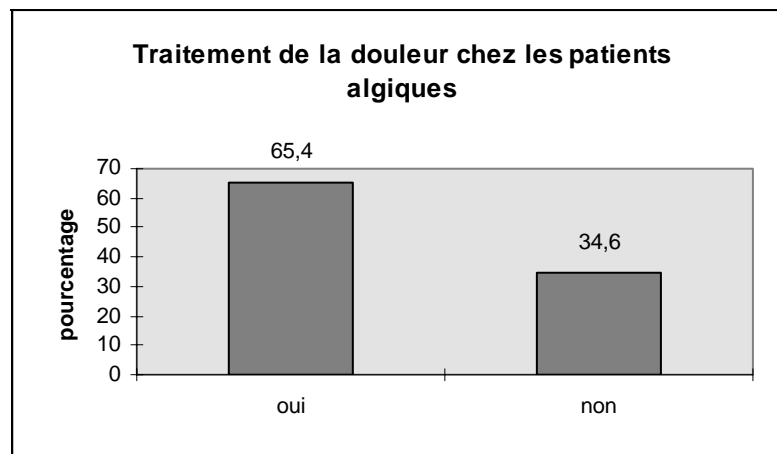


55 dossiers en secteur médical et 67 dossiers en secteur traumatique ont pu être exploités pour cette question.

En secteur médical, 54,5% des patients reçoivent un traitement antalgique, pour **65,7% en secteur traumatique** (p=0,21).

2) Traitement de la douleur chez les patients se disant douloureux à l'arrivée au SAU.

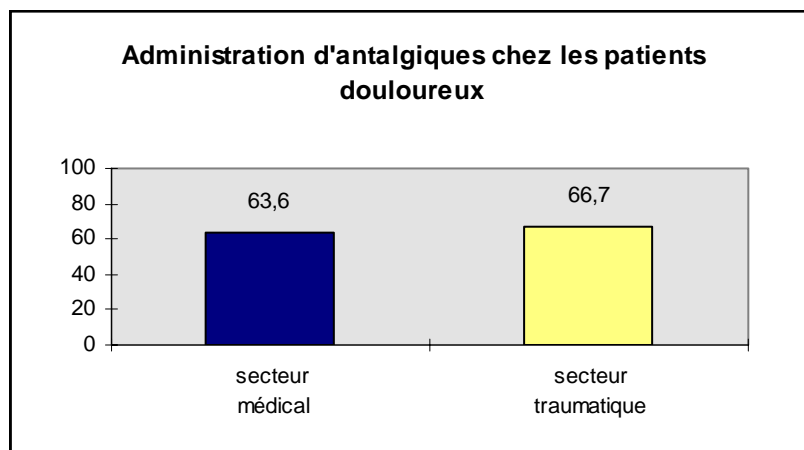
A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Un dossier médical de patient douloureux à l'arrivée au SAU (n=108) n'a pas été contributif.

Un peu moins de 2/3 des patients douloureux à l'arrivée au SAU reçoivent un **traitement antalgique** au cours de leur séjour au SAU.

B- En secteurs médical et traumatique.

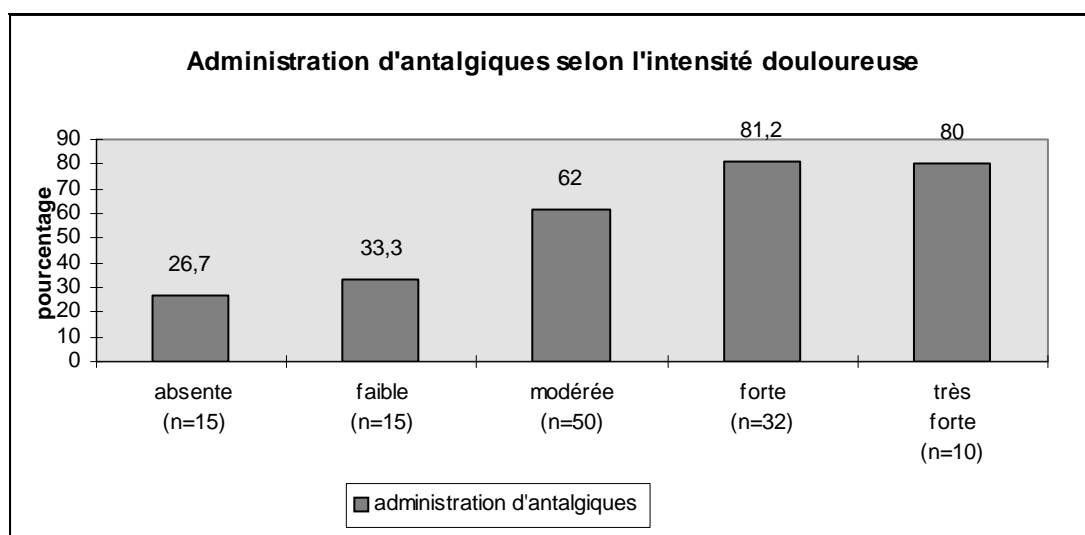


107 dossiers de patients algiques ont pu être exploités pour cette question (un dossier non contributif).

Environ 2/3 des patients douloureux ont reçu un antalgique en secteur médical et en secteur traumatique (p=NS).

3) Traitement de la douleur selon l'intensité douloureuse.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



2 dossiers ont été exclus pour cette question, les informations étant incomplètes. On retient donc 122 dossiers contributifs.

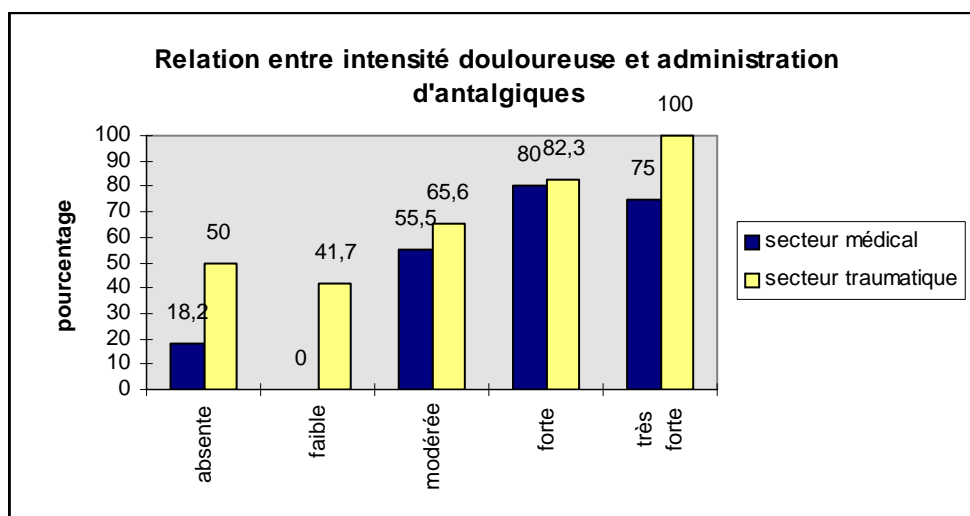
On remarque que la distribution de l'administration d'antalgiques est proportionnelle à l'intensité douloureuse lors de l'arrivée au SAU:

- **près d'¼ des patients ayant une douleur absente** à l'admission (n=15) reçoivent un traitement antalgique au cours de leur prise en charge. Ceci s'explique par le fait que 3 d'entre eux aient eu une douleur d'apparition secondaire (ils avaient pris un antalgique avant l'admission au SAU et étaient soulagés au moment de leur arrivée) et 1 patient a reçu un anesthésique local avant une suture de plaie.

- **plus de la moitié des patients ayant une douleur modérée** et 1/3 de ceux ayant une douleur faible sont traités.

- **quatre patients sur cinq ayant une douleur forte à très forte** reçoivent un antalgique.

B- En secteurs médical et traumatique.



Deux dossiers du secteur médical ont été exclus en raison d'informations incomplètes pour répondre à la question.

Dans le secteur médical (55 dossiers):

- **2 patients sur 11 avec une douleur absente à l'arrivée** ont reçu un antalgique: il s'agit de deux patients ayant pris un antalgique avant leur arrivée au SAU, ayant une douleur d'apparition secondaire.

- **10 patients sur 18 ayant une douleur modérée** ont reçu un antalgique.

- **12 patients sur 15 ayant une douleur forte et 6 patients sur 8 ayant une douleur très forte** ont reçu un antalgique.

Dans le secteur traumatique (67dossiers):

- **la moitié des patients** (2 patients sur 4) ayant une **douleur absente** à l'arrivée au SAU ont reçu un antalgique: un des patients a eu une douleur d'apparition secondaire, l'autre a eu une anesthésie locale avant un geste.

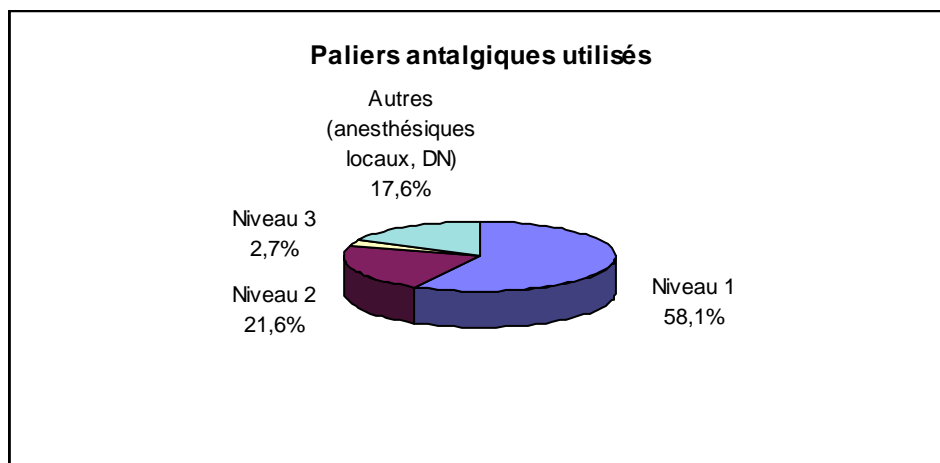
- près de **21 patients sur 32** ayant une **douleur modérée** ont reçu un antalgique.

- **14 patients sur 17 patients** ayant une **douleur forte, la totalité des patients** ayant une **douleur très forte** (n=2) ont été traités.

4) Classes thérapeutiques d'antalgiques utilisées.

A) Répartition des classes d'analgiques utilisées en première intention, selon les paliers OMS (Organisation Mondiale de la Santé):

- Paliers analgiques utilisés en première intention:

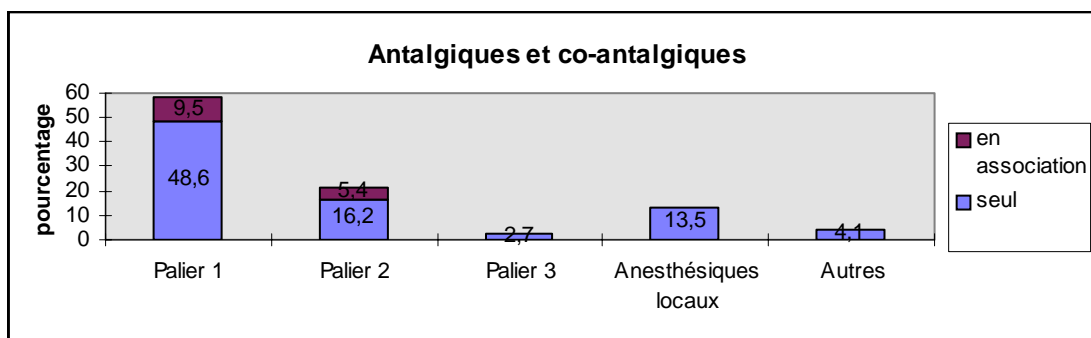


DN: dérivés nitrés

Plus de la moitié des analgiques utilisés sont des analgiques de niveau 1, suivis des analgiques de niveau 2 employés dans moins d'un cas sur quatre. On note une très faible utilisation des analgiques de niveau 3.

- Répartition des traitements co-analgiques ou mesures thérapeutiques non médicamenteuses associés aux différents paliers:

Il s'agit des traitements de première intention:



Parmi les **antalgiques de niveau 1** (58,1%) utilisés, près de **10% sont utilisés en association** (anesthésiques locaux, myorelaxants...).

Parmi les **21,6% d'antalgiques de niveau 2** prescrits, **5,4% le sont en association**.

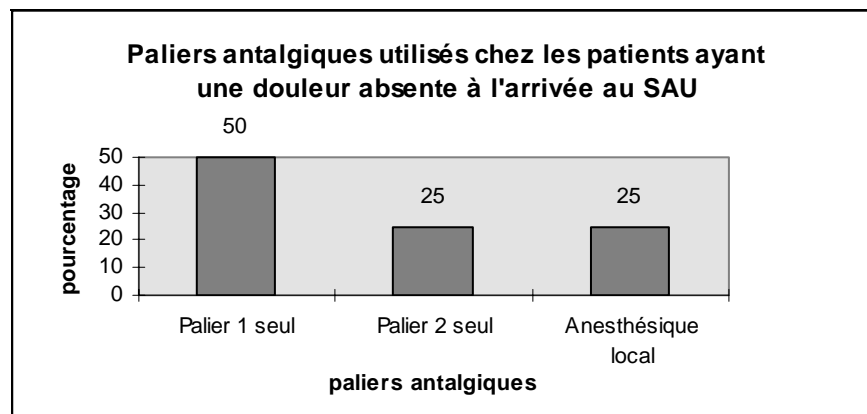
B) Répartition des molécules (DCI) utilisées dans chaque palier thérapeutique: traitement de première intention.

Niveau antalgique	Thérapeutique associée	DCI	Voie	Nombre de	
Palier 1	seul	Paracétamol	PO	23	
			IV	13	
		AINS	PO	1	
	en association	Paracétamol+lavement évacuateur	IV	3	
			Paracétamol+sonde urinaire	IV	1
			Paracétamol+xylocaïne	PO	2
Palier 2	seul	Paracétamol+dextropropoxyphène	PO	11	
			Paracétamol+codéine	PO	1
	en association	Paracétamol+dextropropoxyphène+myorelaxant	PO	3	
			Paracétamol+dextropropoxyphène+AINS+myorelaxant	PO	1
Palier 3	seul	Chlorhydrate de morphine	IV	1	
	en association	Sufentanyl+hypnovel	IV	1	
Anesthésique local	seul	Xylocaïne	SC	5	
		Oxybuprocaïne	IO	5	
Autres	seul	Dérivés nitrés (DN)	PO	1	
			IV	1	
			IV+PO	1	

C) Paliers antalgiques et intensité douloureuse: prescription de première intention.

