

UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2014

THESE N°: 54

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE
CHEZ LES SUJETS AGES AUX URGENCES DE L'HMIM V – RABAT
(ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 49 CAS)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr. Zakaria ABIDE

Né le 17 Avril 1988 à Salé

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Douleur – Aigue – Urgence – Personne âgée.

JURY

Mr. S. SIAH Professeur d'Anesthésie Réanimation	PRESIDENT
Mr. L. BELYAMANI Professeur d'Anesthésie Réanimation	RAPPORTEUR
Mr. K. ABOUELALAA Professeur d'Anesthésie Réanimation	} JUGES
Mr. Z. BELKHADIR Professeur d'Anesthésie Réanimation	
Mr. M. BENSGHIR Professeur d'Anesthésie Réanimation	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ اللَّهُ عِلْمٌ لَنَا
إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ
الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013	: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen	: Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes	Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Jamal TAOUFIK

Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENS Aid Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie



Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
 Pr. CHAHED OUZZANI Houria
 Pr. EL YAACOUBI Moradh
 Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
 Pr. LACHKAR Hassan
 Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Médecine Interne
 Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
 Pr. DAFIRI Rachida
 Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
 Radiologie
 Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
 Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
 Pr. CHAD Bouziane
 Pr. CHKOFF Rachid
 Pr. HACHIM Mohammed*
 Pr. KHARBACH Aïcha
 Pr. MANSOURI Fatima
 Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
 Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
 Cardiologie
 Pathologie Chirurgicale
 Pathologie Chirurgicale
 Médecine-Interne
 Gynécologie -Obstétrique
 Anatomie-Pathologique
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
 Pr. AZZOUZI Abderrahim
 Pr. BAYAHIA Rabéa
 Pr. BELKOUCHI Abdelkader
 Pr. BENABDELLAH Chahrazad
 Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
 Pr. BENSOUDA Yahia
 Pr. BERRAHO Amina
 Pr. BEZZAD Rachid
 Pr. CHABRAOUI Layachi
 Pr. CHERRAH Yahia
 Pr. CHOKAIRI Omar
 Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
 Pr. KHATTAB Mohamed
 Pr. SOULAYMANI Rachida
 Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Chirurgie Générale
 Pharmacie galénique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Biochimie et Chimie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Pharmacologie
 Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
 Pr. BENSOUDA Adil
 Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
 Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
 Pr. CHRAIBI Chafiq
 Pr. DAOUDI Rajae
 Pr. DEHAYNI Mohamed*
 Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Neurochirurgie



Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI Taibi Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale



Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. MANSOURI Aziz*
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie
Urologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie



Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufous
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BENYOUSSEF Khalil
Pr. BERRADA Rachid
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie



Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL BARNOUSSI Leila
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloiihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*

Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie



Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Noureddine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila

Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disposition)
Pédiatrie



Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*

Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation



Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GANA Rachid
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhousain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
Pr. MOUTAJ Redouane *
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Neuro chirurgie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Anesthésier réanimation
Parasitologie
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale



Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMAHZOUNE Brahim*
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. AZENDOUR Hicham*
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KADI Said *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADÉ Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. ZOUHAIR Said*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Traumatologie orthopédique
Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie
Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique



Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSAGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjoub
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHEIF EL KETTANI Mohamed Ali

Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-ENTROLOGIE
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation



Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERREGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHANIMI Zineb
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 13/02/2014 par le
Service des Ressources Humaines*





DEDICACES





A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A

FEU SA MAJESTE LE ROI

HASSAN II



Que Dieu ait son âme dans son Saint Paradis

A

*SA MAJESTÉ LE ROI
MOHAMED VI*



*Chef suprême et chef d'état major général
des Forces Armées Royales.
Qu'Allah le glorifie et préserve son royaume*

A
SON ALTESSE ROYALE LE PRINCE
HERITIER
MOULAY EL HASSAN



Que Dieu le garde

A TOUTE LA FAMILLE ROYALE



A Monsieur le Médecin Général de Brigade

AHMED MOUEDENE :

Professeur De Traumatologie Orthopédie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Colonel Major

DIMOU M'BAREK :

Professeur d'Anesthésie Réanimation.

Directeur de l'HMIMV –Rabat.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération

Monsieur le Médecin Colonel Major

Abdelkarim MAHMOUDI

Professeur de Réanimation.

Directeur de L'Hôpital Militaire de Meknès.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Colonel Major

Hassan ISMAILI

Professeur de traumatologie orthopédie

Directeur de L'Hôpital Militaire de Marrakech.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Colonel Major

HDA ABDELHAMID

Professeur de Cardiologie.

Directeur de l'E. R. S. S. M et de L'E. R. M. I. M.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Lieutenant Colonel

Abdelaziz BOUSNANE

Commandant du groupement de formation et d'instruction

A decorative border with a repeating geometric pattern of diamonds and circles, framing the text.

A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragée

Je dédie cette thèse.

A mon très cher père

Ce modeste travail est le fruit de tout sacrifice déployé pour notre éducation.

Vous avez toujours souhaité le meilleur pour nous.

Vous avez fournis beaucoup d'efforts aussi bien physiques et moraux à notre égard.

Vous n'avez jamais cessé de nous encourager et de prier pour nous.

C'est grâce à vos percepts que nous avons appris à compter sur nous-mêmes.

Vous méritez sans conteste qu'on vous décerne le prix «Père Exemplaire».

Père : je t'aime et j'implore le tout puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une vie heureuse.

A ma très chère mère

Affable, honorable, aimable : tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple de dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A ma très chère sœur Fatima et ses enfants Soukaina et Adam

Ta préoccupation était toujours celle d'une grande sœur.

Merci ma très chère sœur pour ton affection! Merci pour ta présence physique et morale à chaque fois que j'en avais besoin!

Je prie dieu le tout puissant pour qu'il te donne bonheur et prospérité.

Je vous aime.



A mon très cher frère Amine, son épouse Imane

L'amour que je te porte cher frère est sans égal, tes conseils et ton amour m'ont soutenu tout au long de mes études, et tes encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort.

Mon ange gardien et mon fidèle compagnon dans les moments les plus délicats de cette vie mystérieuse.

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A Mon Petit Frère ALI :

Tous les mots ne sauraient exprimer mon amour et mon affection pour toi. Je prie Dieu, le tout puissant de t'accorder santé, bonheur et succès.

Je prie Dieu pour nous garder, à jamais, unis en pleine santé, joie et prospérité.

A ma sœur Fatima

Tu as toujours été là pour moi, à partager les moments les plus difficiles, mais aussi les plus joyeux. Je te dédie ce travail, en guise de reconnaissance de ton amour, de ta compréhension et de ta générosité.

A ma tante Nadia et ses enfants

J'ai toujours senti que vous êtes ma deuxième famille que j'aime et je respecte.

Je vous remercie pour tous ce que vous m'avez apportés.

A ma grande mère,

Mon oncle et frère Simohamed Bettache et sa petite famille

Mon oncle hassan et son épouse zohra

Mes tantes et oncles

Mes cousins et cousines

A Tous les Membres de ma famille

Votre soutien, votre amour et vos encouragements ont été pour moi d'un grand réconfort.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon amour et mon affection indéfectible.

Qu'ALLAH vous protège et vous accorde santé, Bonheur et prospérité.

A Dr. Anass ELBOUTI

Merci pour l'aide apportée et le soutien.

A tous mes amis et amies

*Mehdi, abderafia, zakaria, mehdi, hicham, sehar, amine (binome), ilyass, simo,
ayman, issam, nawfal, hamza*

Ghita, fati flow, soukaina, loubna, jihane

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la
plus sincère.*



REMERCIEMENTS



A notre maître et président de thèse

Monsieur le professeur SAMIR SIAH

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Chef du service de C.P.R et des Brulés de l'HMIMV de Rabat

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le professeur LAHCEN BELYAMANI

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Chef du service des urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV de Rabat

Nous avons eu le privilège de travailler parmi votre équipe et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur KHALIL ABOUELALAA

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les membres de
notre jury.*

*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos qualités
d'enseignant et votre compétence.*

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur ZAKARIA BELKHADIR

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur MUSTAPHA BENSGHIR

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de
siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veillez accepter ce travail maître, en gage de notre grand respect et
notre profonde reconnaissance.*



*LISTE
DES ILLUSTRATIONS*



Liste des abréviations :

AINS	: Anti inflammatoire non stéroïdien.
ATCD	: Antécédent
BPCO	: Broncho-pneumopathie chronique obstructive.
ECPA	: Echelle comportementale de la personne âgée
EVA	: Echelle visuelle analogique
FDR	: Facteur de risque
HMIMV	: Hôpital militaire d'instruction Mohamed V
HTA	: Hypertension artérielle
IASP	: International Association for the Study of Pain
IM	: Intramusculaire
IV	: Intraveineuse
OMS	: Organisation mondiale de la santé.
PA	: Personne âgée
PEC	: Prise en charge

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des malades selon l'âge.

Figure 2 : Répartition des malades selon le sexe.

Figure 3 : Répartition des malades selon la présence d'au moins un facteur de risque.

Figure 4 : Répartition des patients communicants ou pas

Figure 5 : Répartition des malades selon la localisation de la douleur.

Figure 6 : Médication antérieure.

Figure 7 : EVA concernant le groupe des patients communicants avant soins.

Figure 8 : Evaluation des patients non communicants et communicants selon ECPA avant soins.

Figure 9 : Répartition des malades selon les moyens non médicamenteux associées

Figure 10 : traitement analgésique administré aux urgences

Figure 11 : Voies d'administration.

Figure 12 : EVA après p.e.c analgésique initiale

Figure 13 : Evaluation des patients non communicants et communicants selon ECPA après soins.

Figure 14 : Devenir des patients

Figure 15 : Ordonnance de sortie

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population.

Tableau 2 : Facteurs De Risque.

Tableau 3 : Caractéristiques de la douleur.

Tableau 4 : Caractéristiques de la Prise en Charge Analgésique aux Urgences.

Tableau 5 : Caractéristiques de la douleur devenir et ordonnance de sortie après p.e.c initiale.

Tableau 6 : Comparaison entre caractère sujet communicant (oui-non) et les variables : âge, sexe et ECPA (échelle comportementale de la douleur chez le sujet âgé).

Tableau 7 : comparaison entre les niveaux d'intensité de la douleur mesurée par l'EVA et l'ECPA pour les sujets communicants



SOMMAIRE



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
Matériels	5
A.Aperçus sur le service	5
B.Nombre de malade	5
C.Critères d’inclusion	5
D.Critères d’exclusion	5
Méthode d’étude	6
A.Type d’étude	6
B.Evaluation des patients	6
C.Analyse statistiques	8
RESULTATS	9
Statistiques Descriptives concernant la P.E.C de la douleur aigue chez la personne âgée au service des urgences de l’HMIMV Rabat	10
A.Les données d’ordre sociodémographiques	11
1) Age	12
2) SEXE	13
3) Facteurs de risque	14
4) Patient communicant ou pas	16
B.Caractéristiques de la douleur	17

1) La localisation de la douleur	18
2) Médication antérieure	19
3) L'intensité de la douleur à l'admission	20
❖ Evaluation par EVA	20
❖ Evaluation par ECPA	21
C.Prise en charge de la douleur	22
1) Prise en charge analgésique aux urgences	22
2) Prise en charge analgésique post P.E.C initiale aux urgences	26
Statistiques Analytiques concernant la P.E.C de la douleur aigue chez la personne âgée au service des urgences de l'HMIMV Rabat	31
DISCUSSION	34
A. Epidémiologie	36
1) Age	36
2) Sexe	36
B.Evaluation de la douleur en urgence chez le sujet âgé	38
1) Intérêt	38
2) Outils	39
3) Défis de l'évaluation	41
C.Prise en charge thérapeutique	42
1) La médication antérieure	42

2) La prise en charge intra-hospitalière	42
3) Prescriptions post prise en charge intra-hospitalière	44
1. Traitements médicamenteux	45
1-1- Le paracétamol (niveau I de l’OMS)	45
1-2- AINS (niveau I de l’OMS)	45
1-3- Codéine (niveau II de l’OMS)	46
1-4- Tramadol (niveau II de l’OMS)	46
1-5- La morphine (Niveau III de l’OMS)	47
1-6- Les antispasmodiques	48
1-7- Associations	48
2- Traitements non médicamenteux	50
2-1- Moyens physiques	50
2-2- Approche psychologique	50
CONCLUSION	51
ANNEXES	53
RESUME	58
BIBLIOGRAPHIE	62



INTRODUCTION



La douleur est définie par l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en ces termes. »(1)

Cette expérience est entièrement subjective et personnelle. Il n'y a jamais deux douleurs exactement semblables, et cela pour le même sujet, à différents moments de son existence. (1)

Sur le plan épidémiologique, les sujets âgés constituent dans les pays développés la population qui augmente le plus rapidement. (2)

Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation de la fréquentation des structures de soins par des patients parfois très âgés. (2)

L'admission de ces personnes âgées aux services des urgences est une part de plus en plus importante de leur activité (3), et même une préoccupation quotidienne. (3)

La douleur de la personne âgée, outre sa grande prévalence, comporte des particularités qu'il convient de connaître. Cela est vrai à toutes les étapes de la prise en charge : Dépistage, démarche étiologique, expression, évaluation et traitements de la douleur. (4)

Il faut bien reconnaître que la littérature est particulièrement pauvre concernant l'analgésie du patient âgé. De nombreux travaux ont justement permis de dénoncer la sous-évaluation de la douleur aiguë ou chronique et la sous utilisation des analgésiques. (2)

Ainsi Les objectifs de ce travail sont :

- Comment évaluer la douleur chez les patients âgés ?
- Quelles sont les spécificités de la prise en charge de la douleur chez ces patients ?
- Et quelles sont les solutions de traitements ?



*MATERIELS
ET METHODES*



Matériels :

A. Aperçus sur le service :

Le service des urgences de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V assure l'accueil de toutes les urgences médico-chirurgicales, et il est constitué de cinq secteurs :

- L'accueil
- Une salle d'observation
- Une salle de soins
- Une salle de déchoquage
- Une unité de réanimation

B. Nombre de malade :

Cette étude a été réalisée auprès de 49 malades admis aux urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV Rabat sur une période de deux mois et demi du 19 juin 2013 au 30 août 2013 au cours des jours de gardes.

C. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- Toute personne âgée de 65ans et plus souffrant d'une douleur aigue
- Quel que soit le sexe et l'état de conscience du malade

D. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- Les patients ayant une douleur chronique

Méthode d'étude :

A. Type d'étude :

Notre travail s'inscrit dans le cadre des études transversales qui cherchent à évaluer les pratiques médicales.

Nous avons réalisé une étude prospective ayant comme objectif : L'évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez la personne âgée au service des urgences médico-chirurgicales d'un hôpital universitaire (HMIMV Rabat).

L'aval du comité d'éthique n'a pas été nécessaire, vu le caractère strictement observationnel de l'étude.

B. Evaluation des patients :

Le diagnostic de la douleur aiguë a été posé selon un critère chronologique correspondant à la durée de l'apparition du symptôme pour la première fois, et qui est inférieure à 06 heures selon la définition de l'OMS.

L'enregistrement des patients se faisait au fur et à mesure de leur admission au service des urgences.

L'évaluation a été faite grâce à une fiche d'exploitation préétablie (Annexe 1) qui a permis de recueillir les données suivantes:

- ✓ Des données d'ordre sociodémographiques (le sexe, l'âge, les antécédents, le contact (communicant ou non)).
- ✓ La notion de prise médicamenteuse antalgique pré-consultation aux urgences.
- ✓ Données liées aux caractéristiques de la douleur (l'intensité et la localisation de la douleur).

- ✓ les données de prise en charge au service (analgésie, évaluation après PEC, devenir et traitement antalgique de sortie).
- ✓ La localisation à été définie en 4 grandes régions anatomiques :
 - 1-tête et cou,
 - 2- thorax,
 - 3- abdomen et pelvis,
 - 4- membres
- ✓ L'évaluation de la douleur chez les sujets communicants se faisait essentiellement au moyen de l'échelle visuelle analogique(EVA): --
 - Faible < 30
 - 30 < Modérée < 60
 - Forte à insupportable \geq 60.
- ✓ L'évaluation de la douleur chez les sujets non communicants strictement au moyen de l'échelle ECPA (évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée) variant de : 0(absence de douleur) à 32(douleur totale).
- ✓ Les moyens thérapeutiques utilisés ont été classés en:
 - Moyens médicamenteux comprenant :
 - Les Co-analgésiques (tel que le phloroglucinol et les myorelaxants)
 - Les antalgiques (palier 1, palier 2, palier 3)
 - Et des moyens non médicamenteux.

C. Analyse statistiques :

L'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS pour Windows, version 13(SPSS, Inc. Chicago, IL, USA).

Les résultats ont été exprimés en effectifs (pourcentages) pour les variables qualitatives et en moyenne +/- écarts type et médiane et quartiles pour les variables quantitatives.

La normalité de distribution des variables quantitatives à été vérifiée par l'histogramme de gauss et le test de normalité de KOLMOGOROV-SMIRNOV.

Les résultats ont été rapportés tous sur des tableaux et des diagrammes.



RESULTATS



Statistiques Descriptives concernant la
P.E.C de la douleur aigue chez la
personne âgée au service des urgences
de l'HMIMV Rabat

A. Les données d'ordre sociodémographiques :

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population.

<i>Caractéristique</i>	<i>Valeur</i>
Sexe N(%)	
Masculin	29(59,2)
Féminin	20(40,8)
Age (année)	70,9± 4,7
Présence d'au moins un ATCD N(%)	
Oui	31(63,3)
Non	18(36,7)
Patient Communicant	
Oui	39(79,6)
Non	10(20,4)

Les valeurs sont exprimées en moyenne+/-écart-type et effectif (pourcentage) ;

Test de normalité de distribution K-S pour l'âge : $p= 0,297 > 0,05$ avec une Distribution Gaussienne à l'histogramme donc la distribution est symétrique.

1) Age :

■ L'âge moyen était de 70,9+/- 4,7 ans, avec des extrêmes variant de 65 ans et 82 ans (fig 1).

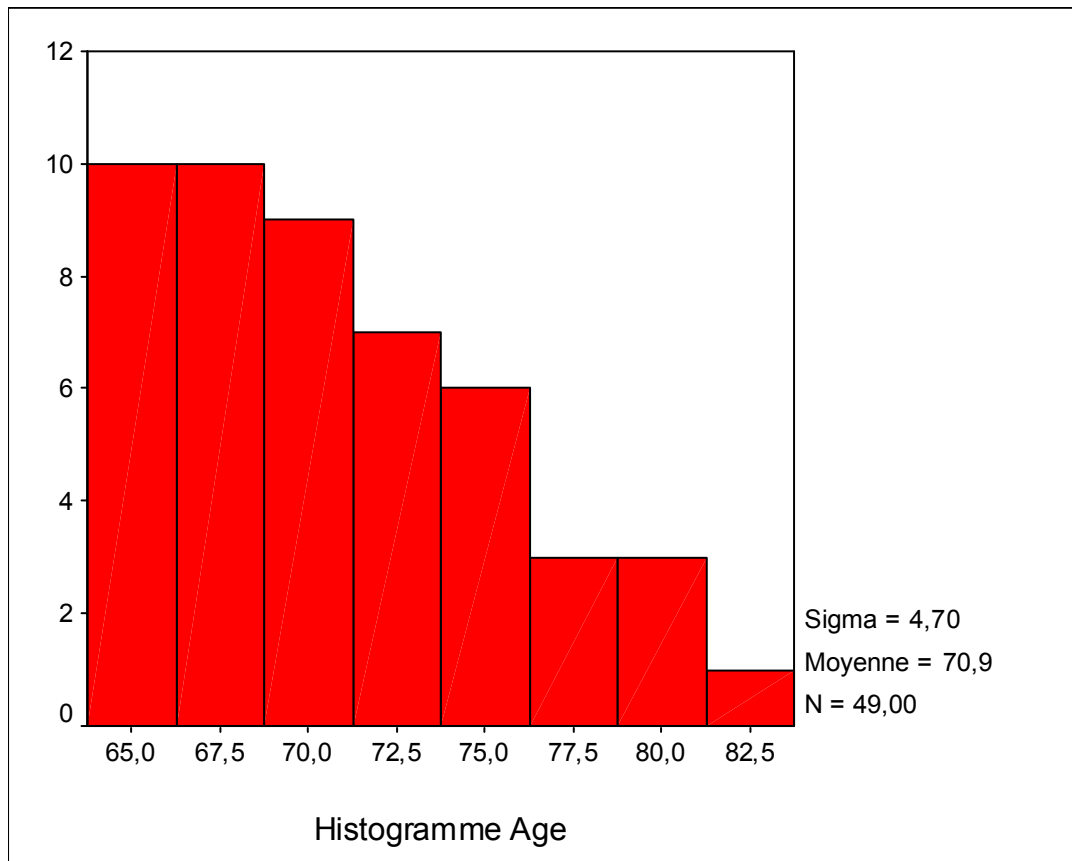


Figure 1:Répartition des malades selon l'âge.

2) SEXE :

Sur 49 malades, 20 patients sont de sexe féminin (40,8%), contre 29 patients de sexe masculin (59,2%), avec un sex-ratio de 1,45 (Fig 2).

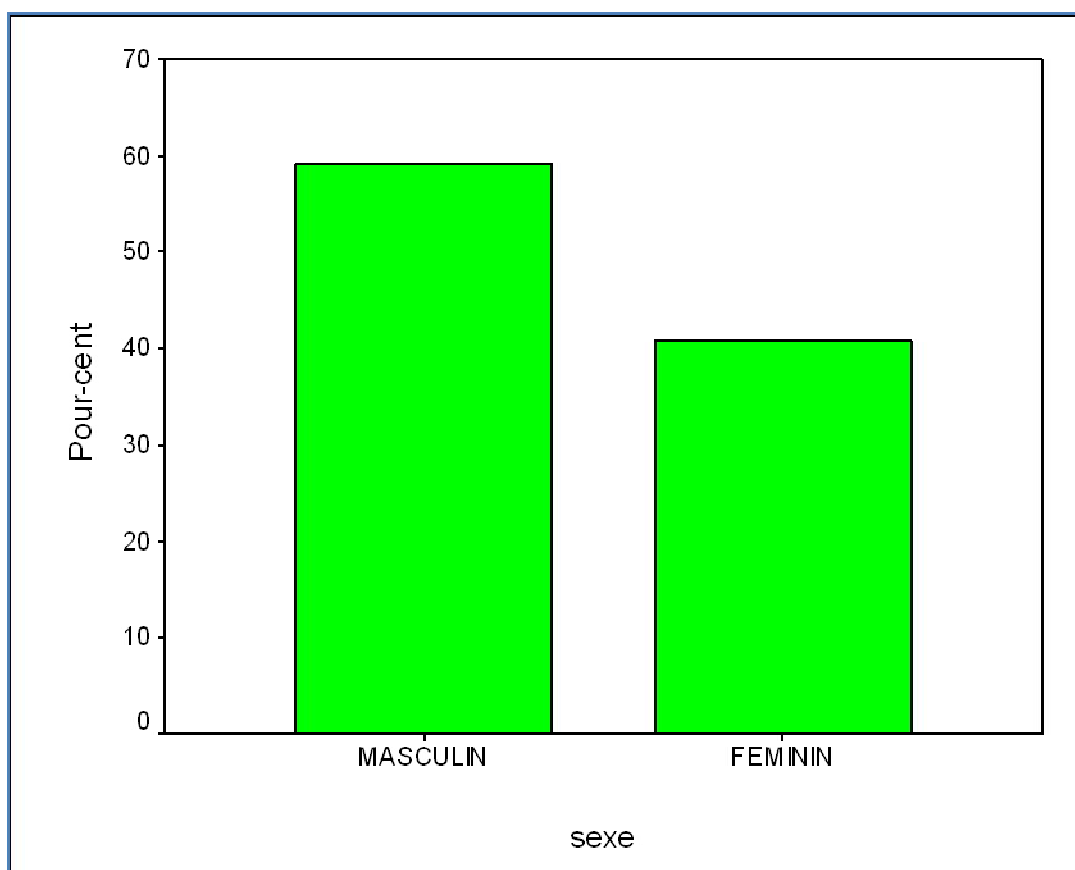


Figure 2:Répartition des malades selon le sexe.

3) Facteurs de risque :

Selon le graphe ci-dessous, on constate la présence d'au moins un facteur de risque chez 63,3% des patients consultant pour une douleur aiguë (fig 3).

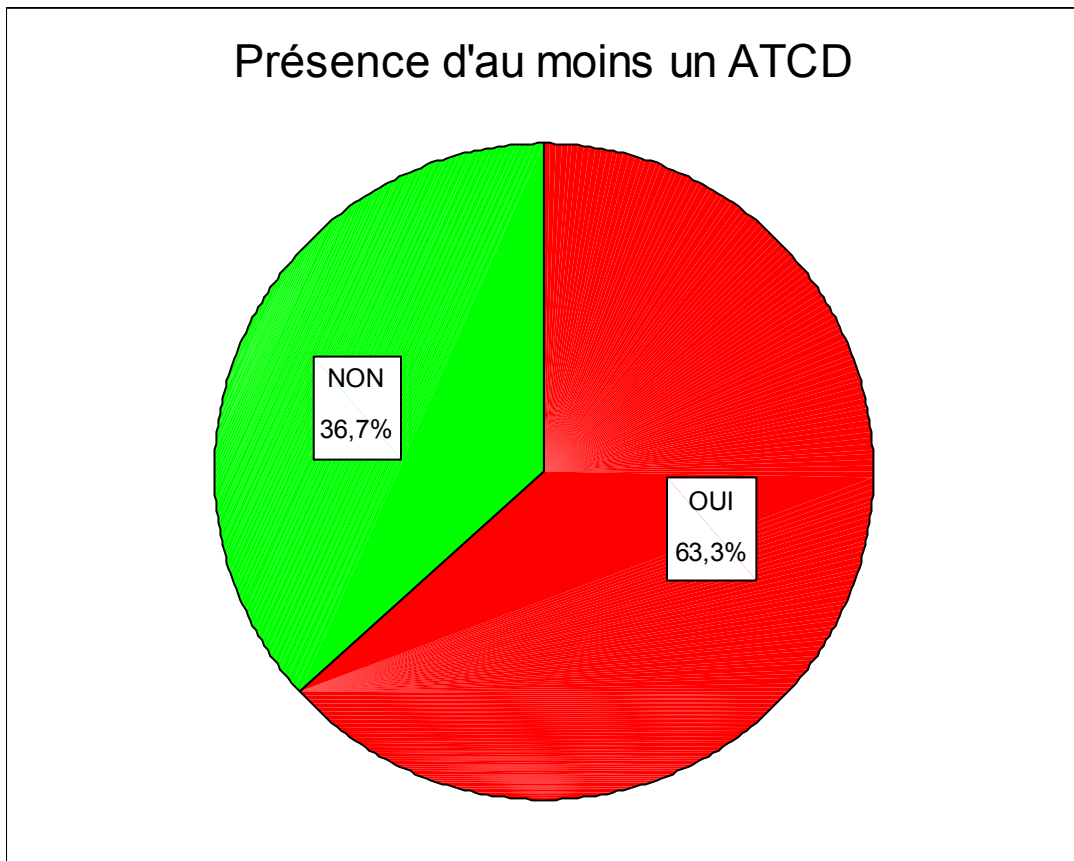


Figure 3: Répartition des malades selon la présence d'au moins un facteur de risque.

Tableau 2: Facteurs De Risque.

<u>Caractéristiques</u>	<u>Valeur</u>
Présence d'au moins un FDR N(%)	
Oui	31 (63,3%)
Non	18(36,7%)
HTA N(%)	
Oui	9(18,36%)
Non	40(81,63%)
Diabète N(%)	
Oui	9(18,36%)
Non	40(81,63%)
Insuffisance coronaire N(%)	
Oui	6(12,24%)
Non	43(87,76%)
BPCO N(%)	
Oui	0(0%)
Non	49(100%)

■ On note que le Diabète et l'hypertension artérielle sont les deux facteurs de risque les plus fréquents dans cette série, et représentent respectivement les valeurs suivantes : 18,36% et 18,36%.

■ Alors que 12,24% des patients sont des Insuffisant coronarien et 0% avaient un BPCO.

4) Patient communicant ou pas :

On note que 79,6% des personnes âgées ont été communicant alors que 20,4% ne l'étaient pas (fig 4).

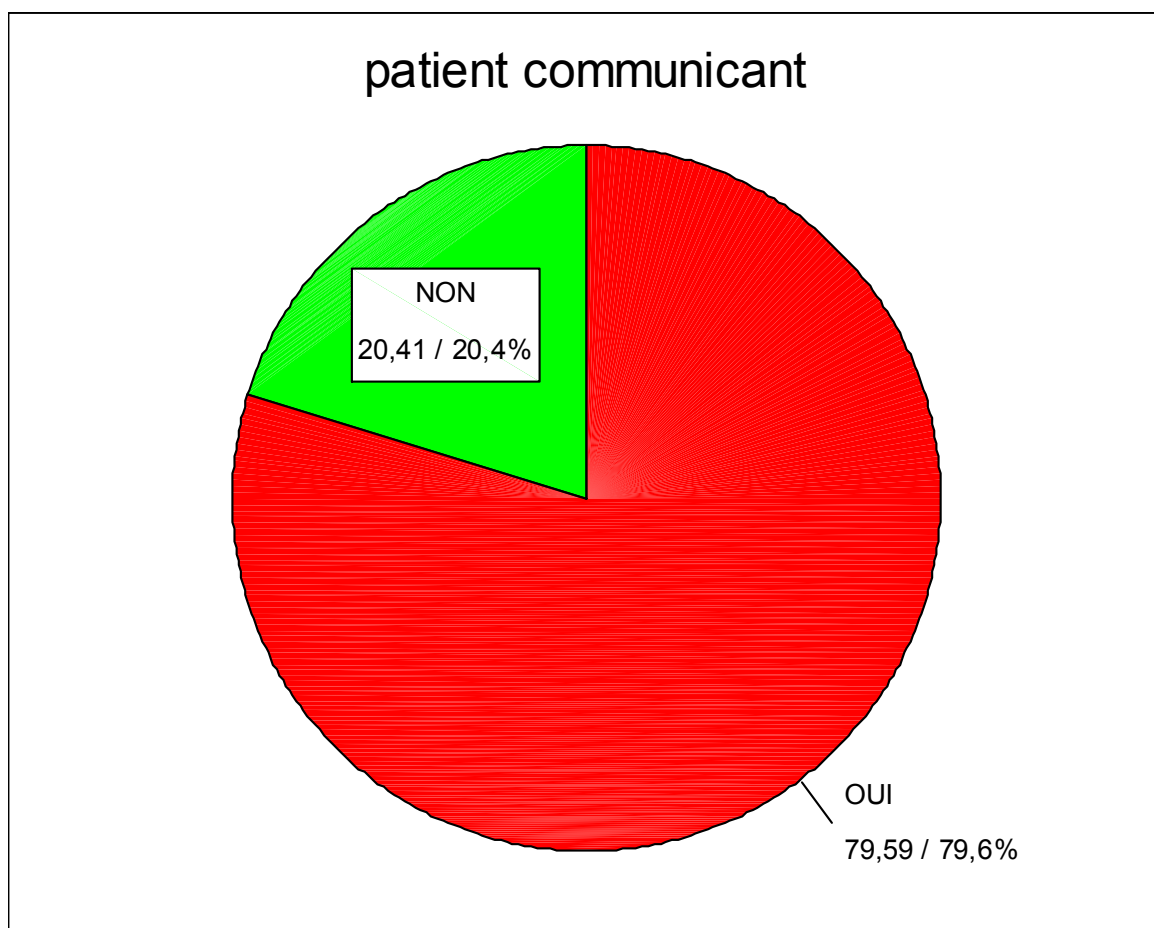


Figure 4: Répartition des patients communicants ou pas

B. Caractéristiques de la douleur :

Tableau 3. Caractéristiques de la douleur.

<i>Caractéristique</i>	<i>Valeur</i>
Localisation N(%)	
Tête et cou	03(6,1)
Thorax	10(20,4)
Abdomen-Pelvis	26(53,1)
Membres	10(20,4)
Médication Antérieure N(%)	
Oui	06(12,2)
Non	43(87,8)
Intensité = EVA avant p.e.c* N(%)	
Faible < 30	-
30 ≤ Modérée ≤ 60	22(56,4)
Forte à insupportable ≥ 60	17(43,6)
Intensité = ECPA avant p.e.c	
Population totale (n=49)	13,7±7,7
Sujets communicants (n= 39)	12,3±6,8
Sujets non communicants (n=10)	19,2±8,9

- I. Les valeurs sont exprimées en moyenne+/-écart-type et effectif (pourcentage) ;
- II. EVA = échelle visuelle analogique ; utilisée pour les sujets communicants.
- III. ECPA = échelle comportementale de la douleur chez le sujet âgé ; utilisée pour les sujets non communicants.
- IV. * : concernant seulement la population des sujets communicants (N=39).
- V. Test de normalité de distribution K-S pour l'ECPA avant soins de la population totale: $p= 0,942 > 0,05$ avec une Distribution Gaussienne à l'histogramme donc la distribution est symétrique.

1) La localisation de la douleur :

■ Les douleurs abdomino-pelviennes viennent en tête avec un pourcentage de 53,61%, suivies par la douleur des membres et les douleurs à localisations thoraciques qui représentent respectivement 25,4% et 20,4%, et enfin 6,1% pour les douleurs localisées à la tête et le cou (fig 5).

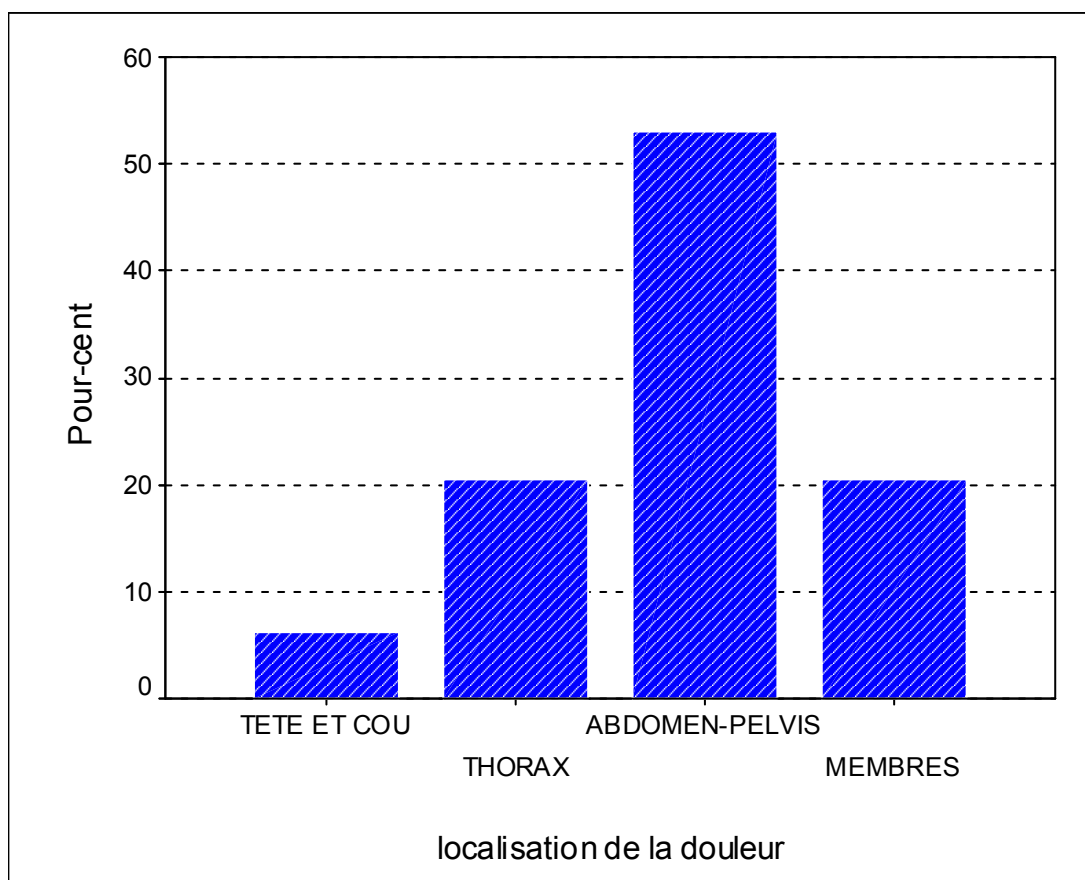


Figure 5: Répartition des malades selon la localisation de la douleur.

2) Médication antérieure :

- Parmi les 49 malades, 06 ont déjà essayé une médication antérieure (soit 12,2% des malades) (Fig 6).

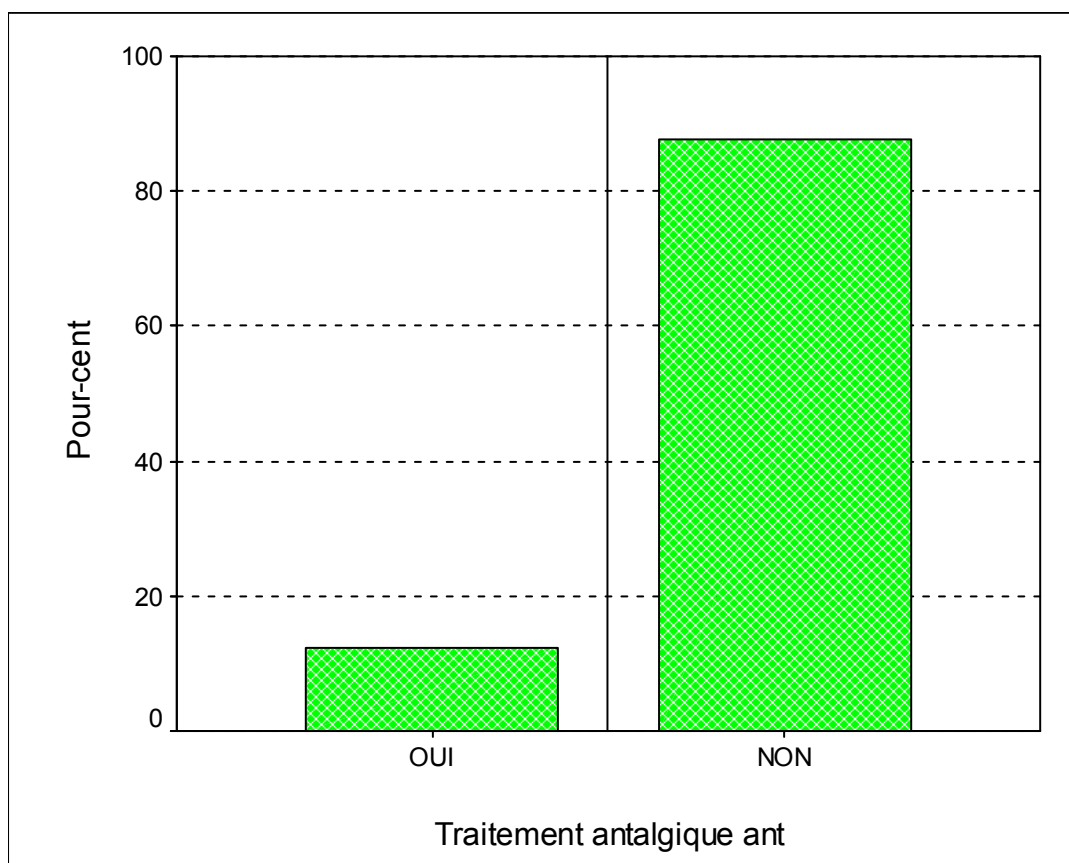


Figure 6: Médication antérieure.

3) L'intensité de la douleur à l'admission :

❖ *Evaluation par EVA :*

■ L'évaluation par l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) a été destinée strictement aux sujets communicants :

1. entre 3-6
2. supérieur à 6

56,4% des patients ont présenté une douleur modérée à l'admission (entre 3 et 6) selon EVA, alors que 43,6% ont une douleur sévère (supérieure à 6) selon EVA (fig. 7).

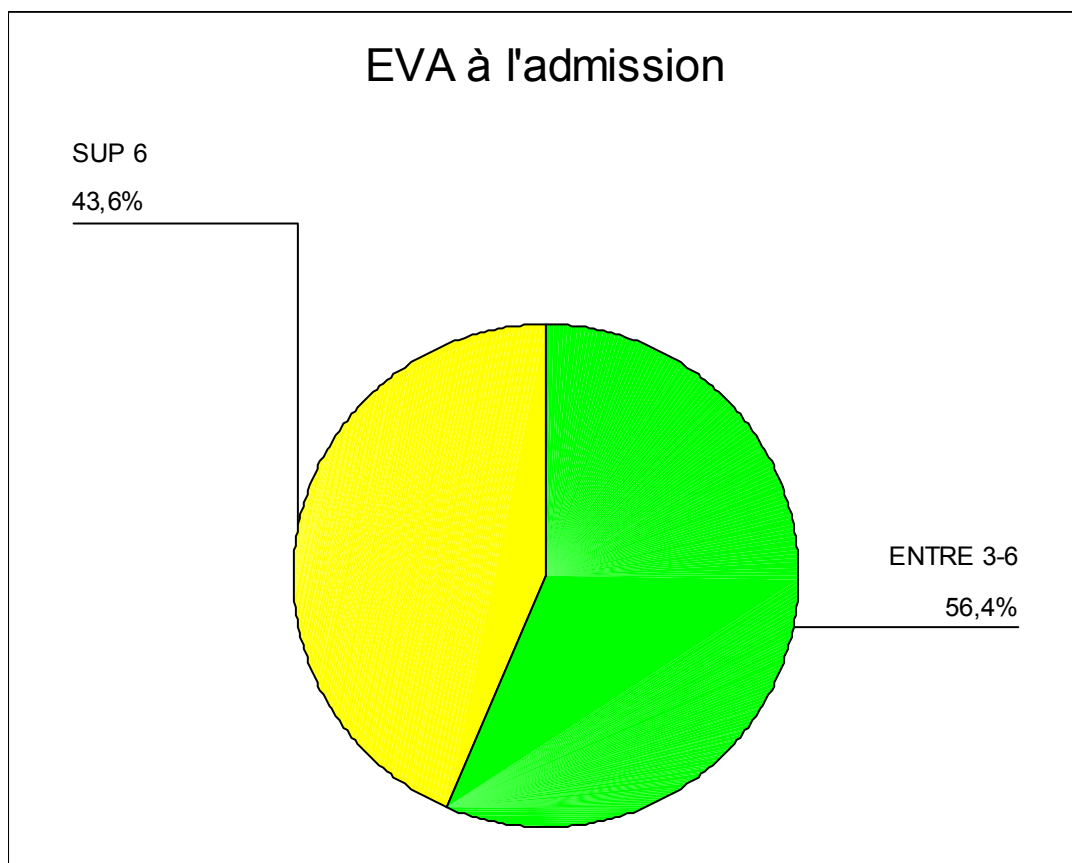


Figure 7 : EVA concernant le groupe des patients communicants avant soins .