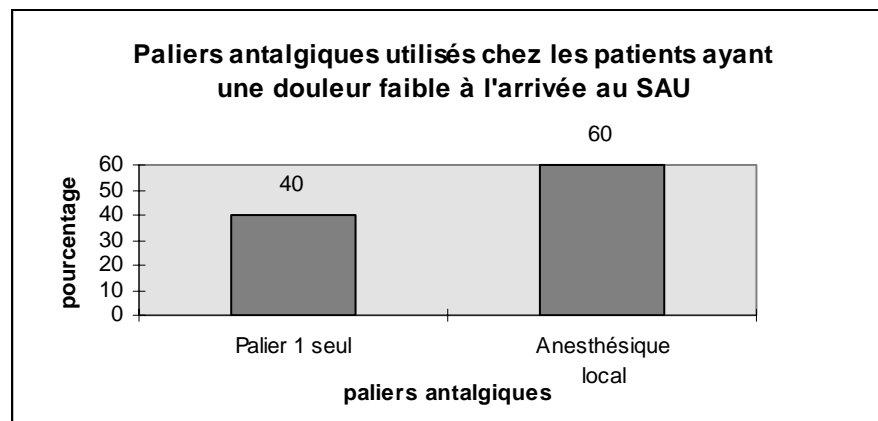
Ces histogrammes montrent la répartition des classes antalgiques utilisées en fonction de l'intensité douloureuse présentée par le patient. Les chiffres incluent uniquement les patients traités:

- Douleur absente:



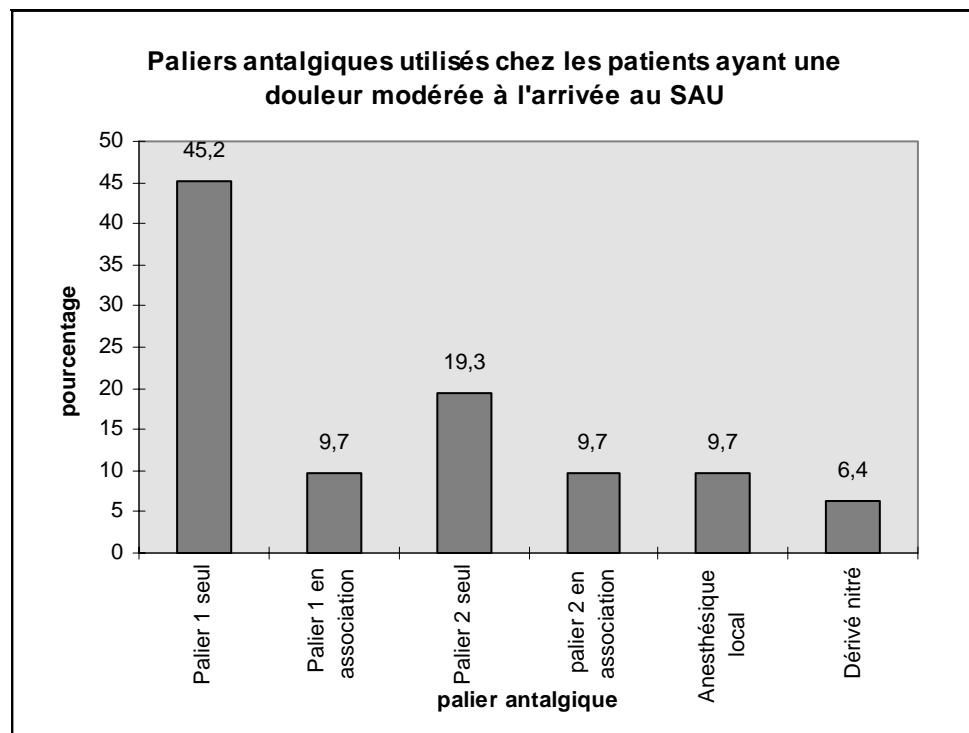
Nous retrouvons les 26,7% de patients ayant une douleur absente à l'arrivée au SAU mais ayant reçu un antalgique pour les raisons expliquées ci-dessus: **la moitié a reçu un palier 1.**

- Douleur faible:



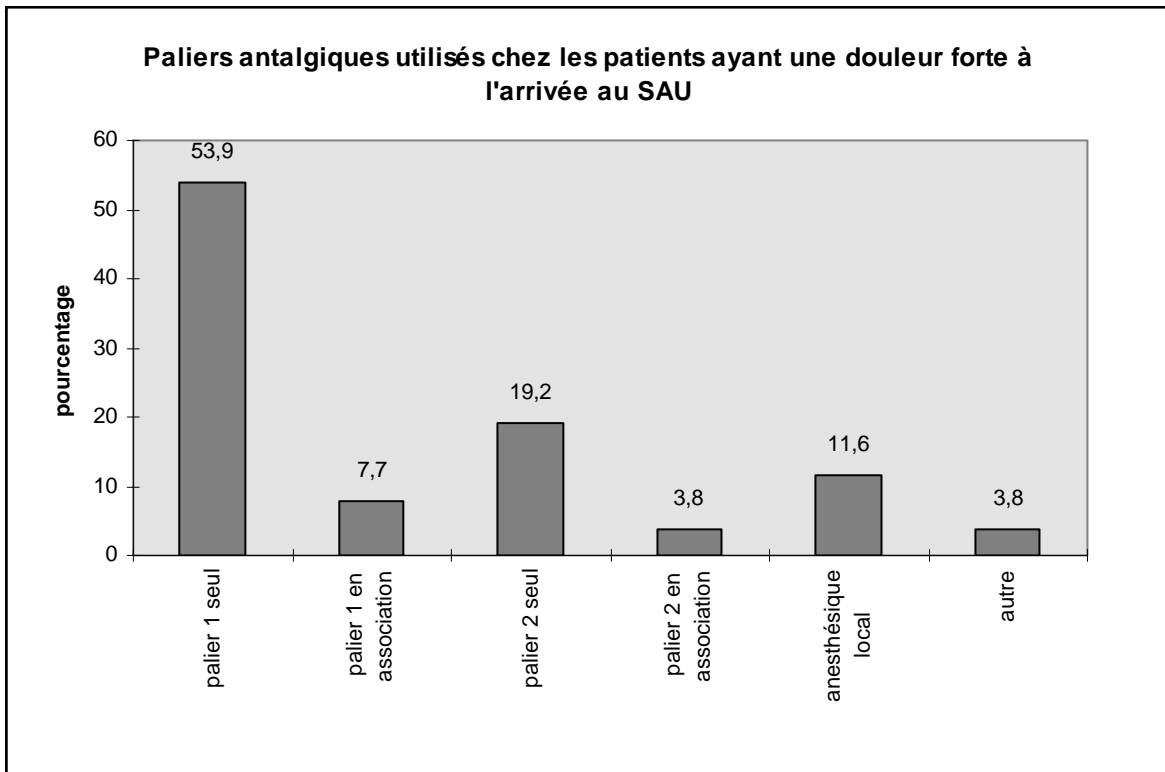
Les **antalgiques de palier 1** sont prescrits dans **40% des cas.**

- Douleur modérée:



Les patients ayant une douleur modérée reçoivent dans **54,9% des cas des antalgiques de niveau 1, seuls ou en association** et dans **29% des cas des antalgiques de niveau 2, seuls ou en association**.

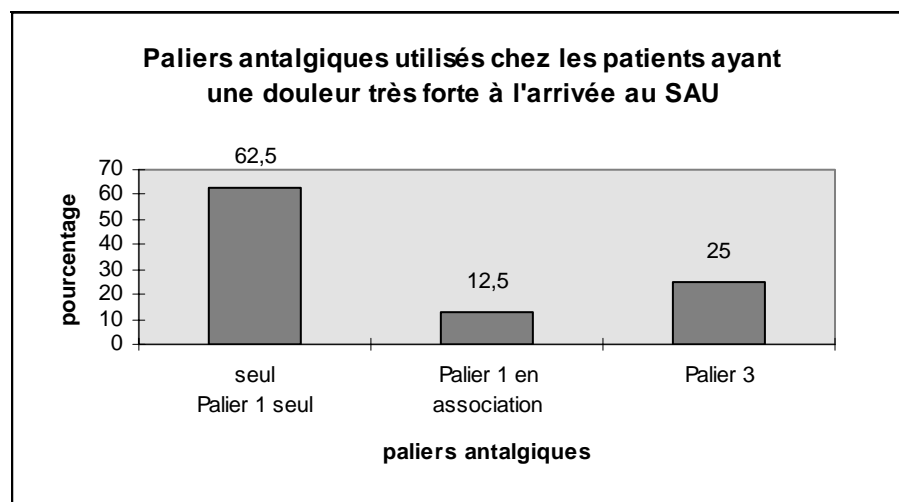
- Douleur forte:



(Autre: dérivé nitré)

Les **antalgiques de niveau 1** sont administrés dans **un peu plus de 60% des cas**, seuls ou en association, pour soulager les douleurs d'intensité forte. Seuls **23% d'antalgiques de niveau 2** sont prescrits ici, seuls ou en association.

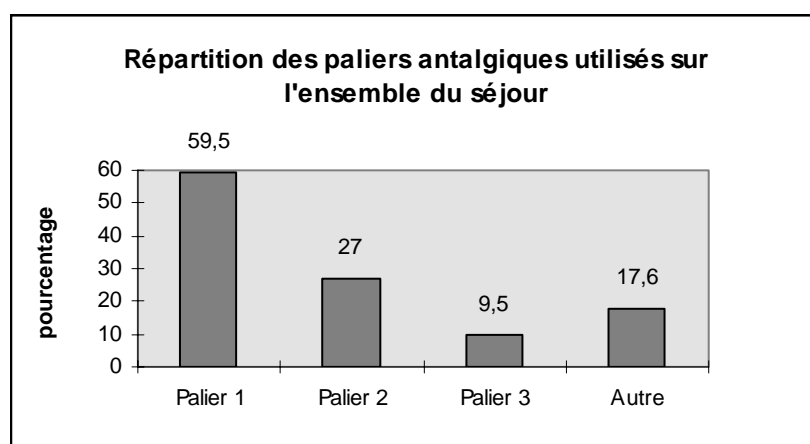
- Douleur très forte:



Les douleurs d'intensité très forte sont traitées dans $\frac{3}{4}$ des cas par des antalgiques de niveau 1, seuls ou en association, dans $\frac{1}{4}$ des cas seulement par des antalgiques centraux forts.

D) Paliers antalgiques utilisés sur la totalité du séjour au SAU.

Nous prenons en compte, dans cette étude, les traitements antalgiques administrés en deuxième intention, en vue d'une adaptation thérapeutique.



Autre: dérivé nitré, anesthésique local.

Sur l'ensemble du séjour au SAU, environ **60%** des patients reçoit un antalgique de palier 1, environ **25%**, un antalgique de palier 2, moins de **10%** un antalgique de niveau 3.

E) Fréquence d'utilisation des morphiniques.

9,5% des patients traités reçoivent de la morphine, soient **6,5%** des patients douloureux à l'arrivée au SAU, sur la totalité du séjour (un patient traité par morphine par le SMUR et amené au SAU, un patient traité par morphine en première intention et cinq autres qui en reçoivent en deuxième intention).

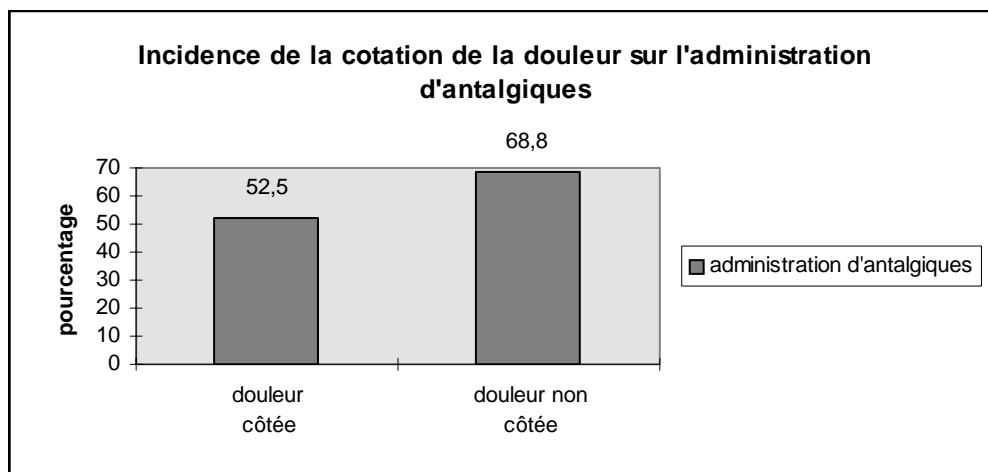
Parmi ces 7 patients, 3 ont une douleur très forte à l'admission, 2 ont une douleur forte, 1 a une douleur modérée qui s'intensifie lors de son séjour au SAU, 1 est déjà sous morphinique à son arrivée.

5) La cotation de la douleur et ses effets sur la prise en charge thérapeutique.

A) Relation entre évaluation de la douleur et administration d'antalgiques.

Existe-t-il une relation entre l'administration d'antalgiques et la cotation de la douleur?

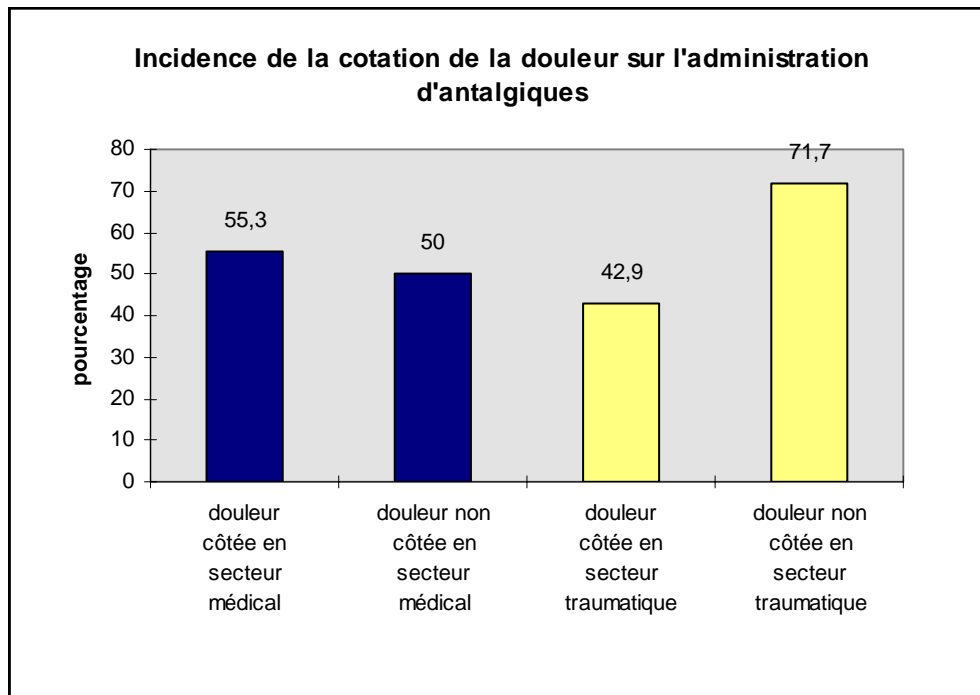
a)- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Nous avons retenu ici 122 patients, 2 dossiers du secteur médical ne permettant pas de déterminer si la douleur avait été cotée ou non .

L'absence d'évaluation de la douleur n'entraîne pas d'administration moindre d'antalgiques (p=0,006).

b) En secteurs médical et traumatique.



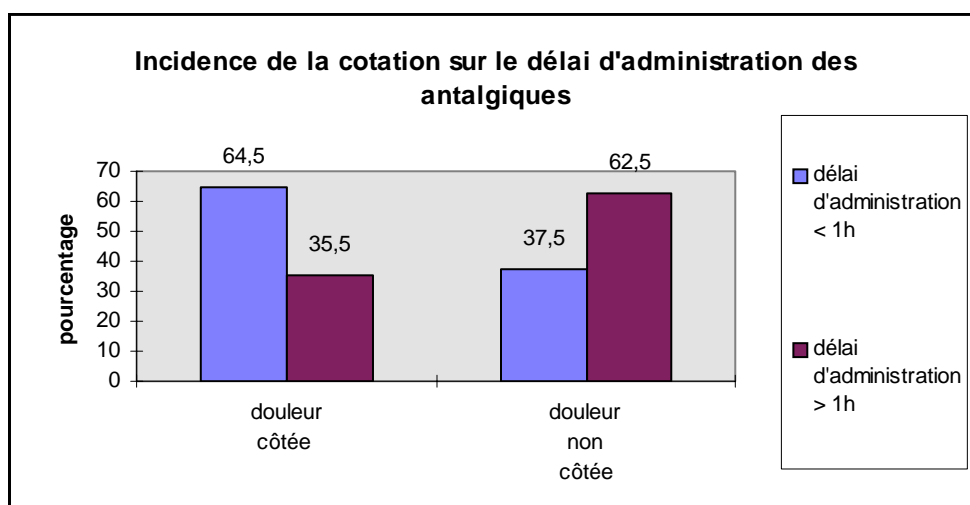
En secteur médical, près de la moitié des patients qui ont une cotation de leur douleur reçoivent un antalgique, proportion identique à celle ne bénéficiant pas d'évaluation quantifiée de leur douleur (p=NS).