❖ **Evaluation par ECPA :**

Chez les sujets non communicants l'évaluation de la douleur avant soins a été réalisée strictement au moyen de l'échelle ECPA (évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée) (dans notre étude on a inclus aussi les sujets communicants)

0 :(absence de douleur) à 32 :(douleur totale).

On note que la distribution est gaussienne donc symétrique (résultat confirmé par le test de normalité de distribution de K-S avec un $p = 0,942 > 0,05$), par conséquent les résultats sont exprimés en moyenne +/- écart type (fig 8).

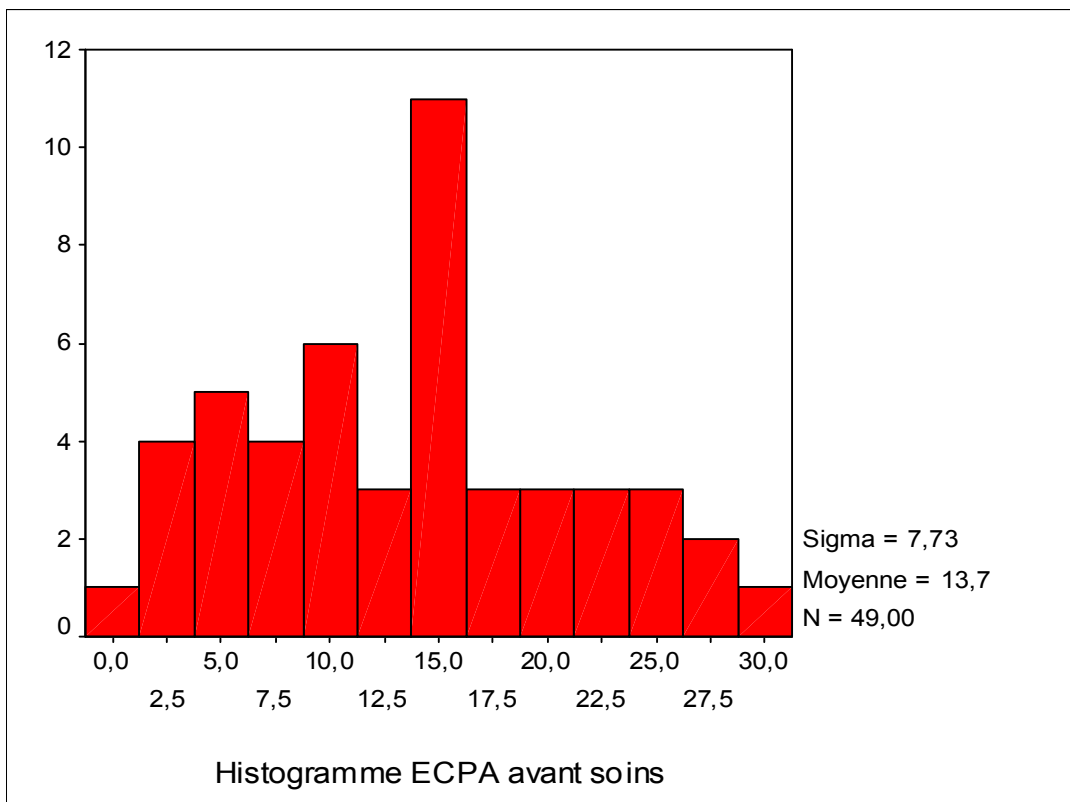


Figure 8 : Evaluation des patients non communicants et communicants selon ECPA avant soins.

C. Prise en charge de la douleur :

1) Prise en charge analgésique aux urgences :

Tableau 4. Caractéristiques de la Prise en Charge Analgésique aux Urgences.

<i>Caractéristique</i>	<i>Valeur</i>
Traitement aux urgences N(%)	
Non	-
Oui	49(100)
Médicament pris N(%)	
Palier1	6(12,3)
Palier2	11(22,4)
Palier3	18(36,7)
Palier3 en second	6(12,3)
Co-analgésique seul	8(16,3)
Moyens non médicamenteux associés(%)	
Oui	
Non	5(10,2)
	44(89,8)
Voie d'administration N(%)	
IV	
IM	17(34,7)
IV+IM	25(51)
	7(14,3)

III. Les valeurs sont exprimées en écart-type et effectif (pourcentage) ;

▪ On note que les 49 malades inclus dans cette étude ont reçu un traitement antalgique aux urgences (une valeur de 100%).

▪ Parmi les 49 malades ; 06 patients ont bénéficiés d'un traitement non médicamenteux en association avec le traitement antalgique (soit 10,2% des malades) (fig 9).

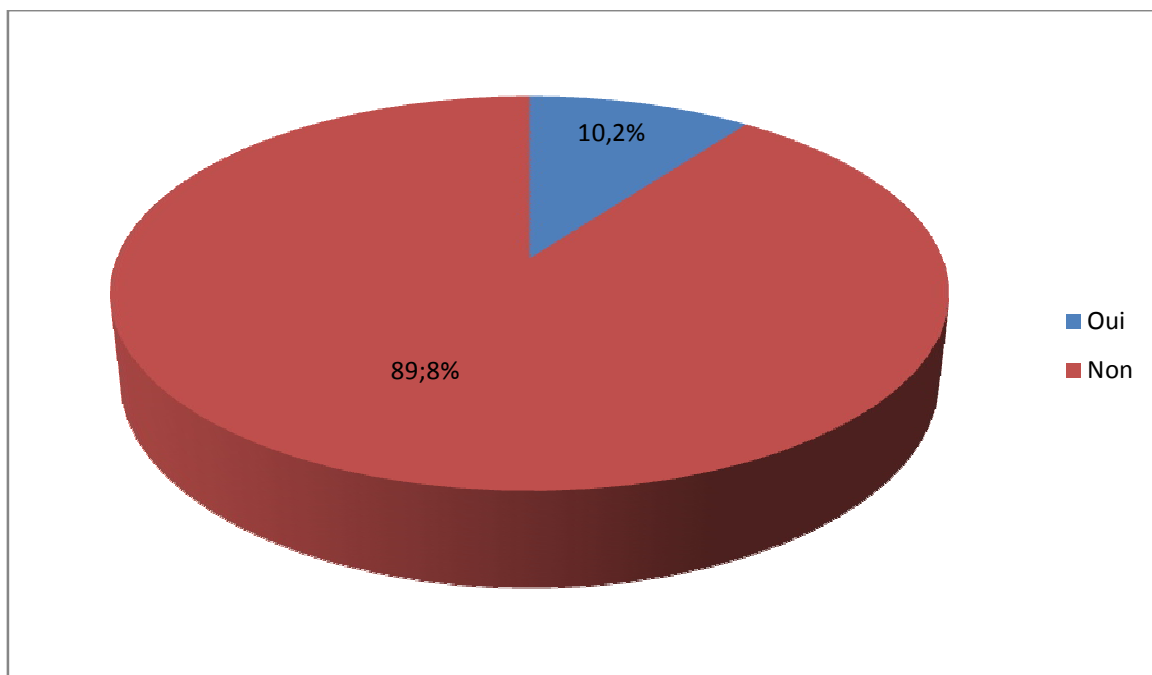


Figure 9 : Répartition des malades selon les moyens non médicamenteux associés

■ Les médicaments antalgiques du palier 3 ont été le plus utilisés dans les douleurs aiguës jugées intenses dans 36,7% des cas traités (n=18), le palier 2 vient en seconde position avec 22,4% (n=11) .le recours au palier 3 après échec d'un palier moindre dans 12,3% des cas (n=6).

■ L'utilisation des traitements Co-analgésiques seuls a été minime (16,3%) (fig. 10).

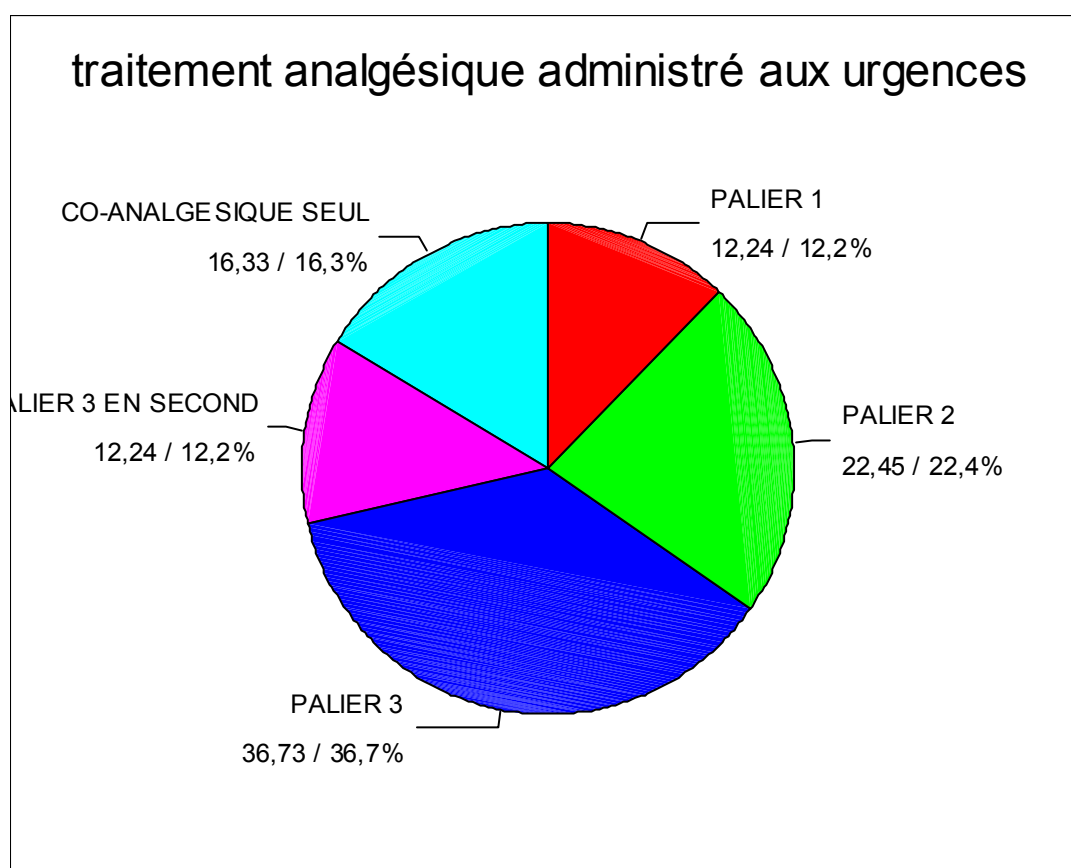


Figure 10 : traitement analgésique administré aux urgences

■ L'association des 2 voies d'administration intraveineuses et intramusculaires a été utilisée dans 14,3% des cas traités aux urgences (n=7) contre 17 cas en IV et 25 cas en IM (fig. 11).

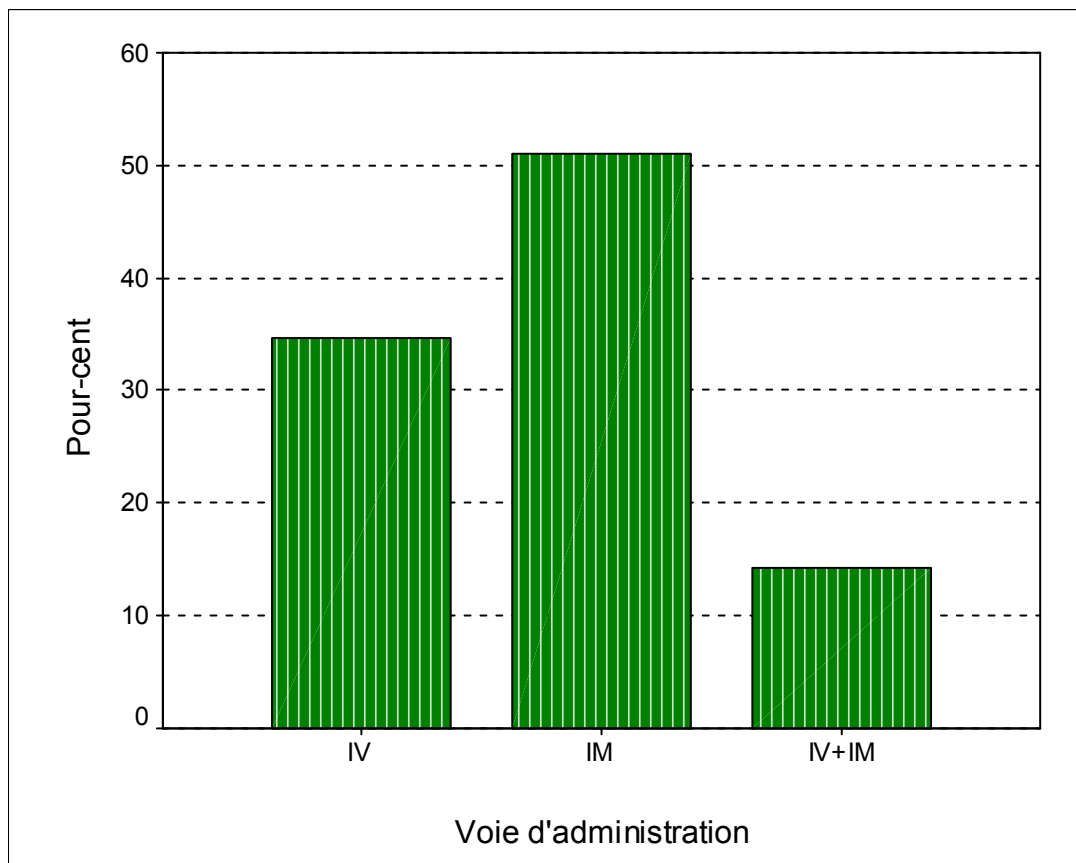


Figure 11:Voies d'administration.

2) Prise en charge analgésique post P.E.C initiale aux urgences :

Tableau 5. Caractéristiques de la douleur devenir et ordonnance de sortie après p.e.c initiale.

<i>Caractéristique</i>	<i>Valeur</i>
Intensité = EVA après p.e.c* N(%)	
Faible < 30	35(89,7)
30 < Modérée < 60	4(10,3)
Forte à insupportable ≥ 60	-
Intensité = ECPA après p.e.c	
Population totale (n=49)	3[0;12]
Sujets communicants (n= 39)	3[0;8]
Sujets non communicants (n=10)	12[2 ; 16]
Devenir N(%)	
Hospitalisation	18(36,7)
Retour à domicile	31(63,3)
Traitement analgésique de sortie**	
Pas de traitement antalgique	12(38,7)
Palier 1	1(3,2)
Palier 2	3(9,7)
Association palier 1+ palier 2	13(41,9)
Co-analgésique seul	2(6,5)

A. Les valeurs sont exprimées en médiane [quartiles] et effectif (pourcentage) ;

B. EVA = échelle visuelle analogique ; utilisée pour les sujets communicants.

C. ECPA = échelle comportementale de la douleur chez le sujet âgé ; utilisée pour les sujets non communicants.

D. * : concernant seulement la population des sujets communicants.

E. ** : ordonnance de sortie concernant seulement les patients sortants (retour à domicile)

F. Test de normalité de distribution K-S pour l'ECPA avant soins de la population totale: $p=0,044 < 0,05$ avec une Distribution non Gaussienne à l'histogramme donc la distribution est asymétrique.

■ 35 sur 39 malades évalués par EVA ont été soulagés après traitement antalgique aux urgences soit 89,7%, alors que 4 ont gardé une douleur modérée soit 10,3% (fig. 12).

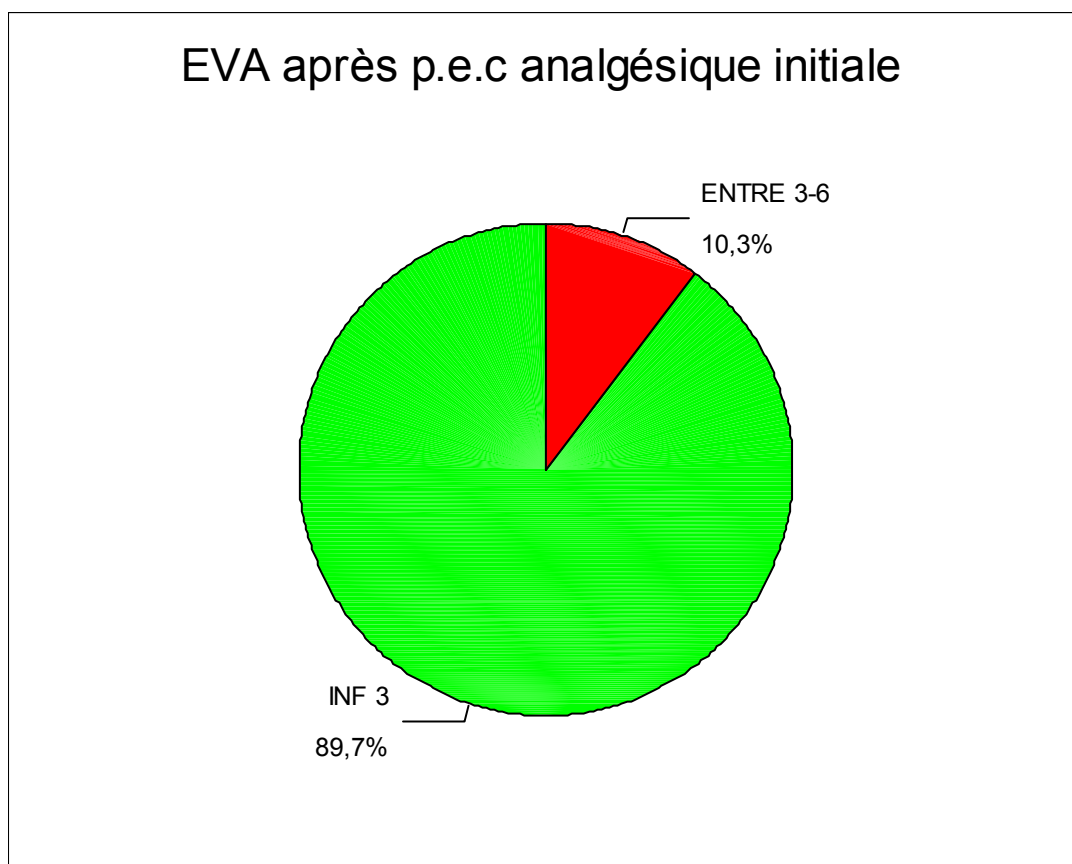


Figure 12 : EVA après p.e.c analgésique initiale

■ on note que la distribution est non gaussienne donc asymétrique (résultat confirmé par le test de normalité de distribution de K-S avec un $p = 0,042 < 0,05$), par conséquent les résultats sont exprimés en médiane [quartiles]

■ On note aussi une régression des valeurs d'ECPA après soins avec une moyenne de 6,4/32. (fig. 13)

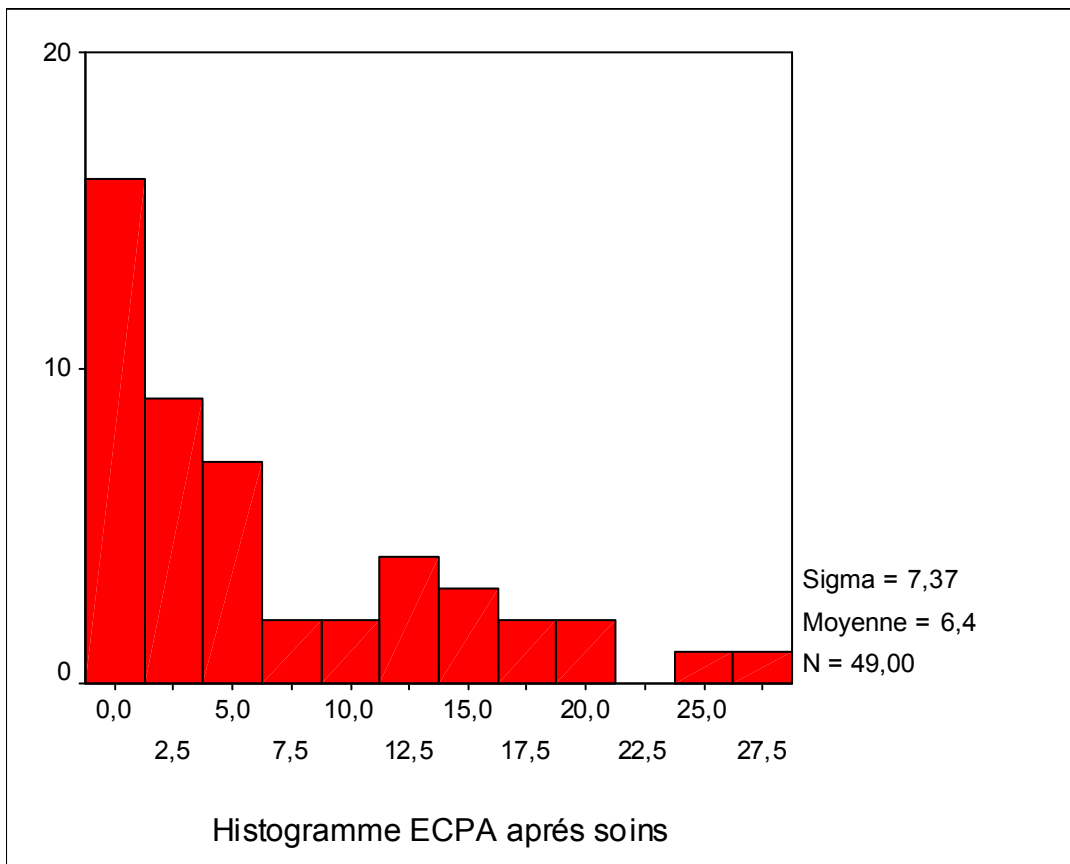


Figure 13 : Evaluation des patients non communicants et communicants selon ECPA après soins.

■ 18 cas seulement (36,7%) ont été transférés vers un autre service, alors que 31 patients (63,3%) ont été pris en charge au service des urgences (fig. 14).

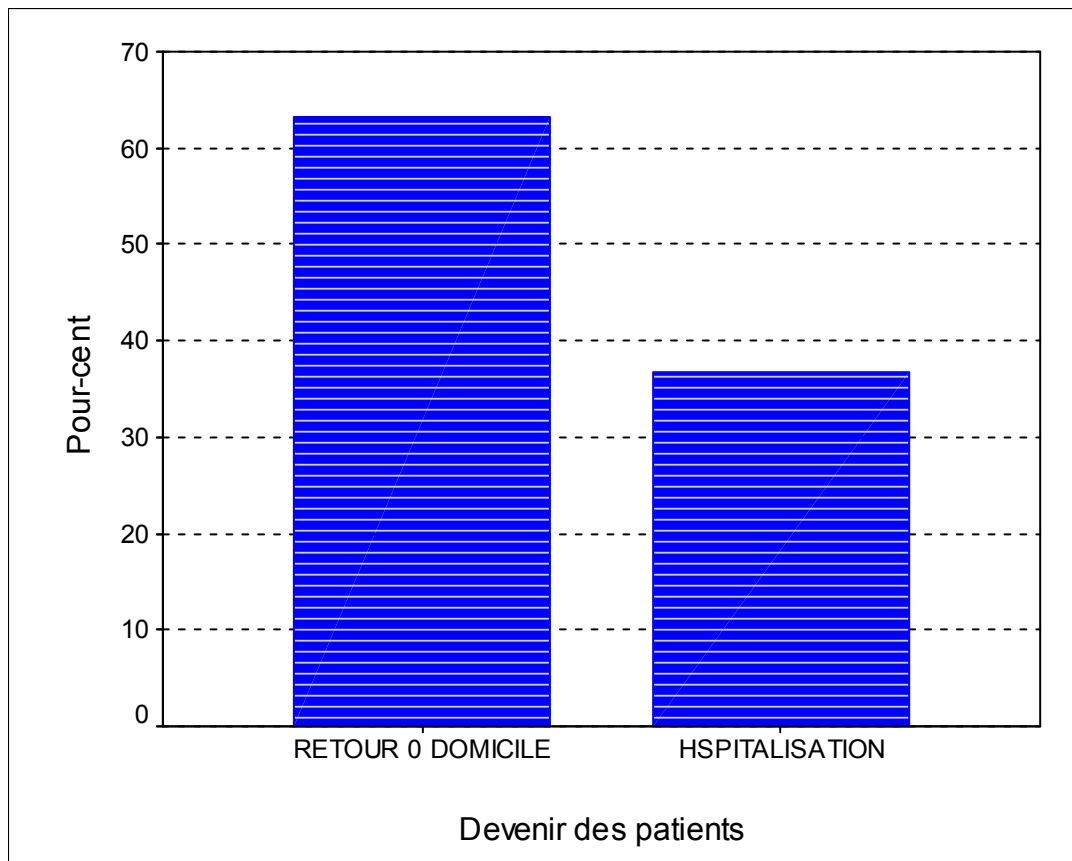


Figure 14 : Devenir des patients

■ Pour les 31 patients pris en charge dans le service des urgences après un traitement initial, 12 cas (38,7%) sont sortis sans traitement antalgiques, 01 cas (3,2%) est sorti sous prescription d'un antalgique du palier 1, 03 cas (9,7%) sous prescription d'un antalgique du palier 2, 13 cas (41,9%) sous une association palier 1+ palier 2 et enfin 02 cas (6,5%) ont eu que des co-analgésiques seuls (fig. 15).