En secteur traumatique, 42,9% des patients dont la douleur a été côtée reçoivent un antalgique, contre 71,7% de ceux dont la douleur ne l'a pas été (p=NS) .

B) Relation entre cotation de la douleur et délai d'administration d'antalgiques.

Existe-t-il une relation entre le délai d'administration d'un antalgique et l'évaluation de la douleur ?

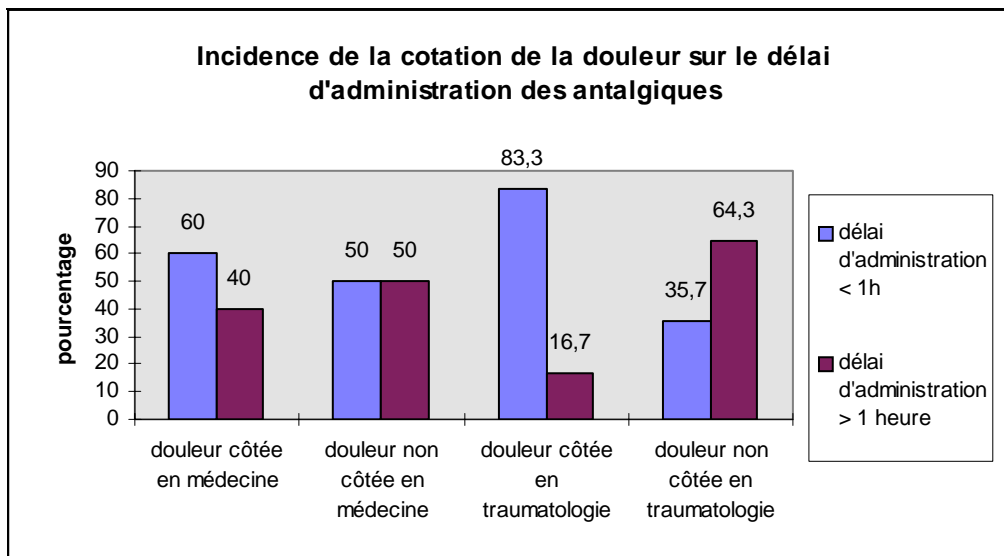
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Parmi les 74 patients qui ont reçu un antalgique, 63 dossiers ont permis de retrouver les délais d'administration (les patients consultants avaient pour certains la mention de l'administration d'un antalgique sans précision d'heure). Nous avons choisi de comparer ici les délais d'administration inférieurs ou égaux à une heure et supérieurs à une heure de l'admission au SAU.

Lorsque la **douleur est évaluée**, l'administration d'antalgiques est réalisée dans un **délai court (< 1 heure) dans 2/3 des cas**, en l'absence d'évaluation quantifiée, le délai d'administration moyen est **supérieur à une heure dans 2/3 des cas** ($p=0,032$).

b) En secteurs médical et traumatique.



Onze dossiers (parmi les 74 dossiers de patients recevant un antalgique) n'ont pu être pris en compte, en raison de l'absence de mention du délai d'administration des antalgiques.

En secteur médical, **60% des patients dont la douleur est côtée et 50% de ceux dont la douleur n'a pas été côtée reçoivent un antalgique en une heure ou moins** ($p=NS$).

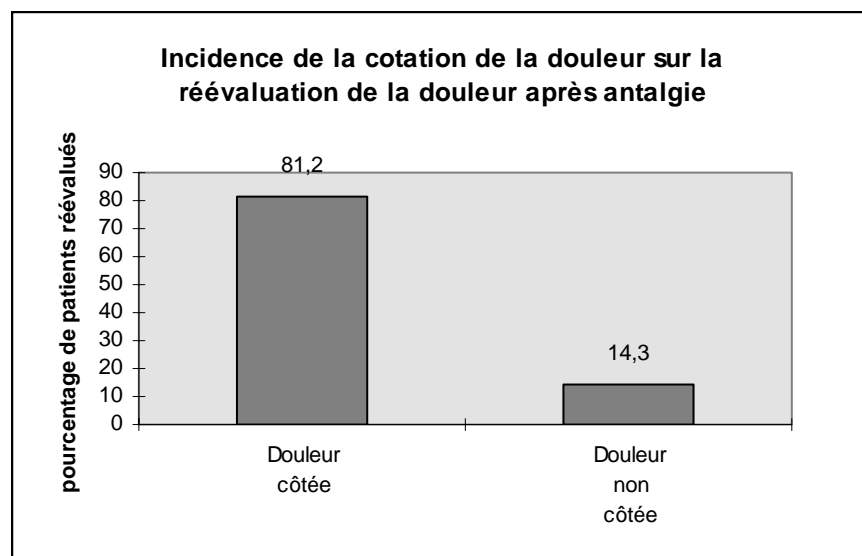
En secteur traumatique, **plus de 80% des patients dont la douleur est côtée et 35% dont la douleur ne l'a pas été, reçoivent un antalgique en une heure ou moins** ($p=0,0663$).

Le délai de traitement des patients dont la douleur a été côtée en secteur médical n'est pas statistiquement différent de celui du secteur traumatique ($p= 0,1313$).

C) Relation entre cotation de la douleur et réévaluation de la douleur après administration d'antalgique.

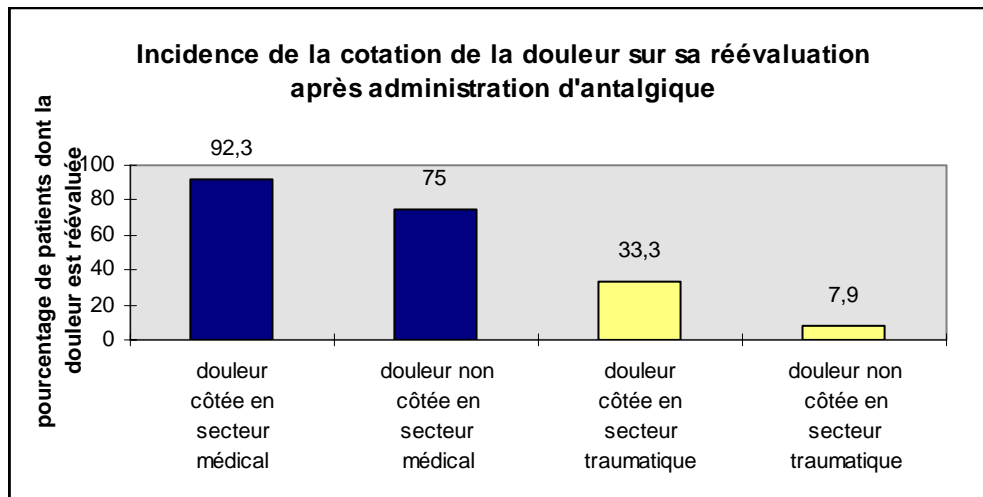
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).

Les patients dont la douleur est initialement côtée à l'EN, sont-ils mieux réévalués après administration d'antalgiques que ceux ne l'ayant pas été?



Lorsque la douleur est **côtée initialement**, environ **80% des patients bénéficient d'une réévaluation** de la douleur après antalgie, contre **moins de 15% chez les patients dont la douleur n'a pas été recherchée ou seulement mentionnée** ($p < 0,0001$).

b) En secteurs médical et traumatique.



En secteur médical, 24 patients soit plus de 90% de ceux dont la douleur a été cotée ont une réévaluation de leur douleur après antalgie contre 3 patients sur 4 sans cotation de la douleur ($p=0,3596$).

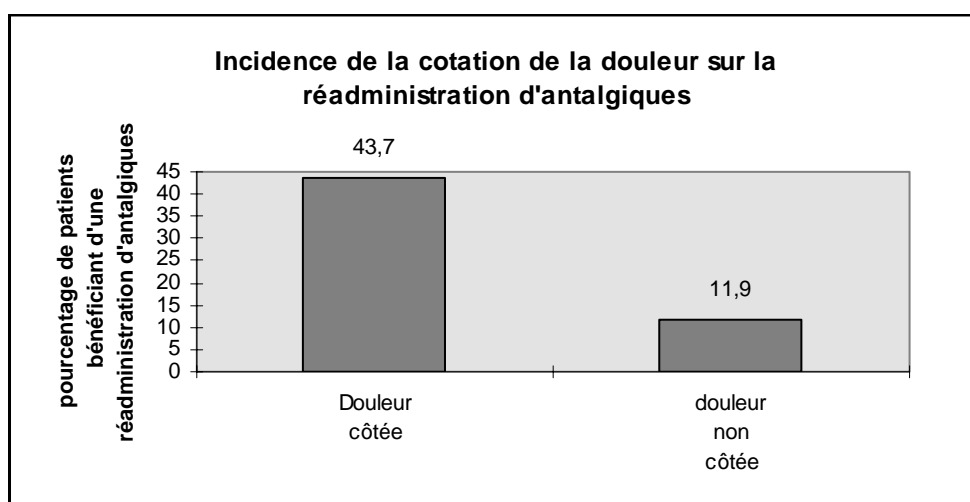
En secteur traumatique, il n'y a pas non plus de différence significative entre les patients dont la douleur a été cotée et ceux sans évaluation en terme de réévaluation, après traitement antalgique ($p=0,13$).

La proportion de patients réévalués après cotation initiale de la douleur et antalgie semble supérieure en secteur médical, mais les résultats ne sont pas statistiquement différents ($p=0,1255$).

D) Relation entre cotation de la douleur et réadministration d'antalgique.

L'évaluation quantifiée de la douleur influe-t-elle sur l'administration régulière d'antalgiques?

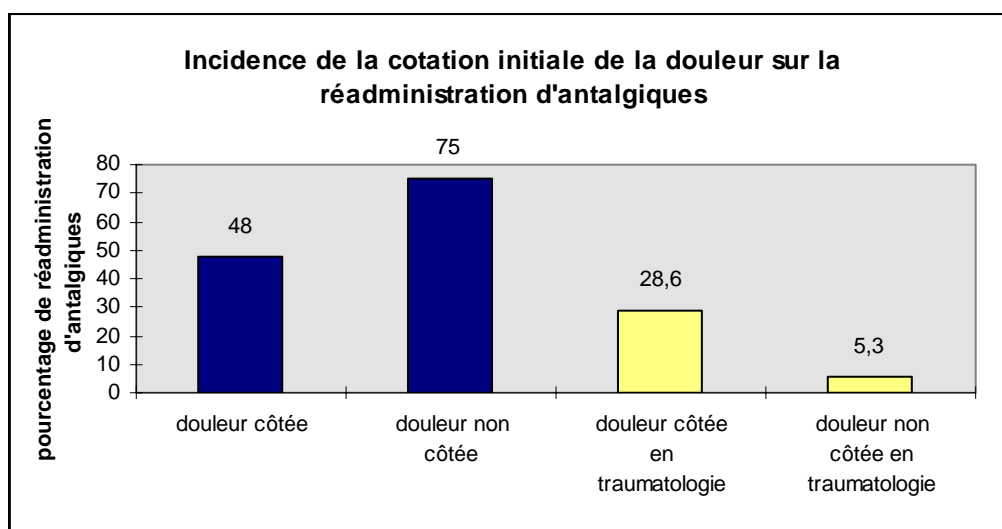
a) Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Les patients dont la **douleur a été côtée** bénéficient d'une **réadministration d'antalgique plus régulière** (soit environ 45%), que ceux dont la douleur ne l'a pas été (soit environ 10%), ($p= 0,0019$).

b) En secteurs médical et traumatique.

Parmi les patients ayant reçu un antalgique, la cotation de la douleur initiale favorise-t-elle la réadministration d'antalgiques?



En secteur médical, **la moitié des patients dont la douleur a été côtée** et ayant reçu initialement un antalgique, **en reçoivent à nouveau** (administration régulière), **¾ des patients dont la douleur n'a pas été côtée initialement en bénéficient** ($p=0,5977$). Ce dernier chiffre correspond à un très petit effectif (3 patients).

En secteur traumatique, **plus d'un quart des patients dont la douleur a été côtée** avant administration d'antalgique, **en reçoivent régulièrement**, **contre 1/20 dont la douleur n'a pas été côtée** ($p=0,1082$).

La relation entre la cotation de la douleur et la réadministration d'antalgiques n'est pas statistiquement différente en médecine et traumatologie ($p=0,7039$).

c) Traitements antalgiques administrés en deuxième intention pour une adaptation thérapeutique.

Classe thérapeutique	nombre	réponse adaptée	délai	réponse partiellement adaptée	Na
dextropropoxyphène+ paracétamol seul	2	1	> 1h		1
dextropropoxyphène+ paracétamol en assoc.	1				1
codéine+paracétamol en association	1	1	> 1h		
morphine seule	4	1 1 1	> 1h < 1h > 1h	1	
morphine en association	1	1	< 1h		
AINS	1				1

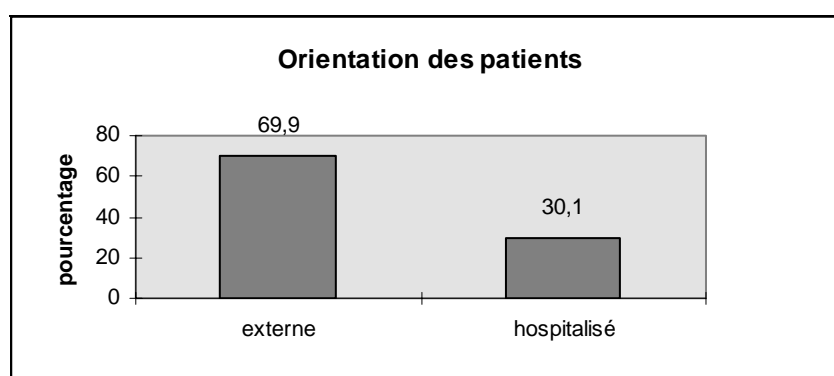
(Na= réponse thérapeutique non évaluée sur la feuille de surveillance)

Ce tableau détaille des antalgiques utilisés en deuxième intention, pour une adaptation thérapeutique lorsque le premier traitement administré a été insuffisant. La réponse est dite « adaptée » lorsque l'EN après administration est comprise entre 0 et 3, « partiellement adaptée » lorsque l'EN est comprise entre 3 et une valeur inférieure à la valeur initiale. Le délai correspond à la période entre l'administration de l'antalgique de 2° intention et le soulagement de la douleur défini ici par une EN comprise entre 0 et 3.

V- Prescription d'analgiques à la sortie du SAU.

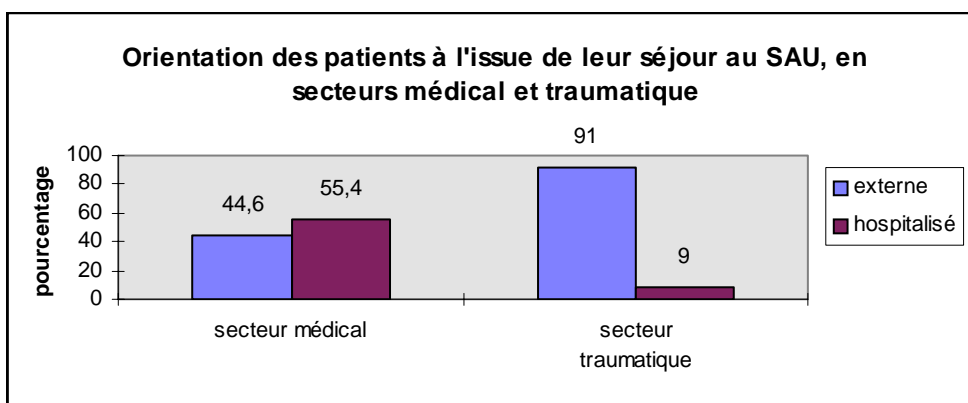
1) Orientation des patients.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



Environ 2/3 des patients rentrent à domicile après leur passage au SAU.

B- En secteurs médical et traumatique.



Plus de la moitié des patients du secteur médical sont hospitalisés (55,4%), seulement 1 sur 10 l'est en secteur traumatique ($p < 0,001$).

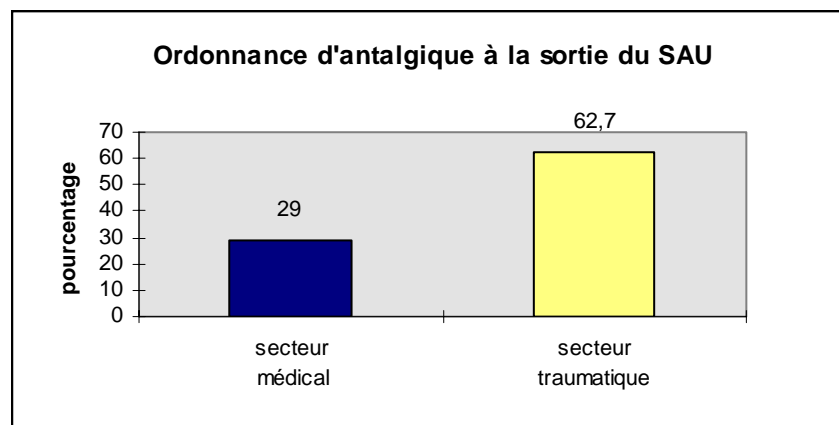
2) Prescription d'antalgiques.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).

47,1% des patients de l'étude reçoivent une prescription d'antalgiques à la sortie du SAU, quelle que soit leur orientation (ambulatoire ou hospitalisés).

52,3% des patients douloureux à l'arrivée au SAU, sortent avec une prescription d'antalgique. 61,9% des patients douloureux à la sortie du SAU ont reçu une prescription d'antalgiques.

B- En secteurs médical et traumatique.

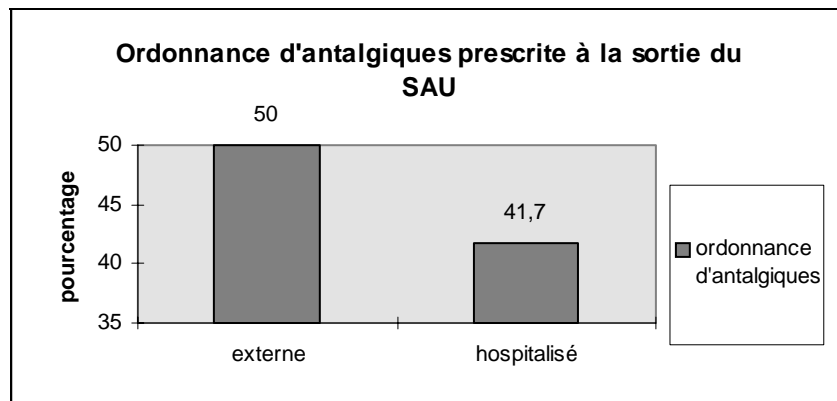


Tous patients inclus(patients algiques et non algiques), **29% des patients du secteur médical** ont bénéficié d'une **prescription d'antalgiques à leur sortie du SAU**, qu'ils soient externes ou hospitalisés, versus **62,7% des patients du secteur traumatique** ($p=0,0002$).

Les chiffres diffèrent peu en ne retenant la prescription d'antalgique que chez les patients douloureux, puisque 1/3 (34,1%) des patients du secteur traumatique et toujours moins de 2/3 (65,1%) des patients du secteur traumatique ont une ordonnance d'antalgique à la sortie du service, qu'ils soient externes ou hospitalisés.

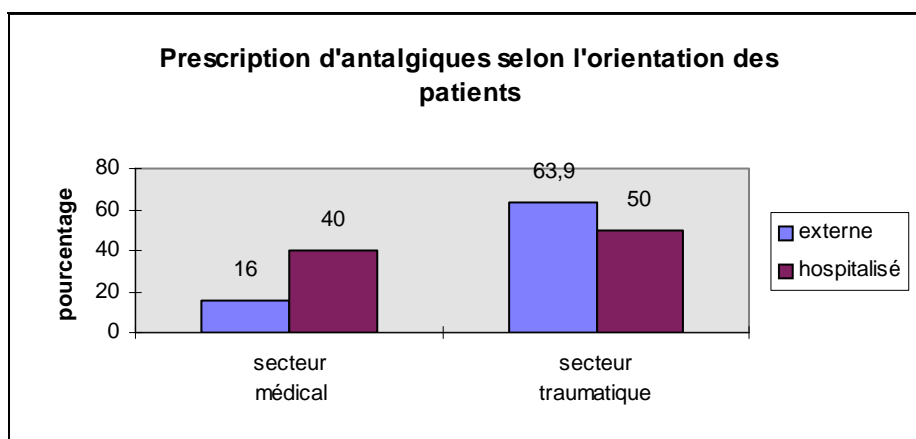
3) Prescription d'antalgique selon l'orientation des patients.

A- Dans la population globale (secteurs médical et traumatique confondus).



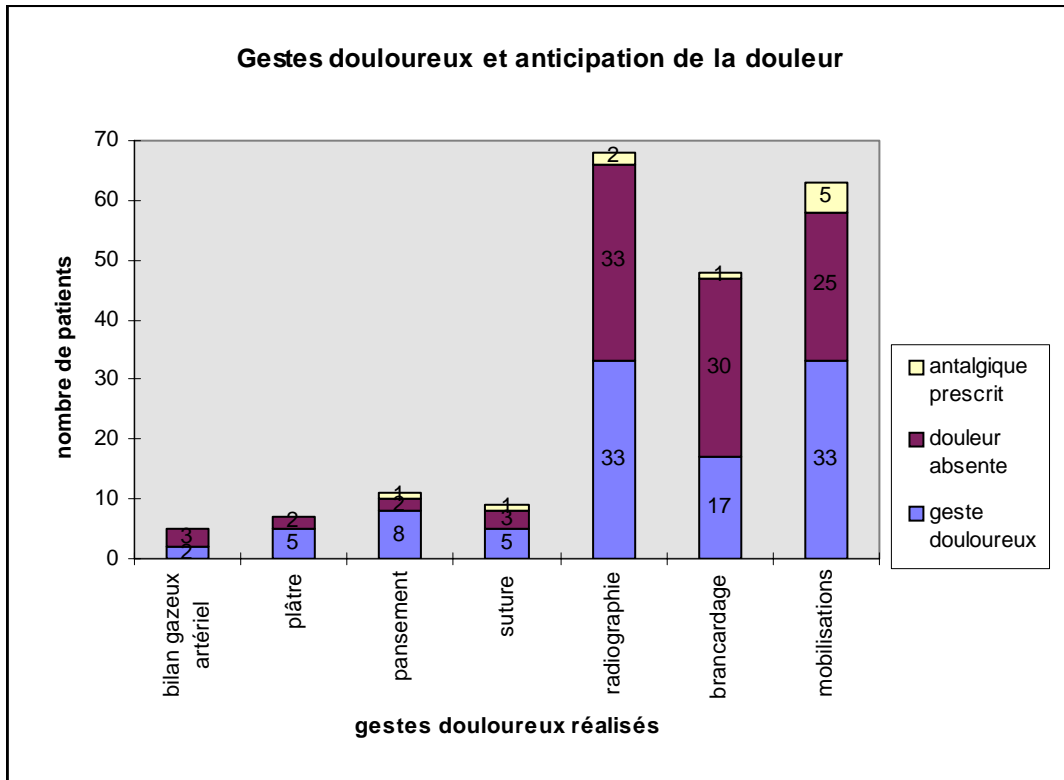
La moitié des patients externes et 40% environ des patients hospitalisés ont une prescription d'antalgiques à la sortie du SAU ($p=0,521$).

B- En secteurs médical et traumatique.



Il n'y a pas de différence significative entre les patients externes et les patients hospitalisés en ce qui concerne l'anticipation de la douleur à la sortie du SAU ($p=0,098$ en secteur médical, $p=0,66$ en secteur traumatique)

VI- Prévention des douleurs provoquées par les soins.



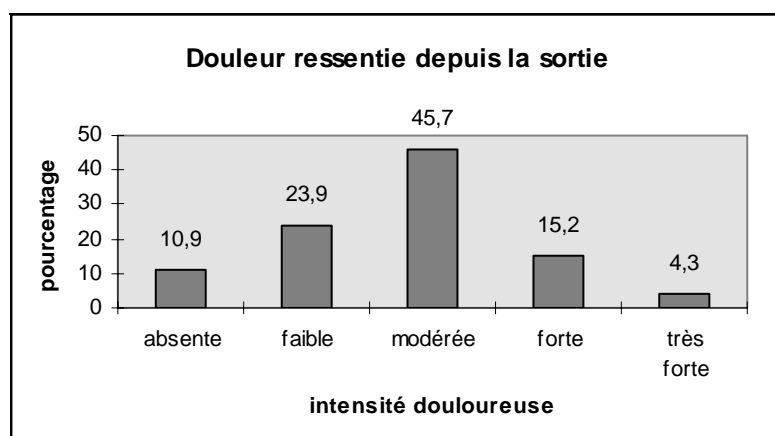
Les gestes ou manipulations les plus fréquemment rapportés comme étant douloureux sont **la radiographie, le brancardage et les mobilisations** et sont très rarement prévenus par l'administration d'antalgiques. Seuls dix patients disent avoir reçu de façon anticipée un antalgique, dans un contexte de douleur modérée à très forte.

Gestes douloureux	Intensité douloureuse pour laquelle un antalgique a été	Nb de cas où un antalgique	Efficacité
-------------------	---	----------------------------	------------

	prescrit	a été prescrit	
pansement	forte	1	?
suture	forte	1	non
radiographie	modérée	1	?
	forte	1	oui
brancardage	très forte	1	oui
mobilisations	modérée	2	?
	forte	1	oui
	très forte	2	?

VII- La douleur à J 3

1) Evaluation à J 3 de la douleur ressentie depuis la sortie du service.

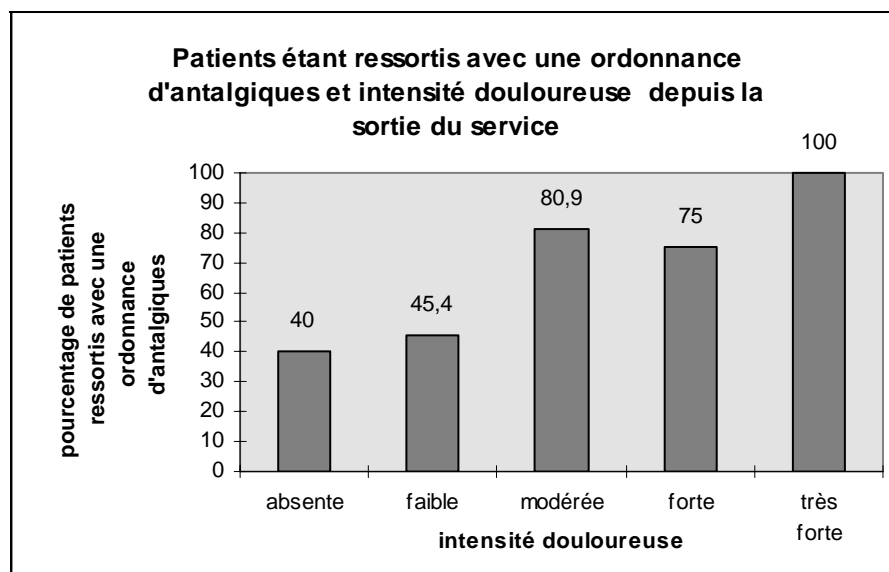


Parmi les patients externes à l'issue de leur séjour au SAU, 47 sur 86 ont pu être contactés par téléphone à J3.

Près de **2/3** d'entre eux ont ressenti depuis leur sortie une **douleur modérée à très forte**.

2) Ordonnance d'antalgique à la sortie du SAU et intensité de la douleur ressentie depuis la sortie.

68,1% des patients ayant répondu au questionnaire à J3 ont bénéficié d'une prescription d'antalgique à la sortie du SAU.



La totalité des patients décrivant une douleur très forte après leur sortie avaient une prescription d'antalgique, de même qu'une majorité de patients ayant une douleur modérée à forte. Ces résultats témoignent soit d'une anticipation douloureuse insuffisamment adaptée, à la sortie du service, soit d'un problème d'observance médicamenteuse.

3) Observance thérapeutique.

81,2% des patients ressortis avec une prescription d'antalgiques disent avoir été observants.

4) Nécessité d'une consultation pour la douleur.

8,5% des patients ont reconsulté leur médecin, depuis leur sortie, en raison de l'existence d'une douleur trop importante.

VIII- Satisfaction de l'infirmière sur la prise en charge de la douleur.

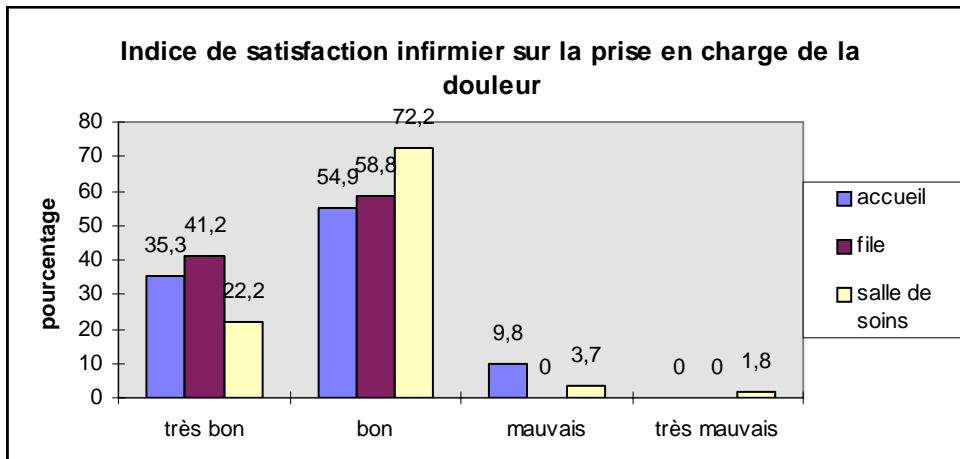
1) Connaissance du protocole de prise en charge de la douleur.

Toutes les infirmières ayant répondu au questionnaire leur étant destiné disent connaître le « protocole douleur » du service, les sources étant variées: carnet de l'IDE, classeur de protocole ou intranet.

2) Indice de satisfaction infirmier.

Les infirmières d'accueil, de file d'attente, de salle de soins ont donné une appréciation de leur prise en charge de la douleur selon les indices suivants: « très bon », « bon », « mauvais », « très mauvais », pour chaque patient dont elles se sont occupé.

51 réponses ont été obtenues par l'infirmière d'accueil, 17 par l'infirmière de file d'attente, 54 par l'infirmière de salle de soins.



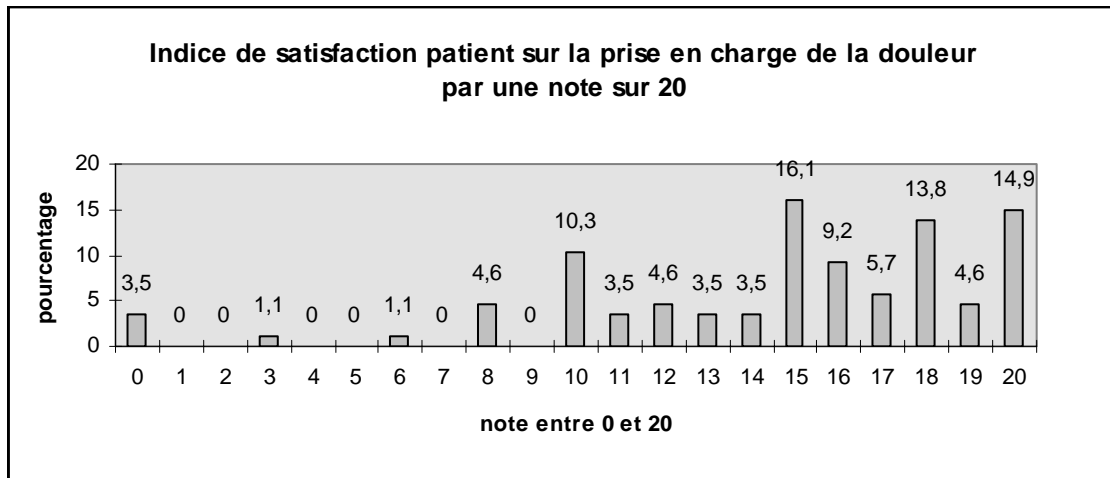
Parmi les réponses obtenues:

- **A l'accueil**, la prise en charge de la douleur est estimée **non satisfaisante pour 10% des patients**. Les raisons évoquées sont une charge de travail trop importante au moment où le patient a été accueilli (3,9%), une discordance entre l'évaluation de l'infirmière et l'évaluation de la douleur par le patient lui-même (5,9%).