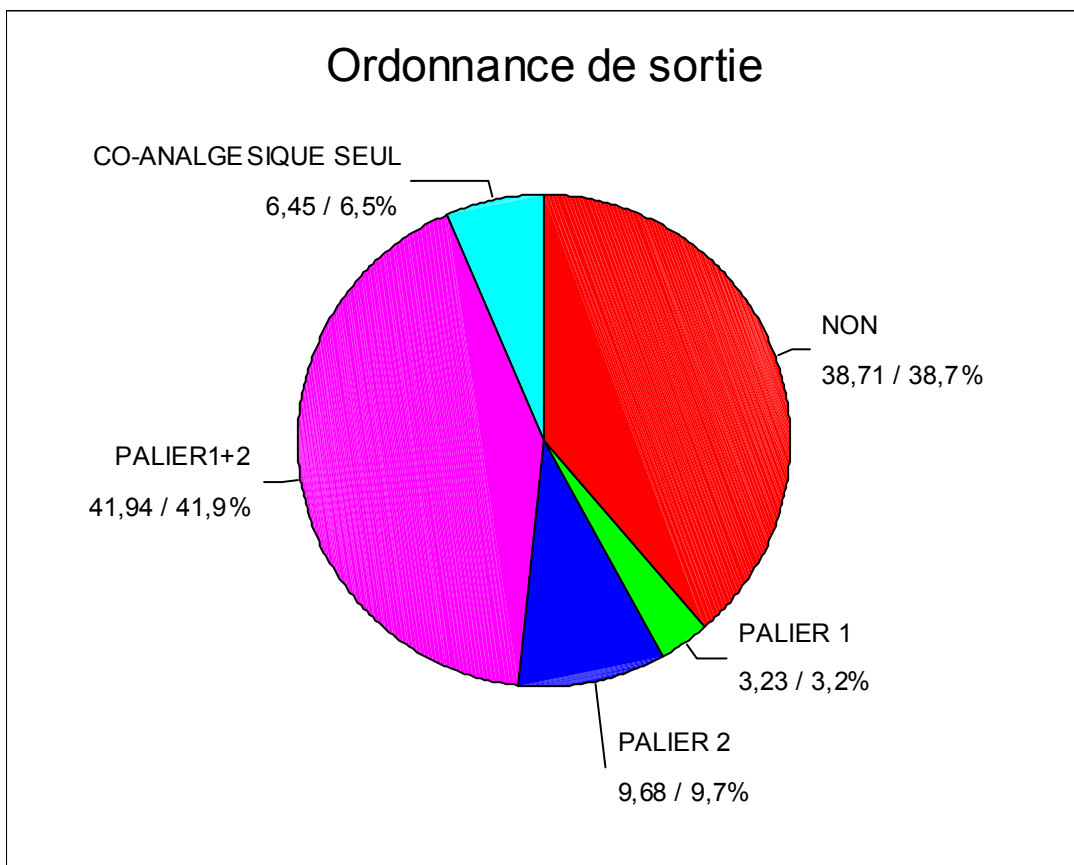


Figure 15 : Ordonnance de sortie

Statistiques Analytiques concernant la
P.E.C de la douleur aigue chez la
personne âgée au service des urgences
de l'HMIMV Rabat

Tableau 6 : comparaison entre caractère sujet communicant (oui-non) et les variables : âge, sexe et ECPA (échelle comportementale de la douleur chez le sujet âgé).

Caractéristiques	. Sujet communicant (oui ou non) .		p
	Oui	Non	
N=39	N= 10		
Age	70,7±4,5	71,6±5,5	0,602
Sexe			0,167
Masculin	21(72,4)	8(27,6)	
Féminin	18(90)	2(10)	
ECPA	12±7	19±8	<u>0,01</u>

Les valeurs sont exprimées en moyenne+/-écart-type et effectif (pourcentage) ; comparaison des moyennes par le test t de Student (les variables quantitatives étudiées sont à distribution symétrique); comparaison des pourcentages (sexe) par le test exact de Fisher.

L'ECPA est normalement conçu pour les sujets non communicants, et en l'utilisant même chez les sujets communicants, on a conclu à une différence statistiquement significative entre les deux groupes dans la mesure où l'évaluation chez les sujets non communicants donne des niveaux d'intensité relativement supérieurs par rapport aux sujets communicants

Tableau 7 : comparaison entre les niveaux d'intensité de la douleur mesurée par l'EVA et l'ECPA pour les sujets communicants ;

	. intensité de la douleur en EVA			
Caractéristique	EVA=1	EVA=2	EVA=3	p
N=	0	22	17	
ECPA -	8±4	16±5		□0,01

EVA=1 : douleur faible, EVA= 2 : douleur modérée, EVA=3 : douleur forte à insupportable

Les valeurs sont exprimées en moyenne+/-écart-type et effectif (pourcentage) ; comparaison faite par le test ANOVA (analyse de variance) pour échantillons indépendants.

On conclut à une différence statistiquement significative, dans le sens où on passant de l'EVA=2 à l'EVA=3 l'ECPA augmente (corrélacion positive entre la mesure de l'intensité par EVA ou ECPA). Donc l'ECPA peut être valable pour les sujets communicants, mais le nombre réduit de notre série constitue une limite statistique pour conclure à des résultats interprétables.



DISCUSSION



La douleur aiguë est un symptôme en général associé à une maladie ou à un traumatisme (5). Cette douleur comme elle a été bien définie par l'IASP, reste un phénomène objectif et multidimensionnel.

Si ces dernières années ont été marquées par une prise de conscience de la douleur aux urgences (6), la douleur du sujet âgé reste mal évaluée et encore nettement sous traitée (7).

La reconnaissance de la douleur et l'évaluation de son intensité et de son ressenti par le sujet âgé est un temps capital de la prise en charge. (4)

La prise en charge des douleurs doit tenir compte de la sévérité des symptômes, des conséquences de ces douleurs mais aussi des effets secondaires des traitements antalgiques et des interactions médicamenteuses avec leur traitement habituel qui comporte souvent de nombreux médicaments.

Chaque patient âgé doit donc être considéré de façon individuelle. (2)

A. Epidémiologie :

1) Age :

Ce facteur joue un rôle important dans la perception et la réponse aux antalgiques. (8)

Des revues systématiques de la littérature épidémiologique (9) ont révélé une augmentation marquée liée à l'âge de la prévalence de la douleur persistante et ce, jusqu'à la septième décennie de la vie, suivie d'un plateau ou d'une légère baisse à un âge très avancé.

Dans un travail d'audit réalisé en 2000 dans deux moyens séjours gériatriques de la région PACA chez 182 sujets âgés de plus de 65 ans la prévalence de la douleur était de 74,73 %.(10)

Dans 2/3 des cas la douleur mesurée par auto-évaluation était d'intensité moyenne ou sévère confirmant les résultats obtenus dans notre étude.

2) Sexe :

Le sex-ratio de nos patients était 1,45. En effet Sur 49 malades, 20 patients sont de sexe féminin avec un pourcentage de (40,8%), contre 29 patients de sexe masculin soit (59,2%)

Nos résultats sont similaires à l'étude PALIERS qui a trouvé que 57% des patients douloureux étaient des hommes soit un sex-ratio de 1,3 (11). D'autre part plusieurs études épidémiologiques ont montré que les femmes sont affectées plus fréquemment que les hommes par des douleurs temporaires ou chroniques. On note aussi que le seuil de perception et de tolérance de la douleur était plus bas chez les femmes (12).

B. Evaluation de la douleur en urgence chez le sujet âgé :

1) Intérêt :

Afin d'envisager une prise en charge thérapeutique à visée antalgique adéquate, il faut évaluer précisément et quantitativement la douleur du sujet âgé dès son admission. (13, 14).

De nombreux outils sont utilisés pour évaluer la douleur et qui génèrent des avantages en pratique courante (15) :

- Améliorer la qualité de la relation médecin-malade en montrant au patient que l'on croit à sa plainte.
- Apporter une aide à la prise en charge thérapeutique analgésique adapté à l'intensité de la douleur.
- Avoir des critères communs au sein d'une équipe soignante facilitant l'homogénéité de prise de décision.
- Réévaluer régulièrement la douleur en recourant aux mêmes critères.

Néanmoins, une étude réalisée à l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille a montré que, en médecine générale, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur n'apporte pas de bénéfice aux patients en terme de soulagement de la douleur et elle ne modifie pas les prescriptions antalgiques des médecins. (16)

2) Outils :

L'évaluation de la douleur chez la PA est complexe, elle répond aux exigences de l'évaluation globale d'un sujet âgé qui a mal. Cette stratégie repose sur des recommandations internationales mettant en avant la nécessité d'une évaluation systématique et répétée par des outils, qui ont certes tous des limites mais qui sont un support essentiel de communication. (17)

Plusieurs méthodes d'évaluation de la douleur sont actuellement à notre disposition pour évaluer la douleur bien que tous ne soient pas adaptés ou validés chez le sujet âgé. (18)

L'échelle visuelle analogique (EVA) qui est une échelle unidimensionnelle d'autoévaluation reste la référence dans la littérature (19), son utilisation est devenue courante en pratique clinique pour mesurer l'intensité de la douleur. On utilise le plus souvent une réglette sur laquelle se trouve une ligne horizontale d'une longueur de 10 cm qui figure à son extrémité gauche, le point (chiffré ou qualitatif) d'absence de douleur et, à son extrémité droite, le point correspondant à la douleur maximale imaginable (20).

Son usage permet d'évaluer l'intensité de la douleur, et la répétition de son utilisation permet de mesurer l'efficacité des traitements. C'est une méthode réputée dans la littérature, fiable, facile, rapide et reproductible (21).

Si l'auto-évaluation est impossible une échelle d'hétéro-évaluation doit systématiquement être utilisée afin d'éliminer formellement un phénomène douloureux. En effet, ECPA (échelle comportementale pour personne âgée) (22) est une échelle adaptée au sujet âgé organisée en deux parties (annexe 2) :

a- Observation avant les soins :

- Expressions du visage
- Positions spontanées
- Mouvements.
- Relation à autrui.

b- Observation pendant les soins :

- Anticipation anxieuse.
- Réactions pendant la mobilisation.
- Réactions pendant les soins portant sur la zone douloureuse.
- Plaintes pendant les soins.

Elle se présente sous la forme de 8 items cotés chacun de 0 à 4 selon l'intensité.

Dans notre série l'évaluation de la douleur chez les sujets communicants était faite au moyen de l'échelle visuelle analogique(EVA) ainsi que l'échelle ECPA, et s'est basée strictement sur ce dernier chez les sujets non communicants.

La douleur était, dans plus de 50 % des cas, modérée $30 < EVA < 60$. Alors que dans la plupart des données de la littérature, la douleur estimée sévère était la majeure catégorie (23).

3) Défis de l'évaluation :

La douleur, phénomène subjectif, est difficile à évaluer objectivement (24), car d'une part, il y a un manque de sensibilité, soit une surévaluation (en cas d'anxiété, d'hypochondrie ou d'hystérie) soit une sous évaluation par crainte de déranger ou par préjugé). D'autre part, il y a le médecin qui est formé à baser son jugement sur des éléments objectifs, et qui pourrait difficilement accepter de « Croire à priori » la plainte du malade, d'autant plus qu'il n'existe aucune concordance anatomo-clinique ou marqueurs biologiques ou radiologiques de la douleur. (25)

Toutefois on s'aperçoit que le grand âge est associé à une plus grande fréquence de réponses incorrectes et, en pratique, limitant l'utilisation des échelles d'auto-évaluation chez la personne âgée(26). En effet, La personne âgée présente en général une situation clinique extrêmement complexe difficile à expertiser sur le plan du symptôme douloureux. Ainsi les perturbations liées à la sénescence (appauvrissement sémantique, vieillissement du système nociceptif), les handicaps sensoriels divers, les pathologies multiples et intriquées, les troubles cognitifs peuvent masquer ou au contraire exagérer l'expression de la douleur. (27)

C. Prise en charge thérapeutique:

1) La médication antérieure:

12,2% (n=06) de nos patients ont pris un traitement analgésique avant la consultation aux urgences.

La première idée exprimée est que, comparé aux jeunes générations, l'achat de médicaments à prescription facultative sans ordonnance est un comportement relativement rare chez les personnes âgées. (28)

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) du CreDES, en 2000, en un mois, 8,6% des personnes âgées de plus de 65 ans achètent un médicament sans ordonnance et 4% des médicaments acquis par les personnes âgées le sont sans ordonnance. Ainsi, alors que le taux de consommateurs de pharmacie prescrite augmente avec l'âge, l'automédication a tendance à décroître : le taux de consommateurs de pharmacie non prescrite passe de 9,3% pour les enquêtés âgés de 65 à 74 ans à 7,5% pour les 75 à 84 ans et à 6,5% seulement pour les personnes les plus âgées (85 ans et plus). (29)

2) La prise en charge intra-hospitalière :

En ce qui concerne la prise en charge au service des urgences, des traitements médicamenteux à visée antalgique ont été utilisés chez tous nos patients soit 100% des cas, ces résultats sont supérieurs aux résultats retrouvés dans la littérature, entre 60 et 88% (30)

Les critères de choix des traitements antalgiques sont ceux habituellement recommandés, à savoir, intensité douloureuse mais aussi interactions médicamenteuses, fonction rénale, polyopathologies et tolérance médicamenteuse (31)

Une mise au point, récemment publiée sur le droit et la douleur, a insisté sur le fait que le médecin n'est pas tenu à une obligation de guérison, mais il est tenu, en contre partie, à une obligation de moyen, définie comme une prise en charge attentive, consciencieuse et conforme aux données actuelles et acquises de la science (23).

La proportion d'utilisation des antalgiques classiques avec une priorité pour les paliers 1 et 2 rejoint les résultats d'études et recommandations habituelles. (32)

Par ailleurs, il est recommandé dans la littérature de prescrire un antalgique de niveau 3 dans les douleurs intenses (33), en utilisant une voie d'administration rapide.

Dans notre étude 36,7% de nos patients ont bénéficié de traitements morphiniques, alors que cette proportion varie de 0,9 à 22 % selon les études (34)

Nos résultats s'inscrivent donc dans la moyenne haute. Cela peut s'expliquer en partie par l'intensité des douleurs. (4)

La titration morphinique est une nécessité pour deux raisons : une meilleure efficacité et une meilleure sécurité (35)

Il s'agit en effet d'une méthode simple et rapidement efficace pour soulager la douleur modérée à sévère dans la période postopératoire, voire même dans un service d'accueil des urgences. De plus, cette méthode permet de s'adapter aux besoins du patient en tenant compte des propriétés pharmacocinétiques des antalgiques administrés. (36)

Le principe de base consiste à administrer toutes les cinq minutes des bolus de morphine dès que l'intensité douloureuse dépasse une valeur seuil de douleur. Bien qu'il ait été démontré dans deux travaux qu'il n'était pas nécessaire de modifier le protocole de titration IV en morphine chez le sujet âgé de plus de 70 ans (mêmes doses unitaires et même procédure d'administration) (37)

Dans notre étude 35 sur 39 malades évalués par EVA ont été soulagés après traitement antalgique aux urgences soit 89,7%, alors que 4 ont gardé une douleur modérée soit 10,3%.