- **En file d'attente**, la prise en charge de la douleur semble être **satisfaisante**.

- **En salle de soins**, environ **5% des patients n'ont pas bénéficié**, d'après le vécu des infirmières, **d'une prise en charge satisfaisante** de la douleur; 1,8% en raison d'une charge de travail trop importante, 1,8% en raison d'une discordance entre l'évaluation infirmière et l'évaluation patient, 1,8% en raison d'un manque de coopération par le patient lui-même.

VIII- Satisfaction du patient sur la prise en charge de la douleur.



Chaque patient répondant au questionnaire devait attribuer une note comprise entre 0 et 20 au critère « satisfaction sur la prise en charge de la douleur ». 87 d’entre eux ont répondu à cette question.

Moins d’un patient sur vingt (4,6%) met une note inférieure à 5/20, un patient sur dix (10,3%) attribue une note inférieure à 10/20.

Un peu plus de 2/3 des patients (67,8%) situe sa note entre 15 et 20/20.

DISCUSSION

I- Prévalence de la douleur au SAU.

La douleur est un symptôme fréquemment retrouvé aux urgences.

Dans notre étude, la prévalence de la douleur est de 87,1%, avec un plus fort taux observé en secteur traumatique qu'en secteur médical (respectivement 94% et 78,9%).

En comparant avec les données de la littérature, ces chiffres semblent assez représentatifs. Une étude toulousaine ⁽¹²⁾ réalisée en 1993, en secteur traumatique, retrouve une prévalence de la douleur de l'ordre de 93% . D'autres études ^(13,14) réalisées auprès de patients pris en charge pour des pathologies traumatiques et médicales, évaluent la prévalence de la douleur à 78% (Cochin, 1999 et Chicago,1996).

Deux études ^(15, 16) retrouvent des chiffres moins élevés: 65,9% dans l'étude réalisée à Indianapolis en 2000 et 40% dans celle menée à Bordeaux en 2003. Ces données sont expliquées par le fait qu'elles correspondent à des résultats d'enquêtes rétrospectives, extraits de dossiers médicaux, le nombre de patients douloureux étant probablement sous-estimé.

L' enquête prospective ⁽¹⁷⁾ , réalisée à Boston en 2002, retrouve une prévalence de la douleur à 66%. Les catégories des pathologies concernées ne sont pas détaillées. La différence s'explique peut être en partie par un recrutement de patients présentant principalement des pathologies médicales.

	type d'étude	période	secteur	Nb de patients	prévalence douleur
étude Nantes	prospective	24h	secteurs médical et traumatique	124	87,10%

année 2004			secteur médical	57	78,90%
			secteur traumatique	67	94%
étude Chicago USA 1996	prospective	7 jours consécutifs juin 1996	secteurs médical et traumatique	203	78,80%
étude Cochon Paris 1999	prospective	4 au 19 octobre 1999 24h/24	secteurs médical et traumatique	726	78%
étude Boston USA 2002	prospective randomisée	juin à août 2002	secteurs médical et traumatique	300	66%
étude Bordeaux année 2003	rétrospective	24 au 30 juin 2003	secteurs médical et traumatique	201	39,80%
	rétrospective	1 au 15 juillet 2003	secteurs médical et traumatique	417	45,80%
étude Indianapolis USA 2000	rétrospective	7 jours	secteurs médical et traumatique	1665	65,90%
étude Toulouse 1996-1998	prospective	mai 1996 à juin 1998	secteur traumatique	60	93,30%
	prospective	de 8h à 18h	secteur traumatique	114	93%

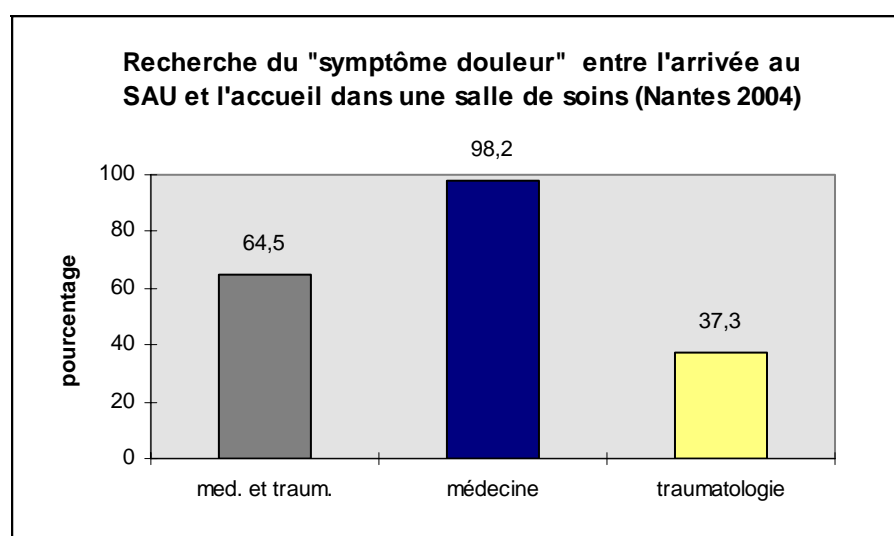
Nous rajouterons à ce chapitre la remarque suivante: à l'examen des dossiers des patients, la prévalence de la douleur est moindre. En effet, elle se chiffre à 37% sur les deux secteurs, avec pour valeurs respectives en secteur médical et traumatique: 46,1% et 29,8%. Ces résultats laissent penser une sous-estimation de la douleur par défaut de recherche de cette dernière.

II- Evaluation de la douleur.

1) Recherche du « symptôme douleur ».

Notre enquête permet de mettre en évidence un déficit de recherche de la douleur.

A l'arrivée du patient à l'accueil du SAU, ce symptôme est recherché dans 55% des cas.



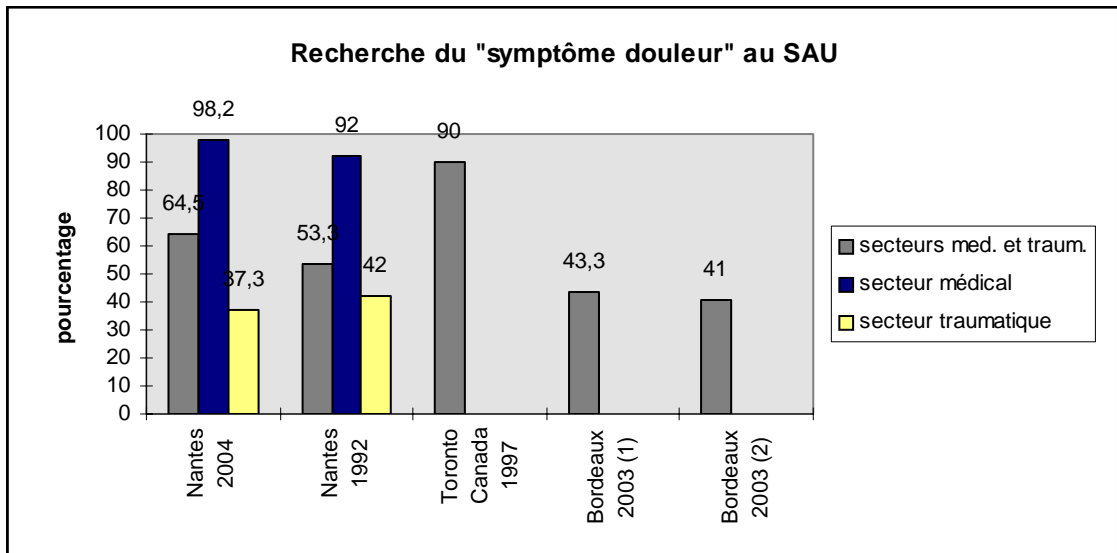
Sur l'ensemble des patients, plus d'un tiers (35,3%) n'a aucune recherche de la présence d'une douleur entre l'arrivée au SAU et la prise en charge en salle de soins, dans un délai inférieur à deux heures. Il s'agit, pour une grande majorité, de patients admis dans le secteur traumatique puisque 62,7% des patients ne sont pas interrogés sur la présence de douleur entre l'accueil au SAU et la prise en charge dans une salle de soins (vs 1,8% en secteur médical). Ces résultats sont discordants avec l'analyse des « questionnaires patients » où 82% des patients disent avoir été interrogés sur l'existence d'une douleur dès l'arrivée,

aussi bien dans le secteur médical (84,3%), que traumatique (80%). Il s'agit donc d'un déficit de transcription du paramètre « douleur ».

L'enquête réalisée au SAU de Nantes en 1992 par Berthier et al ⁽¹⁾ retrouvait des résultats superposables: la douleur était transcrite dans 53% des cas (recherchée dans 92% des cas en secteur médical, dans 42 % des cas en secteur traumatique).

Des études ^(16, 18) réalisées à Bordeaux en 2003, et à Toronto au Canada en 1997, retrouvent une transcription de la douleur dans respectivement 42% et 90% des cas. Ce dernier chiffre concerne la recherche du symptôme par le médecin et non par l'IDE, contrairement à notre étude.

	type d'étude	période	secteur	nb de patients	transcription de la douleur (notifiée ou côtée)
étude Nantes année 2004	prospective	24h	sect. méd. et traum.	124	64,5%
			secteur médical	57	98,2%
			secteur traumatique	67	37,3%
étude Nantes année 1992	rétrospective aveugle	2 au 8 novembre 1992	sect. méd. et traum.	516	53,30%
			secteur médical	117	92%
			secteur traumatique	399	42%
étude Toronto Canada 1997	prospective	avril à août 1997	sect.méd. et traum.	71	90% (par médecin)
étude Bordeaux année 2003	rétrospective	24 au 30 juin 2003	sect. méd. et traum.	201	43,30%
		1 au 15 juillet 2003	sect. méd. et traum.	417	41%



2) Cotation de la douleur.

La douleur est trop peu recherchée, mais encore moins évaluée de façon objective, à l'aide d'échelles d'évaluation validées (échelle numérique, échelle visuelle analogique, échelle verbale simple).

Dans notre étude, la moitié des patients bénéficie d'au moins une évaluation quantifiée de sa douleur, dans les deux premières heures de son arrivée, entre son accueil au SAU et son installation dans une salle de soins. Il existe une différence significative entre les secteurs médical et traumatique puisque respectivement 85,5% et 20,9% des patients bénéficient d'une évaluation quantifiée de la douleur, dans cette période initiale. Si l'on se restreint au paramètre « cotation de la douleur » à l'arrivée au SAU, on obtient les chiffres suivants: l'évaluation quantifiée de la douleur est effectuée dans 74,1% des cas en secteur médical et seulement 13,6% des cas en secteur traumatique.

L'étude réalisée au SAU de Nantes en 1992 ⁽¹⁾, évaluait la cotation de la douleur à 53% en secteur médical et 16% en secteur traumatique.

L'enquête menée au SAU de Bordeaux ⁽¹⁶⁾ en 2003 retrouvait sur les deux périodes considérées une cotation de la douleur pour seulement 10 et 30% des patients.

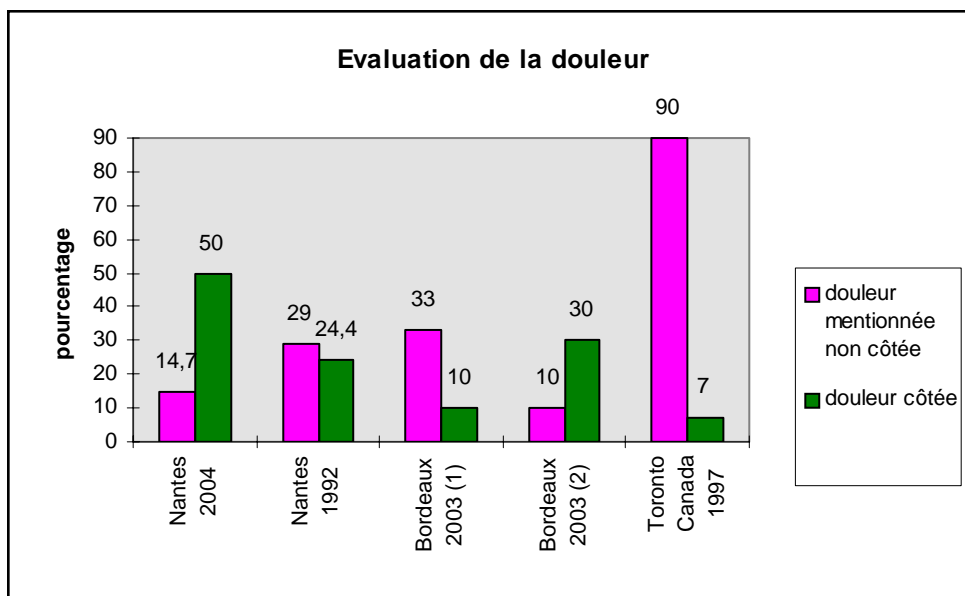
Une autre étude (Guru et Dubinski) ⁽¹⁸⁾ réalisée à Toronto, au Canada, en 1997, retrouve une cotation de la douleur dans 7% des dossiers des patients seulement! Cette étude est particulièrement intéressante parce qu'elle compare l'évaluation de la douleur faite par le patient lui-même à celle faite par l'infirmière et le médecin le prenant en charge (l'enquêteur interroge le patient puis dans un second temps, l'infirmière puis le médecin). Ces deux derniers sous-estiment de façon significative les niveaux de douleurs ressenties par les patients. Si l'examen des feuilles de surveillance infirmière ne trouve une cotation que dans 7% des cas, aucune cotation n'est retrouvée dans les feuilles d'observation médicale. L'étude de Puntillo et al. ⁽¹⁹⁾, réalisée en Californie en 2003, a également comparé la différence d'évaluation de la douleur par l'infirmière et par le patient lui-même. Elle met en évidence une différence significative en faveur d'une sous-évaluation de la douleur du patient par l'infirmière. Cet écart est plus important pour la pathologie traumatique osseuse.

Il paraît donc évident que l'absence d'utilisation d'une échelle d'évaluation ne permet pas au patient d'exprimer le niveau de douleur dont il fait l'expérience, ce qui conduit à la mise en place d'un traitement inapproprié.

Ducharme et Barber ⁽²⁰⁾ notent que, sur leur étude portant sur 42 patients, moins de 50% des dossiers mentionnent l'existence d'une douleur et aucun ne fait apparaître de cotation.

L'étude américaine réalisée en 2001 à Springfield ⁽²¹⁾ sur une population de 68 patients rapporte également une absence d'utilisation d'échelle d'évaluation de la douleur, à la lecture des feuilles de surveillance infirmières.

	type d'étude	durée de l'étude	secteur	nb de patients	transcription sans cotation de la douleur	cotation de la douleur
étude Nantes année 2004	prospective	24h	sect.méd.et traum.	124	14,7%	50%
			sect. médical	57	12,7%	85,5%
			sect. traum.	67	16,4%	20,9%
étude Nantes année 1992	rétrospective	2 au 8 novembre 1992	sect.méd.et traum.	516	29%	24,40%
			sect. médical	117	38%	53%
	aveugle		sect. traum.	399	26%	16%
étude Bordeaux année 2003	rétrospective	24 au 30 juin 2003	sect.méd.et traum.	201	33%	10%
		1 au 15 juillet 2003	sect.méd.et traum.	417	10%	30%
étude Toronto Canada 1997	prospective	avril à août 1997	sect.méd.et traum.	71	90% (par médecin)	7%
étude Montréal Canada 1993	prospective	5 avril au 2 juin 1997	sect.méd.et traum.	42	<50%	0
étude Springfield USA 2001	prospective	7 jours	sect. traumatique	68		0



On remarque donc un déficit d'évaluation quantifiée de la douleur dans notre étude, déficit retrouvé dans les travaux cités ci-dessus.

Les chiffres concernant notre étude permettent de comparer l'évaluation de la douleur en secteurs traumatique et médical, mettant en évidence une différence significative entre les deux secteurs ($p < 0,0001$). Cet écart était déjà relevé à Nantes en 1992 ⁽¹⁾.

Cette différence peut en partie s'expliquer par les faits suivants, plus particulièrement liés à l'organisation du service, lors de cette étude.

- en secteur traumatique, les patients consultants sont souvent directement accompagnés par les brancardiers du service en salle d'attente, sans être orientés par l'infirmière d'accueil. Ces patients ne sont pas vus secondairement par une infirmière « de file d'attente », absente du secteur traumatologique. Ainsi, ils ne bénéficient pas, la plupart du temps, d'une évaluation infirmière.

- en secteur traumatique toujours, les dossiers des patients consultants, au moment de l'enquête, ne comprenaient que la feuille d'observation médicale, sans espace réservé spécifiquement au report des paramètres vitaux (paramètres hémodynamiques, évaluation de la douleur). La mention écrite de la cotation de la douleur était peut-être moins présente de ce

fait. Au moment de l'enquête, un groupe de travail élaborait déjà une nouvelle maquette de la feuille d'observation, incluant ces données et qui depuis a été mise en service.

L'étude toulousaine réalisée en 1997 aux urgences traumatiques du CHU de Toulouse Rangueil ⁽¹²⁾ déplore l'absence d'espace réservé à la cotation de la douleur sur la feuille d'observation médicale mais également sur la feuille de surveillance des paramètres vitaux. L'étude américaine de Blank et al. réalisée à Springfield en 2001 ⁽²¹⁾ fait état d'une absence d'évaluation quantifiée de la douleur sur la feuille de surveillance infirmière, la douleur étant seulement mentionnée. Cette observation induit la même remarque, faisant suggérer un changement de présentation de ces documents.

La subjectivité de la douleur est donc un concept clé dans la compréhension et l'amélioration de la prise en charge de la douleur ⁽¹⁴⁾. Nous avons tendance à rechercher des signes subjectifs de douleur (faciès, attitude antalgique,...) et donc à pratiquer une « hétéro-évaluation » de la douleur. Souvent, nous avons du mal à croire un patient qui côtoie sa douleur à « 8/10 » à l'EN, alors qu'il nous semble « bien » ⁽²²⁾. Cette subjectivité de la douleur, influencée par des paramètres culturels, ethniques, sociaux, fait que la douleur n'est ni ressentie, ni exprimée de la même façon par chacun. Ainsi, la meilleure façon de la considérer est d'écouter et d'aider le patient à l'exprimer, à l'aide d'échelles d'auto-évaluations, permettant d'adapter au mieux son traitement et d'évaluer ensuite le soulagement, ce qui a parfaitement été établi dans les études de Blettery et al. en 1993 et Guru et Dubinski en 1997 ^(7, 18).

L'utilisation systématique de ces outils, pas encore obtenue, est cependant mieux comprise et doit faire l'objet de formations et d'incitations répétées. L'évolution de l'évaluation entre 1992 et 2004 à Nantes montre une amélioration de 24 à 50%, avec une nette progression en secteur médical.

III- Traitement de la douleur.

1- L'oligoanalgésie: un constat à l'échelle mondiale.

En reprenant le questionnaire patient, 87,1% des patients se disent douloureux à l'arrivée au SAU (92% en secteur traumatique, 78,9% en secteur médical).

65,4% de ces patients reçoivent un antalgique, au vu du dossier médical (66,7% en secteur traumatique, 63,6% en secteur médical). 1/3 des patients se disant douloureux n'ont donc pas reçu d'antalgiques (par secteur, il s'agit de 35,4% des patients en secteur médical et 32,3% des patients en secteur traumatique).

Cette insuffisance de traitement, en secteurs médical et traumatique confondus, peut s'expliquer par les faits suivants:

- d'une part, 61,1% des patients douloureux ont une douleur d'intensité faible à modérée, ce qui a peut-être peu incité à traiter la douleur.

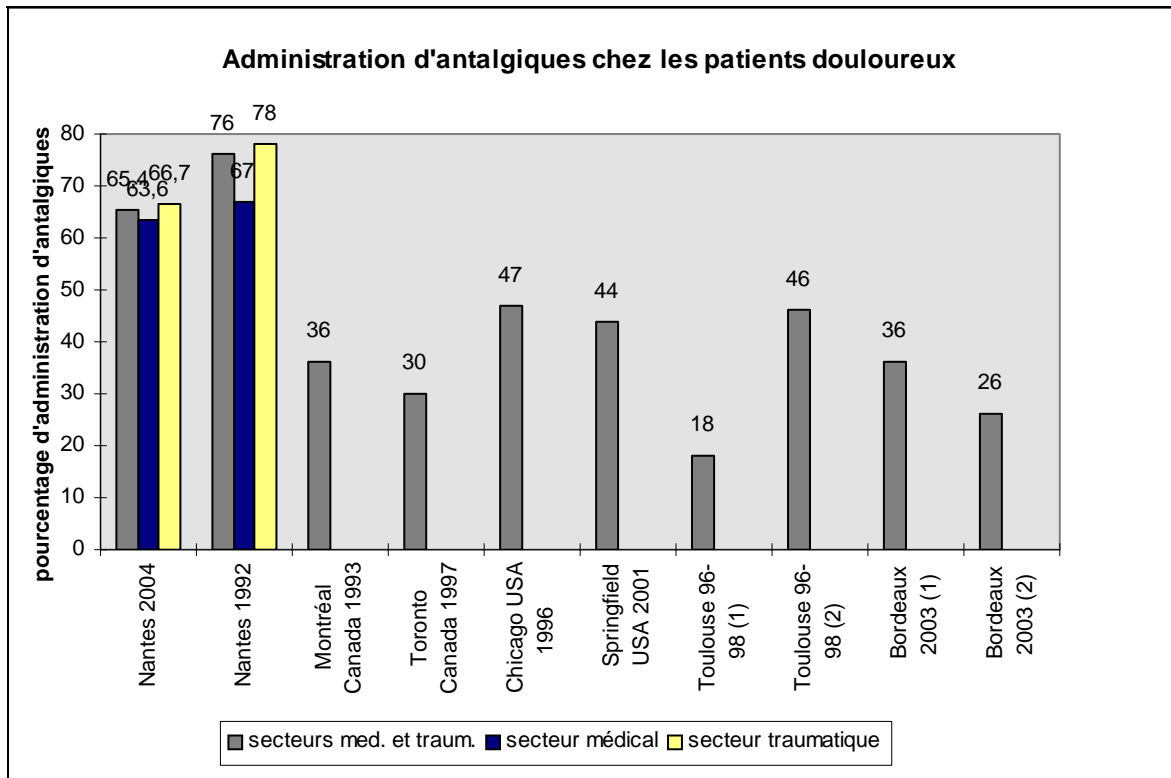
- d'autre part, moins de la moitié des patients douloureux à l'arrivée au SAU (45,8%) ont bénéficié d'une évaluation quantifiée de leur douleur entre leur admission dans le service et leur accueil dans une salle de soins. Du fait de cette insuffisance d'évaluation, le nombre de patients relevant d'une prise en charge médicamenteuse à visée antalgique a probablement été sous-estimé.

D'après les études françaises réalisées à Toulouse en 1996-98⁽¹²⁾ et à Bordeaux⁽¹⁶⁾ en 2003, en retenant les meilleurs chiffres de chacune d'entre elles, on retrouve respectivement 46% et 36% des patients recevant un traitement antalgique.

Les études américaines (Chicago, 1996⁽¹⁴⁾ et Springfield, 2001⁽²¹⁾), montrent que moins de 50% des patients douloureux sont traités (47% et 44%).

Au Canada (Toronto, 1997 ⁽¹⁸⁾ et Montréal, 1993 ⁽²⁰⁾), environ 1/3 des patients douloureux reçoivent un traitement antalgique (30% et 36%).

	type d'étude	durée de l'étude	secteur	nombre de patients douloureux	% de patients douloureux	traitement antalgique
étude Nantes année 2004	prospective	24h	sect.méd.et traum.	108	87,1%	65,4%
			sect.médical sect.traum.	45 63	78,9% 94%	63,6% 66,7%
étude Nantes année 1992	rétrospective	2 au 8 novembre	sect.méd.et traum.	516	59%	76%
	aveugle	1992	sect.méd. sect.traum.	117 399		67% 78%
étude Montréal Canada, 1993	prospective aveugle	5 avril au 2 juin 1993	sect.méd.et traum.	42		36%
étude Toronto Canada 1997	prospective	avril à août 1997	sect.méd.et traum.	71		30%
étude Chicago USA, 1996	prospective	7 jours consécutifs juin 1996	sect.méd.et traum.	160	78,8%	47%
étude Springfield USA, 2001	prospective	7 jours	sect. traum.	68		44%
étude Bordeaux année 2003	rétrospective	24 au 30 juin 2003	sect.méd.et traum.	80	39,8%	36%
		1 au 15 juillet 2003	sect.méd.et traum.	191	45,8%	26%
étude Toulouse 1996-1998	prospective	mai 1996 à juin 1998	sect.méd.et traum.	56	93, 3%	18%
		de 8h à 18h		106	93%	46%



2) Traitement de la douleur en secteurs médical et traumatique: comparaisons.

Pour rappel, notre étude retrouve une administration d'antalgiques chez 63,6% des patients douloureux en secteur médical et 66,7% des patients douloureux en secteur traumatique (p=NS).

On remarque que bien que la douleur soit significativement moins côtée sur le dossier du patient en secteur traumatique (20,9% vs 85,5% en secteur médical), elle est toutefois traitée dans les mêmes proportions qu'en secteur médical, c'est-à-dire chez environ 2/3 des patients algiques.

L'étude réalisée à Nantes en 1992 ⁽¹⁾ retrouve cette discordance liée au faible taux d'évaluation de la douleur en secteur traumatique (16%) alors que ¾ des patients douloureux

bénéficient d'une administration d'antalgique. En secteur médical, 2/3 des patients algiques sont traités.

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que le support de l'observation médicale en secteur traumatique (annexe 4) n'incite pas à transcrire l'existence de la douleur. Cette dernière est peut être recherchée oralement, donnant suite à une administration médicamenteuse. D'ailleurs, si on se réfère aux données du questionnaire patient, ce dernier affirme avoir été interrogé sur l'existence du « symptôme douleur » dans 89,5% des cas.

Le taux d'antalgiques administré en secteur traumatique, discordant avec la faible proportion de patients dont la douleur est évaluée peut aussi tenir au fait que le patient traumatisé soit implicitement douloureux, le mécanisme étant évident. Ainsi, l'administration d'antalgiques est plus spontanée. Cependant, certaines études ont montré que les situations présumées génératrices de douleurs ne le sont pas pour tous les patients ⁽²¹⁾. On ne peut donc pas « supposer » l'intensité de la douleur par son seul mécanisme et la représentation qu'on en a.

On peut également supposer que le diagnostic d'une douleur d'origine traumatique soit plus aisé que celui d'une douleur d'origine médico-chirurgicale. La crainte de retarder, voire de fausser un diagnostic en supprimant la douleur est certainement encore très présent dans les esprits. Ceci a particulièrement été démontré pour les douleurs abdominales. Cette attitude n'a plus lieu d'être comme l'ont montré de nombreuses études s'intéressant aux douleurs abdominales supposées chirurgicales. La diminution ou la disparition de la douleur ne réduit pas le nombre de diagnostics positifs de pathologie chirurgicale ⁽²³⁾. Notre étude n'a pas spécifiquement étudié la relation entre la localisation douloureuse et l'administration d'antalgiques.

3) Intensité de la douleur et traitement.

Bien que la douleur ne soit recherchée que chez 64,7% des patients et côtée chez seulement 50% d'entre eux, on observe une fréquence d'administration d'antalgiques proportionnelle à l'intensité douloureuse décrite par le patient, dans notre étude. En effet 1/3 des patients ayant une douleur faible reçoit un antalgique, contre 60% des ceux ayant une douleur modérée et 80% de ceux présentant une forte ou très forte douleur. On peut s'interroger sur l'absence de traitement chez des patients disant avoir une douleur forte ou très forte. Il s'agit, en ce qui concerne les douleurs très fortes, de 2 patients du secteur médical décrivant l'un une dyspnée, l'autre des vertiges! Les douleurs fortes non traitées correspondent à trois patients du secteur traumatique ayant un diagnostic de: entorse, infection péri-unguéal, fracture, et trois patients du secteur médical présentant des douleurs de l'appareil locomoteur pour deux d'entre eux, le troisième ayant un diagnostic manquant.

Parmi les paliers thérapeutiques employés, on note une prédominance des antalgiques de niveau 1 (58,1%), représentés par le paracétamol et les AINS, seuls ou en association. Ce palier 1 (défini selon la classification OMS) est dispensé dans toutes les catégories d'intensité douloureuse (dont plus de 50% des douleurs fortes et 62% des douleurs très fortes). On note une sous utilisation des morphiniques puisque seuls deux patients ayant une douleur très forte en bénéficient (25% des douleurs très fortes), en première intention. Parmi ces deux patients, un est arrivé au SAU, pris en charge par le SMUR, et donc déjà sous antalgique morphinique. Toutefois, cinq patients ont reçu de la morphine en deuxième intention, après échec d'un antalgique de niveau I. Au total, environ 6,5% des patients douloureux recevront de la morphine, soient 11,9% des patients ayant une douleur forte à très forte à l'arrivée au SAU. La limite à l'administration des antalgiques de niveau 3 en secteur traumatique est peut être liée à l'absence de coffre à stupéfiants dans l'unité.

L'étude de Guru et Dubinski ⁽¹⁸⁾, réalisée en 1997, au SAU de Toronto, montre que seulement 16% des patients ayant une douleur modérée reçoivent un antalgique, pour 2/3 des patients ayant une douleur intense. Les opiacés y sont également sous-utilisés: 31,8% des patients ayant une douleur intense en bénéficient.

Tanabe et al. ⁽¹⁴⁾, dans leur étude réalisée auprès de 203 patients (USA, Chicago), observent que 15% de patients douloureux reçoivent de la morphine, avec la répartition

suivante: 32% des patients ayant une douleur modérée à intense mais également 28,6% des patients ayant une douleur faible! Ils constatent également que la sévérité de la douleur n'influence pas son traitement: quelle que soit l'intensité douloureuse, la prescription d'antalgique est identique. La revue des dossiers médicaux montre que l'évaluation de la douleur n'est quasiment pas effectuée avec une échelle de mesure.

L'utilisation de morphine par voie intraveineuse permet pourtant, grâce à la titration, de soulager rapidement et efficacement des douleurs intenses ⁽²⁴⁾, en évitant les effets adverses. L'étude de Milojevic et al. ⁽²⁵⁾ révèle l'emploi des morphiniques comme un déterminant du succès de l'analgésie des douleurs intenses (étude réalisée dans des SAU et des SMUR des hôpitaux publics de la région parisienne). Il semble cependant que certains préjugés en limitent l'usage: crainte des dépressions respiratoires par la survenue d'hypoventilation ou de diminution des réflexes de protection des voies aériennes supérieures au cours d'analgésie-sédation. D'après les recommandations consensuelles de la SFUM ⁽⁸⁾, le rapport bénéfice/risques des morphiniques est en faveur de leur usage, dans la mesure où leur utilisation respecte les règles d'administration et de surveillance.