3) Prescriptions post prise en charge intra-hospitalière:

Pour les 31 patients pris en charge dans le service des urgences après un traitement initial, 12 cas (38,7%) sont sortis sans traitement antalgiques, 01 cas (3,2%) est sorti sous prescription d'un antalgique du palier 1, 03 cas (9,7%) sous prescription d'un antalgique du palier 2, 13 cas (41,9%) sous une association palier 1+ palier 2 et enfin 02 cas (6,5%) ont eu que des coanalgésiques seuls.

1. Traitements médicamenteux :

1-1- Le paracétamol (niveau I de l'OMS):

Le paracétamol est un antalgique antipyrétique généralement bien toléré (38). Il est à utiliser en première intention pour la prise en charge des douleurs légères à modérées (33).

Bien que la littérature soit riche concernant son utilisation en postopératoire, il y a peu de travaux l'évaluant en médecine d'urgence (39).

Le paracétamol est le seul antalgique ne nécessitant pas d'adaptation posologique en douleur aiguë (40)

En dehors des contre-indications habituelles du paracétamol, il n'existe pas de modification pharmacocinétique chez le sujet âgé. Les seules adaptations thérapeutiques concernent l'insuffisance rénale et hépatique sévères et un état cachectique.

1-2- AINS (niveau I de l'OMS) :

Leur intérêt est limité, car ils comportent tous des risques plus importants que le paracétamol (33), alors qu'ils ont un niveau antalgique qui n'est pas supérieur à celui-ci (41)

Les AINS doivent être utilisés avec prudence chez la personne âgée mais ils gardent un intérêt tout particulier lorsqu'il existe une sécrétion importante de prostaglandines : colique néphrétique, douleurs ostéo-articulaires, migraines sévères.

Par contre, l'utilisation chez la personne âgée de l'aspirine expose à un risque toxique important de part l'augmentation de la fraction libre de l'acide acétyl salicylique. (3)

Dans notre étude, la prescription d'AINS était souvent en association avec un antalgique du palier 2 dans le traitement des douleurs neuropathiques.

1-3- Codéine (niveau II de l'OMS):

La codéine est un analgésique morphinique ayant un effet antalgique 5 à 10 fois plus faible que celui de la morphine, est le principal médicament du niveau II de l'OMS (33). Peu de données précises existent dans le cadre des douleurs aiguës (42).

La codéine est le plus souvent associée au paracétamol. Ses complications aiguës (nausées, vomissements ou somnolence) chez la personne âgée sont rares mais la prévention de la constipation devra être envisagée si le traitement doit être prolongé (43).

Dans notre étude, les opioïdes faibles (codéine) seule ou associée aux autres antalgiques ont été utilisés chez 51,6% des patients.

1-4- Tramadol (niveau II de l'OMS):

Le tramadol est un analgésique d'action centrale, qui a été peu étudié dans le contexte de l'antalgie d'urgence. (44)

Dans les douleurs traumatiques, à partir des données actuelles, le tramadol n'apporte pas de supériorité par voie veineuse en comparaison aux opioïdes équivalents. Par voie orale, il apparaît moins efficace qu'une association paracétamol/codéine (45).

Dans un contexte des douleurs abdominales aiguës (coliques hépatique et néphrétique), les résultats sont plus nuancés (46).

Il est préférable, pour une meilleure tolérance notamment cognitive, de débiter le traitement par de faibles doses, et de limiter la posologie de tramadol en l'associant à du paracétamol par une action synergique. L'abaissement du seuil épiléptogène chez la personne âgée est en prendre en considération lors de sa mise en place thérapeutique en urgence. (47)

Dans notre étude, le tramadol n'a pas été prescrit.

1-5- La morphine (Niveau III de l'OMS) :

C'est un agoniste pur, produisant une analgésie puissante sans effets plafonds (48).

Les morphiniques constituent dans la Conférence de 1993, l'une des classes médicamenteuses les plus utiles aux urgences pour le contrôle de la douleur et, notamment, les plus intenses (49).

La morphine est recommandée comme une drogue de choix avec une préférence pour son utilisation par voie intraveineuse par titration. (50)

Comme les autres analgésiques, elle subit des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées aux modifications anatomiques et physiologiques en rapport avec le vieillissement (51). Ainsi sa fraction libre augmente avec l'âge en raison de la diminution classique de la concentration de l'albumine à laquelle elle se fixe habituellement pour un tiers (52).

Au Maroc depuis 1995, l'usage de la morphine pour lutter contre la douleur cancéreuse, les douleurs postopératoires ainsi que les douleurs aiguës intenses, a été facilitée et favorisée par la mise sur le marché marocain, de morphine à libération immédiate et à libération prolongée (53).

Cependant, dans notre étude, en aucun cas de douleur aiguë, la morphine n'a été prescrite en traitement ambulatoire.

1-6- Les antispasmodiques :

Ce sont des co-antalgiques sans propriété antalgique propre, ils soulagent le spasme d'origine viscérale, organique ou non. Ils ne masquent pas l'évolution de «l'abdomen aigu chirurgical» (54).

Ils sont indiqués dans les coliques néphrétiques et hépatiques, dans les douleurs spasmodiques digestives, urinaires et utérines (55).

Dans notre enquête, les co-antalgiques (antispasmodiques) ont été largement prescrits dans les douleurs à localisation abdominal.

1-7- Associations :

Dans notre étude, on note qu'il y avait une importante prescription de l'association palier 1 et 2, avec un pourcentage de 41,9%.

Les associations les plus décrites dans la littérature sont :

- L'association paracétamol/tramadol augmente la durée de l'effet antalgique mais pas son intensité. L'association paracétamol 325 mg/tramadol 37,5 mg a été commercialisée pour essayer de diminuer les effets indésirables du tramadol (56).

-L'association paracétamol/codéine : L'adjonction de 60 mg de codéine au paracétamol apparaît la mieux évaluée et la plus efficace (33).

Cette association augmente en revanche les effets indésirables. Elle est indiquée dans le traitement des douleurs modérées à sévères (44).

-L'association paracétamol/dextro-propoxyphène avait beaucoup d'effets secondaires graves, et a été retirée du marché pharmaceutique marocain (54).

En effet, peu d'études ont fait le point sur les associations de deux antalgiques du même palier, malgré que ces associations ne soient pas interdites, surtout l'association paracétamol+ AINS, question qui mérite beaucoup d'intérêt par les sociétés savantes dans le domaine de la douleur pour beaucoup plus de perfectionnement dans l'élaboration des consensus en matière de prise en charge de la douleur (31 T).

Ce recours aux associations définit l'analgésie multimodale (47 T), un des grands principes de l'analgésie, mais qui doit être bien conduite et obéir à des règles scientifiques fondées.

2-Traitements non médicamenteux :

2-1-Moyens physiques :

Les moyens physiques sont représentés par l'immobilisation (attelles, colliers, traction...), le froid, qui a un effet anti-inflammatoire local (contre les douleurs traumatiques, viscérales et les brûlures), le chaud (contractures musculaires, destruction des venins thermolabiles) (57).

Dans notre étude, le recours à des moyens antalgiques non médicamenteux, n'a eu lieu que dans six cas (soit 10,2 des malades), et cela devant des douleurs d'origine traumatique.

En conséquent, il ne faut pas négliger cette modalité d'analgésie qui garde sa place dans l'arsenal thérapeutique actuelle pour la lutte contre la douleur (58).

2-2-Approche psychologique :

Une attitude professionnelle empathique et explicative des actes et examens prescrits facilite l'adhésion du patient à sa prise en charge et mobilise l'effet placebo (59).

Ainsi, l'efficacité des analgésiques prescrits peut être augmentée de 30 à 40% (60)



CONCLUSION



Les services des Urgences occupent une place de plus en plus prépondérante dans le système de santé actuel et l'admission dans ces services de sujets âgés est une part de plus en plus importante de leur activité.

Notre travail s'inscrit dans le cadre des études prospectives, réalisé au sein du service des urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV et avait pour objectif, la reconnaissance des caractéristiques de la douleur aiguë chez le sujet âgé ainsi que l'évaluation de la qualité de la prise en charge thérapeutique de cette douleur.

Dans la majorité des cas la douleur mesurée par auto ou hétéro-évaluation était d'intensité moyenne ou sévère, et les résultats apportés en matière de la qualité de prise en charge aux urgences étaient satisfaisants et concordent avec ceux de la littérature.

Ces études nous permettront de constituer, par la suite, un protocole avec choix d'une échelle d'auto-évaluation et une d'hétéro-évaluation de la douleur adaptés aux personnes âgées avec choix d'une stratégie thérapeutique.



ANNEXES



ANNEXE 1 :

Evaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez la personne âgée aux urgences de l'HMIMV

Date : .. /.. /

Heure d'arrivée : ...h...

Nom : Prénom : Date de naissance : .. /.. / 19..

Médecin :

1. Antécédents :

.....

2. Motif de passage :

.....

.....

3. Traitement(s) antalgique(s) à l'entrée :

4. Patient peu ou pas communicant :

Préciser :

- Confus
- Dément
- Troubles sensoriels (surdité, dysphasie ...)
- Inconscient
- Autre : préciser :

5. Etiologie de la douleur : (types, localisations)

.....

.....

.....

6. Evaluation de la douleur avant soins :

- EVA :/ 10
- Grille d'hétéro-évaluation ECPA :/ 32

7. Traitement (s) après évaluation :

- Paracétamol
- AINS
- Spasfon
- Tramadol
- Dextropropoxyphène
- Paracétamol Codéine
- Acupan
- Nubain
- Morphine
- Fentanyl
- Xylocaine
- Autre : préciser

❖ Posologie / Mode d'administration :

.....
.....

❖ Traitements antalgiques non médicamenteux : (contention, traction, pansement)

.....
.....

8. Evaluation de la douleur après les soins :

- EVA :../ 10
- ECPA :.... / 32

9. Orientation du patient :

- Retour à domicile : OUI / NON
- Hospitalisation : service
- Heure de sortie : ...h....

10. Traitement (s) antalgique de sortie :

.....
.....
.....

ANNEXE 2 :

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
NB. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

Échelle ECPA

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend **8 items** avec 5 modalités de réponses **cotées de 0 à 4**.
Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item.
Le score total varie donc de **0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale)**.

CONSEILS D'UTILISATION

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée.

Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter *ad libitum*.



RESUME



RESUME

Titre : Prise en charge de la douleur aiguë chez la personne âgée aux urgences de l'HMIMV-Rabat (Enquête observationnelle à propos de 49 cas)

Mots clés : Douleur – aigue – urgence – personne âgée

Auteur : Zakaria Abide

Introduction: Notre étude avait pour but l'évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë chez la personne âgée aux urgences de l'hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude transversale prospective, réalisée auprès de 49 malades, sur une période de 2 mois et demi allant du 19-06-2013 au 30-08-2013 au cours des jours de gardes. Ont été inclus les sujets âgés communicants ou non communicants de 65ans et plus, souffrant d'une douleur aiguë admis aux urgences, et ont été exclus les patients ayant une douleur chronique.

L'évaluation de la douleur a été réalisée chez les sujets communicants par l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle comportementale pour personne âgée (ECPA), alors que l'évaluation des personnes âgées non communicantes (PANC) a été faite strictement au moyen de l'ECPA.

Résultats: La douleur a été jugée moyenne dans 56,4% des cas. Les pathologies abdomino-pelvienne et traumatiques ont constitué une part importante (respectivement 53,6% et 25,4%).

35 sur 39 malades évalués par EVA ont été soulagés après traitement antalgique aux urgences soit 89,7%, cette analgésie était aussi efficace chez les PANC dont l'évaluation par ECPA a montrée une bonne réponse aux traitements administrés aux urgences. Les médicaments antalgiques du palier 3 ont été le plus utilisés dans les douleurs aiguës jugées intenses dans 36,7% des cas traités

Quant à la prescription des antalgiques : Les AINS, l'association codéine paracétamol ainsi que les antispasmodiques ont constitué la part importante des prescriptions (respectivement 51,6% ; 45,2% ; 29%).

Conclusion: L'âge, le sexe, les antécédents, la médication antérieure étaient les facteurs essentiels qui influençaient la douleur. L'évaluation de la douleur chez le sujet âgé a relevé plusieurs challenges surtout chez les PANC.

ABSTRACT

Title: The management of acute pain among the elderly person in the emergency room of HMIMV-Rabat (Observational survey about 49 cases)

Key words: pain – acute – emergency – elderly person

Author: Zakaria Abide

Introduction: Our study was designed to evaluate the management of acute pain among the elderly person in the emergency room of HMIMV –Rabat.

Materials and Methods: This is a prospective cross-sectional study, conducted among 49 patients over a period of two and a half months in the days of duty guards. Were included in our study: Anyone aged 65 and older with acute pain whatever the sex and state of consciousness of patient. Were excluded from study: patients with chronic pain.

The pain assessment was performed on the subjects communicating with visual analogue scale (EVA) and behavioral scale for elderly person (ECPA), while the assessment of the elderly person not communicating was made strictly by means of ECPA.

Results: Pain was considered moderate in 56,4% of subjected cases. The abdomino-pelvic and traumatic pathologies have constituted an important part (respectively 53,6% and 25,4%).

35 of 39 patients evaluated by visual analogue scale were relieved after analgesic treatment to emergencies or 89,7%, this analgesia was also effective in Elderly persons not communicating (EPNC) whose evaluation by ECPA has shown a good response to administered treatment in emergencies. The painkillers tier 3 have been most used in acute pain found to be intense in 36,7% of cases treated.

As for the analgesic prescriptions; the NSAID, the combination of paracetamol and codeine, antispasmodics constituted the major share of prescriptions (respectively 51,6%,45,2%,29%).

Conclusion: Age, gender, medical history, prior pain medication were the key factors that influenced pain. The assessment of pain in the elderly has identified several challenges especially in EPNC.