4- Qualité de la prise en charge thérapeutique de la douleur: nécessité d'une évaluation quantifiée.

Le bon sens et l'appui des différentes études sus-citées suffisent à comprendre que côter une douleur par une échelle de mesure permette d'adapter la prise en charge médicamenteuse au mieux à la douleur du patient (choix de la molécule, voie d'administration...)

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à observer la réalité de l'impact de l'évaluation de la douleur sur le délai d'administration des antalgiques, sur la réévaluation de la douleur après analgésie et la réadministration d'antalgiques:

	Douleur côtée	Douleur non côtée	Significativité
Administration d'antalgiques < 1h	64,50%	37,50%	p=0,032
Réévaluation de la douleur	81,20%	14,30%	p<0,0001
Réadministration d'antalgiques	43,70%	11,90%	p=0,0019

Notre étude montre donc que la cotation initiale de la douleur induit une intervention thérapeutique plus précoce, une meilleure réévaluation de la douleur après traitement, entraînant une réadministration d'antalgique, en vue d'une adaptation thérapeutique plus fréquente. Le suivi et la qualité de la prise en charge de la douleur n'en sont alors que plus performants.

Le délai d'administration d'antalgiques est un facteur important dans la qualité de la prise en charge de la douleur. Plus le patient est soulagé tôt, moins son attente sera pénible, plus les conditions d'examen seront acceptables, même si le temps d'attente avant l'arrivée du médecin ne peut être compressible. De plus, il a été démontré que le délai d'administration des antalgiques était un déterminant de l'efficacité du traitement des douleurs intenses ⁽²⁵⁾. Il existe donc un lien entre la précocité de l'analgésie et son efficacité. Dans notre étude, 74 patients ont reçu un antalgique. On a pu retrouver le délai d'administration des antalgiques chez 63 patients: 50,8% l'ont reçu en moins d'une heure, et 49,2% en plus d'une heure. L'antalgie précoce n'est réalisable, dans la plupart des cas, que si l'infirmière prend le temps et l'initiative d'évaluer la douleur et de débiter son traitement, avant l'examen médical. Cela implique l'existence d'un protocole clair et connu de tous.

IV- Prescription d'antalgiques à la sortie du service.

Dans notre étude, seule environ la moitié des patients présentant une douleur aiguë à l'arrivée au SAU reçoit une prescription d'antalgique à sa sortie. 50% des patients

retournant à leur domicile ressortent avec une ordonnance d'antalgique: 16% des patients du secteur médical et 63,9% des patients du secteur traumatique.

Les patients ayant ressenti une douleur forte (7 patients) et modérée (21 patients) depuis la sortie du service n'avaient pour respectivement 2 et 4 d'entre eux aucune prescription d'antalgique à la sortie du service. Parmi ceux ayant bénéficié d'une ordonnance (80% des patients présentant une douleur modérée et 75% de ceux présentant une douleur forte), seuls 3 ont été inobservants. Les autres patients ayant une douleur modérée à très forte malgré la remise d'une ordonnance à la sortie du service ont probablement eu une prescription inadaptée à l'intensité douloureuse.

A Nantes en 1992 ⁽¹⁾ , 56% des dossiers retrouvaient une prescription d'antalgiques pour les patients externes.

V- Satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur.

2/3 des patients sont satisfaits de la prise en charge de leur douleur (67,8% attribuent une note supérieure à 14/20), un patient sur dix est insatisfait (note < 10/20). Ces résultats sont assez discordants avec ceux concernant la fréquence de l'évaluation et le traitement de la douleur.

Plusieurs études observent cette opposition: à Nantes, en 1992, 70% des patients étaient satisfaits malgré un faible taux de patients traités

Kelly M., dans son enquête réalisée à Fooscray, en Australie ⁽²⁶⁾ , montre que la satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur n'est ni corrélée au score d'EVA à l'entrée ou à la sortie, ni corrélée à la variation de l'intensité douloureuse au cours du séjour au SAU. Ce constat est probablement le reflet de la faible attente de la part des patients concernant le soulagement de la douleur. Les autres aspects pouvant influencer la satisfaction

du patient sont la communication entre ce dernier et le soignant, l'empathie et les explications qui lui sont fournies.

VI- Point de vue du personnel soignant sur la prise en charge de la douleur.

L'ensemble des infirmières ayant participé à l'enquête affirme connaître le protocole de service concernant la prise en charge de la douleur.

Comme la législation l'impose, la mise en place d'un protocole de service sur la prise en charge de la douleur, à l'usage des médecins et infirmières, est une première étape, permettant une information claire, facilement et rapidement accessible. Au SAU de Nantes, ce protocole existe, sous différents supports: intranet, carnet de l'IDE, classeur de protocoles de service.

Il a été demandé aux infirmières d'évaluer la qualité de leur prise en charge de la douleur: 10% des réponses obtenues (5 réponses) par les infirmières d'accueil et 5% (3 réponses) de celles recueillies auprès des infirmières de salle de soins révélaient un indice de satisfaction mauvais à très mauvais. Les raisons avancées étaient liées à une charge de travail trop importante d'une part, à une difficulté d'évaluation de la douleur par le patient, discordant avec l'évaluation faite par l'infirmière d'autre part.

VII- Limites de l'étude.

Cette étude a pour objectif de réaliser une « photographie » de 24h en médecine et 24h en traumatologie de la prise en charge de la douleur au SAU de Nantes. Elle a donc pour limite de ne représenter qu'un état des lieux, un jour donné, sur une population restreinte.

La population exclue de l'étude pour les raisons citées précédemment (troubles des fonctions supérieures, ivresse aigue...) peut comprendre des patients ayant une douleur aigue, dont la prise en charge n'a pas été évaluée.

Cette étude prospective n'a pas été réalisée en aveugle, le personnel soignant ayant été informé du sujet de l'enquête et également impliqué dans l'aide apportée aux patients pour remplir le questionnaire. Ainsi, les pratiques de soins ont pu être influencées par la présence d'un observateur ce jour. De même, l'implication des étudiants en médecine, voire de certaines infirmières, dans le remplissage des « questionnaires patients » a pu orienter les réponses concernant notamment la satisfaction de ces derniers sur la prise en charge de leur douleur.

VIII- Points forts - points à améliorer.

Notre étude a montré une légère amélioration de la recherche du « symptôme douleur » et de la cotation de cette dernière en secteur médical plus particulièrement, à Nantes, depuis 1992. Les résultats retrouvent des taux de recherche et de cotation de la douleur

sensiblement plus élevés que dans la littérature. Nous gardons cependant à l'esprit les limites de cette étude concernant la faible taille de la population étudiée.

En ce qui concerne le traitement de la douleur, notre étude retrouve une administration d'antalgique dans environ 2/3 des cas, alors que la plupart des références de la littérature mentionne une prise en charge thérapeutique variant entre moins d'1/3 et moins de la moitié des situations. Notons cependant qu'à Nantes en 1992, 3/4 des patients douloureux étaient traités.

Les progrès sont surtout attendus en secteur traumatique où l'on retrouve une traçabilité de la douleur dans 37,3% des cas, sa cotation n'apparaissant que pour 20% des patients. Cette insuffisance d'évaluation, discordant avec une proportion de patients traités avoisinant les 2/3 des cas, pourrait être liée à une absence de transcription de la douleur dans les dossiers, alors que cette dernière est recherchée (81,9% des patients disent avoir été questionnée sur l'existence du « symptôme douleur »). On a cependant montré l'intérêt d'une évaluation quantifiée et reportée de la douleur sur la feuille de surveillance du patient, permettant: un traitement initial adapté à l'intensité de la douleur, une administration plus précoce des antalgiques, une réévaluation de la douleur après administration thérapeutique induisant une adaptation du traitement si nécessaire.

En revanche, l'anticipation de la douleur à la sortie du service est plus prononcée en secteur traumatique puisque près de 2/3 des patients ressortent avec une ordonnance, contre 16% des patients en secteur médical.

IX- Perspectives.

Pour une prise en charge optimale de la douleur au SAU...

1) Améliorer le support écrit.

Afin de faciliter la recherche, l'évaluation de la douleur, sa réévaluation après traitement, les feuilles d'observation médicales doivent inclure un espace réservé au report des chiffres de l'EN, notamment en ce qui concerne le secteur traumatique où la feuille de surveillance infirmière ne fait pas partie du dossier du patient consultant. Au même titre que la transcription des paramètres vitaux, la cotation de la douleur doit figurer de façon systématique et à intervalles réguliers dans un espace réservé à cet effet. La réorganisation des supports, en secteur traumatique, était en cours lors de la réalisation de l'enquête et a été mise en place depuis (annexe 10). (Dans la même période, la feuille de surveillance infirmière et la feuille d'observation médicale du secteur non traumatique ont été modifiées: annexes 11 et 12).

2) Améliorer la prise en charge des patients consultant en secteur traumatique.

Le patient consultant pour une pathologie traumatique relevant d'un accueil en consultation (par opposition à l'installation des patients, supposés plus « lourds », en salle de soins), doit obligatoirement être orienté par l'infirmière d'accueil, afin d'être analgésié si nécessaire, en attendant l'examen médical. Ce problème semble persister en cas d'affluence au SAU.

3) Faciliter l'utilisation de certains antalgiques.

Il est absolument nécessaire que l'utilisation des morphiniques en secteur traumatique soit facilitée par la mise en place d'un coffre à stupéfiants dans la salle de soins de l'unité, en facilitant ainsi l'accès aux infirmières. La demande semble être actuellement en cours.

L'utilisation de molécules telles que le Meopa° doit être développée, facilitant la réalisation de certains soins douloureux (par exemple sutures, pansements...).

L'usage plus fréquent de pompes à morphines dans certaines situations douloureuses devrait être encouragé.

4) Anticiper la douleur après la sortie.

La moitié des patients douloureux ressortent du SAU avec une prescription d'antalgiques, qu'ils soient hospitalisés ou ambulatoires. Parmi les patients ambulatoires, seuls 16% de ceux du secteur médical et 64% de ceux du secteur traumatique bénéficient d'une prescription d'antalgiques. On remarque également que les patients ayant présenté une douleur forte et très forte depuis la sortie du service avaient, pour la plupart, reçu une ordonnance.

Nous devons donc insister sur l'importance d'une prescription antalgique anticipée à la sortie du service, prescription qui doit être adaptée à l'intensité douloureuse.

5) Mise en place de programmes d'éducation.

Malgré un accès aisé et largement diffusé du protocole de service sur la prise en charge de la douleur, on constate que la réalité des pratiques s'éloigne de l'idéal théorique. La

mise en place de tels protocoles est donc un outil insuffisant à la garantie d'une prise en charge optimale de la douleur.

Plusieurs études ont montré l'intérêt de programmes d'éducation permettant une amélioration des pratiques de prise en charge de la douleur^(27, 28). Ces formations doivent, bien sûr, s'appliquer à l'ensemble du personnel soignant: infirmier, étudiants et médecins senior. Il est d'ailleurs dispensé, à chaque semestre, au SAU de Nantes, des cours spécifiquement adressés aux résidents et externes des urgences, dont un cours de 3/4h ayant pour thème « la prise en charge de la douleur ».

Jones et al.⁽²⁷⁾ ont réalisé une étude prospective en 1996, afin d'analyser l'effet d'un programme d'éducation des résidents sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'urgences. L'étude a comparé l'évolution de l'intensité douloureuse avant et après ce programme de formation de 4 heures. Le soulagement de la douleur est significativement plus important chez les patients pris en charge après la formation ($p < 0,0001$), au regard des scores d'échelle visuelle analogique à l'arrivée et à la sortie du SAU. 95% des patients estiment que le traitement analgésique a été efficace à complètement efficace, contre 56% avant le programme.

Fry et al., dans une étude menée en 2003⁽²⁸⁾, ont évalué l'effet d'une formation des infirmières sur l'utilisation du paracétamol associé à la codéine: les infirmières ont été formées afin d'initier un tel traitement selon des critères précis, permettant d'observer une amélioration significative de l'intensité de la douleur.

Aux USA⁽²⁹⁾, a été publiée en 1992, une directive sur la prise en charge de la douleur, faisant de cette dernière une priorité pour la décennie à venir. Malgré cela, la plupart des hôpitaux, un an après cette publication, n'avait ni développé de programmes de prise en charge de la douleur, ni élaboré de plan pour établir de tels programmes. The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organisation a alors imposé des mesures aux établissements de soins dont: la formation des soignants et l'évaluation des pratiques afin de mesurer les progrès réalisés.

6) Evaluation des pratiques.

Il reste à démontrer si de tels enseignements modifieraient de façon durable notre approche de la prise en charge de la douleur ou si leurs effets s'estomperaient dans le temps. La meilleure façon de pérenniser les bonnes pratiques est de réaliser des enquêtes afin d'évaluer leur application (audits) ⁽³⁰⁾. La répétition des formations, à intervalles réguliers, permettrait également d'entretenir et mettre à jour les connaissances de chacun: il faut garder à l'esprit le renouvellement fréquent des équipes médicales et paramédicales dans les services d'urgences, responsable d'un problème de diffusion de l'information, cause majeure de non-application des protocoles ⁽³⁰⁾. L'existence isolée de protocoles de service n'est probablement pas un outil suffisant à l'information et à la formation de chacun. Il permet certes d'officialiser le rôle de l'infirmière dans l'initiation du traitement antalgique, mais n'est pas, à lui seul, un vecteur efficace du savoir.

CONCLUSION

La prévalence de la douleur est élevée au SAU de Nantes.

La recherche du « symptôme douleur » est fréquente si l'on s'en réfère aux patients mais très insuffisamment transcrite.

L'évaluation systématique par une échelle validée reste encore un objectif non réalisé. Pourtant, notre étude confirme que la cotation de la douleur est significativement liée à une administration plus précoce d'antalgiques et une réévaluation plus fréquente.

Les antalgiques de niveau 3 sont trop peu utilisés en première intention et en adaptation secondaire.

La prise en charge de la douleur en secteur traumatique semble encore moins satisfaisante, bien que de nombreux patients reçoivent un traitement antalgique. L'amélioration doit porter sur de nouveaux supports pour faciliter le relevé et la surveillance de la douleur, au même titre que les paramètres vitaux et sur l'accueil systématique par l'IAO de tout patient traumatisé.

Enfin, la formation et l'information sont indispensables pour pérenniser les bonnes pratiques à évaluer par des « audits » réguliers.

La douleur n'est pas indispensable à l'établissement d'un diagnostic, elle fait partie intégrante des priorités thérapeutiques lorsqu'elle est intense.

BIBLIOGRAPHIE

1- Berthier F., le Conte P., Garrec F., Potel G., Baron D.: Analyse de la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil et d'urgence: état des lieux, étude multicentrique. Réan.Urg. 1998; 2: 328-30.