ملخص

العنوان: تقييم علاج الألم الحاد عند الأشخاص المسنين بمستشفيات المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

(دراسة وصفية بصدد 49 حالة)

كلمات المفاتيح: الألم - حاد - مستعجلات - شخص مسن

الكاتب: زكرياء عابيد

مقدمة: إن الهدف من دراستنا تقييم علاج الألم الحاد عند الأشخاص المسنين و ذلك بمستعجلات المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

مواد وطرق: إنها عبارة عن دراسة مستعرضية مستقبلية شملت 49 مريضا و تم حصرها خلال شهرين و نصف (من 2013/06/19 إلى 2013/08/30) أثناء أيام المداومة في المستعجلات. لقد أدرجنا في دراستنا كل شخص مسن يبلغ 65 سنة و ما فوق سواء كان قادرا على التواصل أم لا ،يعاني من الم حاد و مقبول في المستعجلات كما تم إقصاء كل المرضى اللذين يعانون من الألم المزمن. تم تقييم الألم عند الأشخاص القادرين على التواصل اعتمادا على كل من السلم البصري التناظري و سلم السلوكية للمسنين في حين تم بدقة تقييم الأشخاص الغير قادرين على التواصل بواسطة سلم السلوكية للمسنين.

النتائج: كان وقع الألم متوسطا لدى 56,4% من الحالات المدروسة . ولقد شكلت أمراض البطن و الحوض وكذلك الأمراض الرضحية جزءا مهما و ذلك بالنسب التالي (بالتتابع 53,6% و 25,4%).

تم تسكين الألم الحاد عند 35 من أصل 39 مريضا قمنا بتقييمهم اعتمادا على السلم البصري التناظري أي بنسبة 89,7% , هذا التسكين كان أيضاً مجديا عند الأشخاص الغير قادرين على التواصل و اللذين تم تقييمهم بواسطة سلم السلوكية للمسنين.و كانت مسكنات الألم من المستوى 3 الأكثر استعمالا في الألم الحاد الموجه وذلك بنسبة 36,7% من الحالات المعالجة.

فيما يخص وصف مضادات الألم:-مضادات الالتهاب غير الستيرويدية ,مزيج الباراستامول كوديين و مضادات التشنج شكلوا الجزء الأهم غي الوصفات الطبية و ذلك بالنسب التالية (بالتتابع 51,6% , 45,2% , 29%). لم يهم استخدام الوسائل الغير مخدرة سوى 6 من مرضانا.

استنتاج: إن العناصر المؤثرة على الألم الحاد تتمثل خاصة في السن, الجنس, السوابق الطبية و تناول الأدوية قبل ولوج قسم المستعجلات. و قد حدد تقييم الألم العديد من التحديات و خاصة عند كبار السن الغير قادرين على التواصل



BIBLIOGRAPHIE



- [1] **ATALLAH F, GUILLERMOUY**
L'homme et sa douleur dimension anthropologique et sociale
Ann Fr Anesth Réanim 2004 ; 23 : 722-729.
- [2] **FREDERIC AUBRUN, JEAN BERNARD CAILLET**
Analgésie aiguë du grand vieillard et du centenaire
Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010) 11, 271—279
- [3] **J.L.DUCASSE, V.BOUNES**
La douleur aiguë chez le sujet âgé aux urgences
Douleurs (2008) 9, hors-série 1, 13-16
- [4] **NATHALIE VASERMAN, A.GUILLARD LEFRAIS**
Dépistage, évaluation et traitement de la douleur chez la personne âgée dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles : à propos d'une enquête de 26 patients hospitalisés en court séjour gériatrique
Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008) 9, 180—195
- [5] **ANTRET-LECA E, BERTIN P, BOULU P, BUHLER M.**
La douleur aiguë de l'adulte en médecine générale.
Rev Prat 2002 ; 16, 572 : 648-652.
- [6] **Ducassé JL, Fuzier R.**
La prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences en 1998.
In : SRLF Ed. Actualités en réanimation et urgences. Paris: Elsevier; 1999. p. 255-70.

- [7] **Jones JS, Johnson K, McNinch M.**
Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia.
Amer J Emerg Med 1996;14:157-60.
- [8] **BRASSEUR L.**
Evaluation du malade douloureux.
Traitements de la douleur, collection conduites, doin éditeurs,
Paris 1997 : 30-34.
- [9] **BRIAND A., CHAMBARETAUD S.**
"La consommation de médicaments non prescrits"
Etudes et Résultats Mars 2001, n° 105, 8 p. (10) ORS de Franche-Comté
- [10] **Andersson HI, Ejlerstson G, Leden I, Rosenberg C.**
Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization
Clin J Pain 1993;9 : 174-8
- [11] **ANNALES FRANÇAISES DE MEDECINE D'URGENCE**
September 2011, Volume 1, Issue 5, pp 312-319.
- [12] **DAVID H. CLAIRE D.**
Enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences adultes du réseau régional douleur de Basse-Normandie.
Douleurs, 2005, 6, 3 : 132.

[13] RAVOTEUR J.

Evaluation et prise en charge de la douleur aiguë dans le service d'accueil et d'urgence du CHU de Toulouse Rangueil : étude prospective à propos de 174 cas.

Thèse Méd. Toulouse, 1998 : 1549.

[14] ABOULFALAH A, EL KAROUMI M, ABBASSI H, MATAR N.

Migraine et vie normale de la femme.

Espérance médicale 2000 ; 7, 57 : 23.

[15] SCHUCK S, ALLAIN H.

La douleur, moyen et stratégie thérapeutique.

Rev Prat 1997 ; 45 : 555-569.

[16] POUCHAIM D, HUAS D, GAY B, AVOUAC B, BOUVENOT G.

Echelle d'évaluation de la douleur.

Rev Prat 2002 ; 16, 585 : 1299-1303.

[17] Françoise Beroud

Douleur et personne âgée

Douleurs Evaluation Diagnostic Traitement (2010) 11, 258-265

[18] ANAES. Service des recommandations et références professionnelles.

Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.

Février 1999.

- [19] **RICARD-HIBON A, LEROY N, MAGNE M, LEBERRE A, CHOLLET C, MARTY J.**
Evaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière.
Ann Fr Anesth Reanim 1997;16:945—9.
- [20] **Boureau E**
Du symptôme au syndrome douloureux chronique.
In : Pratique du traitement de la douleur. Paris : Doin ; 1988. p. 71-7.
- [21] **Dehen H.**
Lexique de la douleur.
Presse M6d 1983 ; 12 : 23.
- [22] **Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J.**
A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients:
The EPCA-2 Study of its psychometric properties.
Pain 2007;133:87-98.
- [23] **M. Martinez*, I. Pozzetto , F. Gallego, M. Crozet, P. Rigaudiere**
Evaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la
douleur en Smur
Journal Européen Des Urgences (2010) 23, 93-99
- [24] **NEJMI M.**
Physiologie et évaluation de la douleur chez l'adulte.
Espérance médicale 1995 ; 2, spécial 2 : 15-31.

- [25] **P. Rat , S. Bonin-Guillaumeb**
Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation
Douleurs (2008) 9, hors-série 1, 2-8
- [26] **AGS Panel on persistent pain in older persons.**
The management of persistent pain in older persons.
J Am Geriatr Soc 2002;50:S205-24.
- [27] **ANAES. Service des recommandations et références professionnelles.**
Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.
Octobre 2000.
- [28] **l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté**
L'AUTOMEDICATION ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE
CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 70 ANS
Analyse sociologique et repères bibliographiques Septembre 2003
- [29] **HELLING D. K. , LEMKE J. H., SEMLA T. P., et al.**
"Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65+ rural health study".
Journal of the American Geriatrics Society, 1987, vol. 35, p. 4-12.
- [30] **Groux-Frehner D, Rapin CH.**
Les douleurs chroniques dans un home de personnes âgées
Infokara 1996;41:16—25.

- [31] **Kiffel C, Dauchot A, Serrie A.**
Prise en charge de la douleur chez la personne âgée.
Rev Geriatr 2004;29(7):515—23.
- [32] **Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F.**
Does age increase the risk of adverse drug reactions ?
Br J Clin Pharmacol 2002;54:548—52.
- [33] **Albert T., Aline S., Christophe S., Gilles B., Sandrine C., James C., Olivier F., Jorge M., Jean-Marc Ph., Christophe P., Valérie R., Catherine Le G.**
Actualisation 2007 de la IIIe Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence)
Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008)9, 248—278
- [34] **Jeanfaivre V, Divinie C, Akalin MN, Anacharsis F, Montagne A, Le parco JC**
Enquête de prévalence de la douleur à l'hôpital Albert-Chenevrier. Comparaison des évaluations menées par les patients, les soignants et les médecins.
Ann Med Interne 2003;154(8):499—508.
- [35] **Aubrun F, et al.**
Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient
Anesthesiology 2002;96:17—23.

[36] Frédéric Aubrun

Cinq règles d'or sur : la douleur et l'analgésie du sujet âgé

Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2008) 9, 1—2

[37] Aubrun F, Bunge D, Langeron O, et al.

Postoperative morphine consumption in the elderly patient

Anesthesiology 2003;99:160—5.

[38] TRINH-DUC A, SATIN A, SUREAU C, ET AL.

Actualisation 2007 de la 3e conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence.

Douleurs évaluation diagnostic traitement 2008;9(5):248—78.

[39] MICROMEDEX HEALTHCARE SERIES. DRUGDEX ® SYSTEM.

Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado.

Disponible sur <http://www.thomsonhc.com>, [consulté le 1.09.08].

[40] Banwarth P, Pehourcq F.

Pharmacologic basis for using paracetamol: Pharmacokinetic and pharmacodynamic issues.

Drugs 2003;63:5—15.

[41] KETOPROFENE (BI-PROFENID®)

Nouvelle indication dans la crise de migraine : sans consistance.

Rev Prescrire 2004;24(254):645—47.

- [42] **TOUZE MD, BERTINI N, DUCASSE JL, ELLRODT A, GATTEGNO B, GUILLE F, ET AL.**
Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences.
Reanim Urgence 1999;8(7):532—46
- [43] **ANAES.**
Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
Paris : ANAES ; 2000. 18 p. www.hassante.fr
- [44] **Perrot S, Krause D, Crozes P, Naim C.**
Efficacy and tolerability of paracetamol/tramadol (325 mg/37.5 mg) combination treatment compared with tramadol (50 mg) monotherapy in patients with subacute low back pain: a multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, 10-day treatment study.
Clin Ther 2006;28(10):1592—606.
- [45] **Close BR.**
Tramadol: does it have a role in emergency medicine?
Emerg Med Australas 2005;17(1):73—83.
- [46] **ENGINDENIZ Z, DEMIRCAN C, KARLI N, ARMAGAN E, BULUT M, AYDIN T, ET AL.**
Intramuscular tramadol vs. diclofenac sodium for the treatment of acute migraine attacks in emergency department: a prospective, randomised, double-blind study.
J Headache Pain 2005;6(3):143—8.

- [47] **Legrain S.**
Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance.
HAS 2005. www.has-sante.fr.
- [48] **BANNWARTH B, BERTIN P, QUENEAU P.**
Les opoïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses.
Presse Méd 2001 ; 30 : 947-50.
- [49] **RICARD-HIBON A, CHOLLET C, MARTY J.**
Stratégie de la prise en charge de la douleur en pré-hospitalier.
In: Arnette, editor. Dequad Urgences; 2004, p. 105—13.
- [50] **CHAUVIN M.**
Douleurs aiguës en situations d'urgence : des techniques à la démarche qualité.
In: Arnette, editor. Dequad Urgences; 2004, p. 93—103.
- [51] **Owen JA, Sitar DS, Berger L, Brownell L, Duke PC, Mitenko PA.** Age-related morphine kinetics.
Clin Pharmacol Ther 1983;34:364-8.
- [52] **Inturrisi CE.**
Clinical pharmacology of opioids for pain.
Clin J Pain 2002;18:S3-S13.

- [53] **MICHEL P, de SARASQUETA AM, CAMBUZAT E, HENRY P.**
Evaluation de la prise en charge de la douleur.
Presse Médicale 2001 ; 30, 29.
- [54] **ELMNAOUAR M, ISMAEL.**
Les antalgiques commercialisés au Maroc.
Espérance médicale 1995 ; 2 : 48-56.
- [55] **NEJMI M.**
L'enseignement de la douleur.
Espérance Médicale 1995 ; tome 2, spécial 2 : 58-61.
- [56] **Close BR.**
Tramadol: does it have a role in emergency medicine?
Emerg Med Australas 2005;17(1):73—83.
- [57] **OLIVIER M, LECOULES N, QUINTARD M.**
Prise en charge thérapeutique d'une douleur aiguë en médecine
d'urgence chez l'adulte et le grand enfant.
La revue des SAMU 2007;186:25—
- [58] **LE BARS D, WILLER J-C.**
Physiologie de la douleur.
Encyclopédie médico-chirurgicale 2004, 36-020-A-10

[59] BENEDETTI F.

Placebo analgesia.

Neurol Sci 2006;27(Suppl. 2):100—2.

[60] NEJMI M.

La prise en charge de la douleur : un objectif universel.

Espérance médicale 2000 ; 7, 60 : 165-167.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأنا أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد العظيم الذي يستحقونه .
- وأنا أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأنا لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأنا أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأنا أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأنا أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأنا أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأنا لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - السويسي
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 54

سنة : 2014

**تقييم علاج الألم الحاد عند الأشخاص المسنين
بمستحضرات المستشفى العسكري التعليمي محمد الخامس بالرباط
(دراسة وصفية بصدد 49 حالة)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيد: زكرياء عابيد

المزوداد في: 17 أبريل 1988 بسلا

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية - الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: ألم - حاد - مستحضرات - شخص مسن.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: سمير سياح
أستاذ في التخدير والإنعاش
السيد: لحسن بليمي
أستاذ في التخدير والإنعاش
السيد: خليل أبو العلاء
أستاذ في التخدير والإنعاش
السيد: زكرياء بلخدير
أستاذ في التخدير والإنعاش
السيد: مصطفى بن صغير
أستاذ في التخدير والإنعاش