- 2- Berthier F., MD, Potel G., MD, PhD, Leconte P., MD, PhD, Touze M.D., MD, Baron D., MD.: Comparative Study of Methods of Measuring Acute Pain Intensity in an ED. *Am. J. of Emerg. Med.* 1998; 16: 132-6.
- 3- Honnart D., PH, CHU Dijon. Prise en charge de la douleur aigue aux urgences, atelier de cas concrets. FMC, oct.2002.
- 4- Ducassé J-L.. La prise en charge de la douleur aigue dans les services d'urgences en 1998. *Actualités en réanimation et urgences.* Elsevier 1999.
- 5- Saint-Maurice C., Muller A., Meynadier J.: *La douleur Diagnostic Traitement et Prévention.*, Ed. Ellipses 1995.
- 6- Queneau P., Ostermann G. *Le médecin, le malade et la douleur.* Ed. Masson.
- 7- Blettery B., Ebrahim D., Honnart D., Aube H.: Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. *Réan. Urg.* 1996; 5 (6): 691-97.
- 8- Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence. Troisième conférence de consensus en médecine d'urgence de la société francophone des urgences médicales. Créteil, avril 1993.
- 9- Circulaire DGS/DAS N°99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place des protocoles de prise en charge de la douleur aigue par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- 10- Programme National de Lutte contre la Douleur 2002-2005. DHOS/E2/janv.2004.
- 11- Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Collège national des médecins de la douleur, juin 1998.
- 12- Ravoteur J.: Evaluation et prise en charge de la douleur aigue dans le service d'accueil des urgences du CHU de Toulouse Rangueil. Etude prospective à propos de 174 cas. Thèse soutenue en septembre 1998.
- 13- Tcherny- Lessenot S., MD, Karwowski- Soulié F., RN, Lamarche- Vadel A., MD, Ginsburg C., MD, Brunet F., MD, PhD, Vidal- Trecan G., MD, PhD: Management and relief of Pain in an Emergency Department from Adult Patients' Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:539-546.
- 14- Tanabe P., RN, PhD, CCRN, and Bushmann M., RN, PhD: A prospective study of ED pain management practices and patient's perspective. *J Emerg Nurs* 1999; 25: 171-7.

- 15- Cordell W., MD, Keene K., Giles B., RN, Jones J., MD, PharmD, Jones J., MD, and Brizendine E., MS. The High Prevalence of Pain in Emergency Medical Care. *Am J Emerg Med* 2002; 20: 165-169.
- 16- Gracia S.: L'évaluation et la prise en charge de la douleur au service des urgences de l'hôpital Saint André à Bordeaux: première étape d'une démarche qualité. Thèse soutenue en octobre 2003.
- 17- Thomas S., MD MPH and Andruszkiewicz L.: Ongoing Visual Analog Score Display Improves Emergency Department Pain Care. *J Emerg Med* 2004; 26 (4): 389-94.
- 18- Guru V., Bsc, Dubinski I., Bsc, MD, CFPM(EM): The Patient Vs. Caregiver Perception of Acute Pain in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2000, 18 (1), 7-12.
- 19- Puntillo K., RN, DNSc, FAAN, Neighbor, MD, O'Neil N, RN, MS, FNP, Nixon R., RN, MS.: Accuracy of Emergency Nurses in Assessment of Patients' Pain. *Pain Manag. Nurs.*, 2003; 4: 171-175.
- 20- Ducharme J. MDCM, FRCP(c), Barber C., BScN, MBA: A Prospective Blinded Study on Emergency Pain Assessment and Therapy. *J Emerg Med* 1995, 13 (4), 571- 75.
- 21- Blank F., RN, MN, MBA, Mader T., MD, Wolfe J., MD, Keyes M., MS, RNCS, Kirschner R., MD, and Provost D., RN, MBA: Adequacy of Pain Assessment and Pain Relief and Correlation of Patient Satisfaction in 68 ED Fast-track Patients. *J Pain Sympt Man* 2003, 25 (6), 539-46.
- 22- Ducharme J. MD, CM: Acute Pain and Pain Control: State of the Art. *Ann Emerg Med*, June 2000; 35: 592-603.
- 23- Brasseur L., Chauvin M., Guilbaud G.. Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. L.. Ed Maloine.
- 24- Ducharme J., MD, PRCP(c): Emergency Pain Management: a Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) Consensus Document. *J. Emerg. Med.* 1994 (12), 855-66.
- 25- Milojevic K., Cantineau J.P., Simon L., Bataille S., Ruiz R., Coudert B., Simon N., Lambert Y., et Groupe Dassy, Paris. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Ann. Fr. Anesth. Réan.* 2001; 20: 745-51.
- 26- Kelly A.M., MBBS, McLinEd, FACEM: Patient Satisfaction with Pain management Does not Correlate with Initial or Discharge VAS Pain Score, Verbal Pain Rating at Discharge, or Change in VAS Score in the Emergency Department. *J. Emerg. Med.* 2000; 19 (3): 113-16.

27- Jones J., MD, PharmD, Faaem: Assessment of Pain Management Skill in Emergency Medicine Residents: the Role of a Pain Education Program. J Emerg Med 1999, 17 (2), 349-359.

28- Fry M., RN, ITN, BaSc, Med, Ryan J. RN, BN, Alexander N, RN, BN.: A prospective study of Nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. Accident and Emergency Nursing, 2004; 12: 136-140.

29- Rupp T., MD, Delaney K. A., MD.: Inadequate Analgesia in Emergency Medecine. Ann Emerg Med 2004; 43: 494- 503.

30- Ricard- Hibon A., PH, Belpomme V., PH, Ben Hellal A., PH, Chollet C., PH, Marty J., PH: EMC- Médecine, 2004; 1: 80-91.

<p style="text-align: center;">ENQUÊTE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AUX URGENCES DE NANTES</p>

Dossier No:

Etiquette patient:

Madame, Monsieur,

Cette enquête a pour but de recueillir des informations sur la douleur et sa prise en charge dans le service d'accueil et d'urgences du CHU de Nantes.

Les questionnaires qui vous seront remis seront recueillis et analysés par une personne étrangère au service.

Cette même personne sera à votre disposition le temps de l'enquête, afin de vous aider, si besoin, à répondre aux questions.

Nous vous remercions pour l'attention que vous accorderez à cette étude, et pour le temps que vous voudrez bien consacrer à répondre à nos questions. Votre participation nous aidera à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur dans le service des urgences.

Acceptez-vous de répondre à ces questions sur la douleur? OUI NON

Si votre réponse est positive, l'enquête se déroulera de la manière suivante:

- Un premier questionnaire sera à remplir lors de votre passage aux urgences et devra nous être remis, à votre sortie du service.
- Un second questionnaire vous sera remis à votre sortie, vos réponses seront recueillies 3 jours plus tard par téléphone.

Vous restez libre de suspendre votre participation à l'enquête à tout moment.

ANNEXE 6

**QUESTIONNAIRE A REMPLIR DANS LE SERVICE DES URGENCES
ET A REMETTRE LORS DE VOTRE SORTIE**

A VOTRE ARRIVEE DANS LE SERVICE:

1) Aviez- vous mal à votre arrivée aux urgences: OUI NON

12) La douleur que vous ressentiez était :
absente faible modérée forte très forte

13) La douleur était présente:
en permanence
par crise
en permanence avec des crises

14) Vous a-t-on demandé si vous aviez mal? OUI NON

15) Avez-vous reçu des calmants: OUI NON

16) Si OUI, avez- vous été soulagé: OUI partiellement NON

AU COURS DE VOTRE PRISE EN CHARGE (dans une salle de soins):

17) Vous a-t-on demandé si vous aviez mal :
à votre arrivée dans la salle de soins: OUI NON
régulièrement ensuite: OUI NON

18) Avez- vous mal à votre arrivée dans la salle de soins: OUI NON

19) Si OUI, la douleur que vous ressentiez était:
faible modérée forte très forte

20) Avez- vous reçu des calmants régulièrement sans le demander? OUI NON

21) Si OUI, par quelle voie: orale intra-veineuse intra-musculaire
autre : précisez:

22) Avez- vous réclamé des calmants? OUI NON

23) Si OUI, au bout de combien de temps les avez- vous obtenus?
moins de 5 min entre 5 et 15 min entre 15 et 30 min
entre 30min et 1h plus d' 1h

24) Vous a-t-on demandé si vous étiez suffisamment soulagé par le calmant?
OUI NON

25) Le calmant a-t-il été donné:
au début des soins (avant l'examen par le médecin, la radio, le pansement, le plâtre...)? OUI NON
pendant les soins: OUI NON

26) Le(s) calmant(s) a(ont)-t-il (s)été efficace(s)?
OUI partiellement NON

27) Si OUI, la douleur est-elle « réapparue » ensuite? OUI NON

28) Si OUI, avez- vous reçu d'autres calmants? OUI NON

29) Avez-vous bénéficié d'une pompe à morphine? OUI NON

SI NON, passez directement à la question 36 .

Si OUI:

30) Vous en a-t-on expliqué les principes? OUI NON

31) Vous a-t-on recommandé d'actionner la pompe avant les soins? OUI NON

32) L'utilisation de la pompe vous a-t-elle aidé à gérer votre douleur? OUI NON

33) Avez-vous ressenti des effets indésirables lorsque vous avez actionné la pompe?
OUI NON

34) SI OUI, lesquels?

35) Les bénéfices de la pompe sont-ils, à votre avis, supérieurs à ses inconvénients?
OUI NON

36) Pensez-vous que le maximum ait été fait pour éviter que vous ayez mal lors des examens
et des soins? D'accord plutôt d'accord pas du tout d'accord

37) Pouvez-vous situer la douleur que vous avez peut-être ressentie aux moments suivants?

a) prise de sang:

absente faible modérée forte très forte

Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON

Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON

b) bilan gazeux artériel:

absente faible modérée forte très forte

Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON

Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON

c) ponction lombaire:

absente faible modérée forte très forte

Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON

Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON

d) ponction d'ascite:

absente faible modérée forte très forte

Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON

Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON

e) ponction pleurale:

absente faible modérée forte très forte

Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON

Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON

f) sondage urinaire:

- absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- g) confection de plâtre:
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- h) pansement:
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- i) suture:
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- j) radio:
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- k) brancardage:
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- l) lors des mobilisations (déshabillage, examen clinique...)
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON
- m) autre: précisez:
 absente faible modérée forte très forte
 Si douleur présente, indiquez si vous avez reçu un calmant: OUI NON
 Si OUI, avez-vous été soulagé: OUI NON

38) Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur au cours des dernières 24 heures?

OUI en partie pas du tout

39) Pouvez-vous exprimer votre degré de satisfaction **de la prise en charge de votre douleur** par une note sur 20, comprise entre 0 et 20:

40) Voici une échelle de douleur comprise entre 0 (pas de douleur) et 10 (douleur maximale imaginable):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

a) Pouvez-vous cocher sur cette échelle la douleur la plus faible et la douleur la plus forte que vous ayez ressentie au cours de votre passage aux urgences?

b) Vous a-t-on interrogé à l'aide d'une échelle de nombres de ce type au cours de votre séjour aux urgences? OUI NON

c) Si OUI, à quelle fréquence:

rarement

régulièrement

très souvent

41) Quelles suggestions pouvez- vous faire aujourd'hui pour améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences?

A VOTRE SORTIE DES URGENCES

42) Ressentez-vous une douleur? OUI

NON

43) Si OUI, elle est:

absente

faible

modérée

forte

très forte

44) Avez-vous une ordonnance d'antalgiques à votre sortie? OUI

NON

PARTIE RESERVEE A L'ENQUETEUR

45) Orientation : externe

hospitalisé

46) Diagnostic de sortie:

QUESTIONNAIRE IDE

ANNEXE 7

Dossier No:

Etiquette patient:

	IDE 1 (accueil)	IDE 2 (file d'attente)	IDE 3 et 4 (box)	
1) Depuis quand êtes-vous IDE?				
2) Depuis quand êtes-vous dans le service?				
3) Connaissez-vous le protocole « antalgiques »?				
OUI				
NON				
4) Si OUI, comment accédez-vous à ce protocole?				
classeur				
intranet				
carnet de l'IDE				
5)Évaluation de votre charge de travail:				
faible				
modérée				
importante				
très importante				
écrasante				
6) Indice de satisfaction sur la prise en charge de la douleur				
très bon				
bon				
mauvais				
très mauvais				
7)Si mauvais ou très mauvais, pourquoi?				
charge de travail importante				
discordance évaluation patient/évaluation IDE				
médecin indisponible				
autre: précisez:				

1) Depuis quand êtes-vous IDE?

2) Depuis quand êtes-vous dans le service?

3) Connaissez-vous le protocole « antalgiques »?

OUI

NON

4) Si OUI, comment accédez-vous à ce protocole?

classeur

intranet

carnet de l'IDE

5) Evaluation de votre charge de travail:

faible

modérée

importante

très importante

écrasante

6) Indice de satisfaction sur la prise en charge de la douleur:

très mauvais

mauvais

bon

très bon

7) Si mauvais ou très mauvais, pourquoi?

charge de travail importante

médecin indisponible

autre : précisez:

QUESTIONNAIRE DOSSIER

ANNEXE 8

Dossier No:

Etiquette patient:

Cadre réservé à l'enquêteur



10) Si réponse inadaptée (patient non calmé):

- ttt chirurgical
- pas de demande du patient
- ttt inadapté
- pas de suivi du protocole

11) Cotation de la douleur, à quelle fréquence?

très rapprochée (10 à 15 min)

horaire

toutes les 4 heures

toutes les 8 heures

12) Nombre d'évaluations pendant les 2 premières heures sur nombre d'évaluations totales:

ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AUX URGENCES DE NANTES
--

ANNEXE 9

Dossier No:

Etiquette patient:

Vous avez répondu à un premier questionnaire concernant la prise en charge de votre douleur lors de votre passage aux urgences du CHU de Nantes.

Au 3e jour suivant votre sortie, nous vous recontacterons par téléphone, avec votre accord, afin de recueillir vos réponses aux questions ci-dessous.

Au cours de votre passage aux urgences (de l'arrivée à l'accueil, à la sortie du service):

1) La ou les douleurs que vous avez ressenties ont été: (plusieurs choix possibles)
absente faible modérée forte très forte

2) La prise en charge de la douleur a été:
absente peu efficace efficace très efficace

Depuis votre sortie:

3) Les douleurs ont été:
absentes faibles modérées fortes très fortes

4) Vous a-t-on prescrit des antalgiques (médicaments contre la douleur) à votre sortie du service: OUI NON

5) Avez-vous pris les antalgiques prescrits à votre sortie? OUI NON
Si non: pourquoi?

6) Avez-vous « reconsulté » un médecin pour les douleurs? OUI NON
Si OUI, que vous a-t-il prescrit?

--

Si vous acceptez d'être recontacté au 3e jour après votre sortie, donnez-nous une plage horaire pendant laquelle nous pourrions vous appeler:
Votre numéro de téléphone:

NOM: **MARIN**
PRENOM: **Clarisse**

Titre de la Thèse: **Prise en charge de la douleur aiguë en 2004 au Service d'Accueil et d'Urgences du CHU de Nantes: enquête prospective un jour donné.**

RESUME

Nous avons réalisé une étude prospective sur deux périodes de 24 heures dans le Service d'Accueil et d'Urgence (SAD) du CHU de Nantes, en secteur médico-chirurgical non traumatique (SM) et en secteur traumatique (ST). Cette étude a pour but d'évaluer la qualité de la prise en charge de la douleur aiguë au SAU. Les critères étudiés sont la prise en compte de la douleur, la fréquence de sa cotation, les traitements et les délais dans lesquels ils sont administrés, la réévaluation de la douleur après l'analgésie et l'adaptation thérapeutique, la prescription d'antalgiques à la sortie du service. Les secteurs médicaux et traumatiques sont analysés conjointement et séparément.

La douleur est fréquente au SAU. Elle est mieux transcrite et côtée en secteur médical qu'en secteur traumatique, cependant, la proportion de patients recevant un traitement antalgique est identique dans les deux secteurs. Les antalgiques de palier 1 sont les plus utilisés quelle que soit l'intensité douloureuse, l'usage des morphiniques reste marginal. Tous secteurs confondus, les patients dont la douleur a été côtée initialement, sont plus rapidement traités, plus fréquemment réévalués et bénéficient plus souvent d'une prescription antalgique de deuxième intention en vue d'une adaptation thérapeutique. La prescription d'antalgiques à la sortie du service pour les patients ambulatoires est assez courante en secteur traumatique, peu effectuée en secteur médical. Cette prescription semble peu adaptée à l'intensité douloureuse. L'indice de satisfaction des patients est bon, traduisant une réelle préoccupation du personnel soignant, bien que la transcription et la cotation de la douleur soient insuffisantes.

MOTS-CLES

Douleur- Urgences Oligoanalgésie- Evaluation- Antalgiques