

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

ANNEE: 2013

THESE N°: 177

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE
AUX URGENCES DE L'HMIMV – RABAT
(ETUDE OBSERVATIONNELLE A PROPOS DE 101 CAS)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Safae NAJMI

Née le 21 Mai 1987 à Ksar El-Kébir

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Douleur – Aigue – Urgence – Oligoanalgsie.

JURY

Mr. M. DIMOU

Professeur d'Anesthésie Réanimation

PRESIDENT

Mr. L. BELYAMANI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

RAPPORTEUR

Mr. A. MOUSSAOUI

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Mr. M. DRISSI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

JUGES

Mr. Z. BELKHADIR

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُصْفَةٍ
ثُمَّ مِنْ عِلْقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ هِفْلًا ثُمَّ لِيَبْلُغُوا
أَشَدَّكُمْ ثُمَّ لِيَكُونُوا شُيُوخًا وَمِنْكُمْ مَنْ
يَتَوَفَّى مِنْ قَبْلُ وَلِيَبْلُغُوا أَجَلًا مُسَمًّى

وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴿٦٧﴾

سورة غافر: الآية 67

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



17 JUIN 2013

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 estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

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

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENSOUHA Mohamed	Anatomie
Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
Pr. LAHBABI Naïma	Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad	Neurochirurgie
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil	Radiothérapie
Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSAID Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie

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. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

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. BENSOUHA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar

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

Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUADA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Noureddine
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. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur
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

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

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

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

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
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*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie

Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. MOULINE Soumaya
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN AMAR Abdesselem
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. DERRAZ Said
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

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

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHAOUI Zineb
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. HAMMANI Lahcen
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

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

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. BENCHEKROUN Nabihha
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL IDGHIRI Hassan
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

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

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie

Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BENYOUSSEF Khalil
 Pr. BERRADA Rachid
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUHOUCHE Rachida
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. CHELLAOUI Mounia
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 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

Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 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

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

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique

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 Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 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

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
 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

Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KARMANE Abdelouahed
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. SASSENOU ISMAIL*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENHARBIT Mohamed
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. KARIM Abdelouahed
Pr. KENDOSSI Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

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

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

Octobre 2007

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

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

Pr. BAITE Abdelouahed*
 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 Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 hygiène
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaïb*
 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 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Anesthésie réanimation
 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

 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :
Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. AGDR Aomar*	Pédiatre
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*	Chirurgie Générale
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AKHADDAR Ali*	Neuro-chirurgie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. AZENDOUR Hicham*	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. BOUHSAIN Sanae*	Biochimie-chimie
Pr. BOUI Mohammed*	Dermatologie
Pr. BOUNAIM Ahmed*	Chirurgie Générale
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*	Traumatologie orthopédique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. CHTATA Hassan Toufik*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. DOGHMI Kamal*	Hématologie clinique
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. EL OUENNASS Mostapha*	Microbiologie
Pr. ENNIBI Khalid*	Médecine interne
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. L'KASSIMI Hachemi*	Microbiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal*	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie
Pr. CHEMSI Mohamed*	Médecine aéronautique
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. RAISSOUNI Zakaria*	Traumatologie Orthopédie
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ABOUELALAA Khalil*	Anesthésie Réanimation
Pr. Ahmed JAHID	Anatomie Pathologique
Pr. BELAIZI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. BENCHEBBA Drissi*	Traumatologie Orthopédique
Pr. DRISSI Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*	Médecine Interne
Pr. EL OUAZZANI Hanane*	Pneumophtisiologie
Pr. MEHSSANI Jamal*	Psychiatrie
Pr. Mouna EL ALAOU MHAMDI	Chirurgie Générale
Pr. Mounir ER-RAJI	Chirurgie Pédiatrique
Pr. RAISSOUNI Maha*	Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

(a) PROFESSEURS

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 OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
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

Enseignants Militaires

Mise à jour le 02/05/2013



*A Allah
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde.*



A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Je dédie cette thèse



A la mémoire de mon frère trop tôt disparu

A Mohammed Abderrahmane NAJMI

Aucun mot ne pourra exprimer ma grande tristesse en ton absence...

Ton visage gai et souriant...

Ta bonté infinie...

Et ton soutien incomparable...

Resteront à jamais gravés dans mon cœur...

Je te remercie pour ta bienveillance...

Je te remercie pour tous les beaux moments que nous avons partagés en famille...

Je te remercie pour tous mes souvenirs...

Tu me manques beaucoup mon frère...

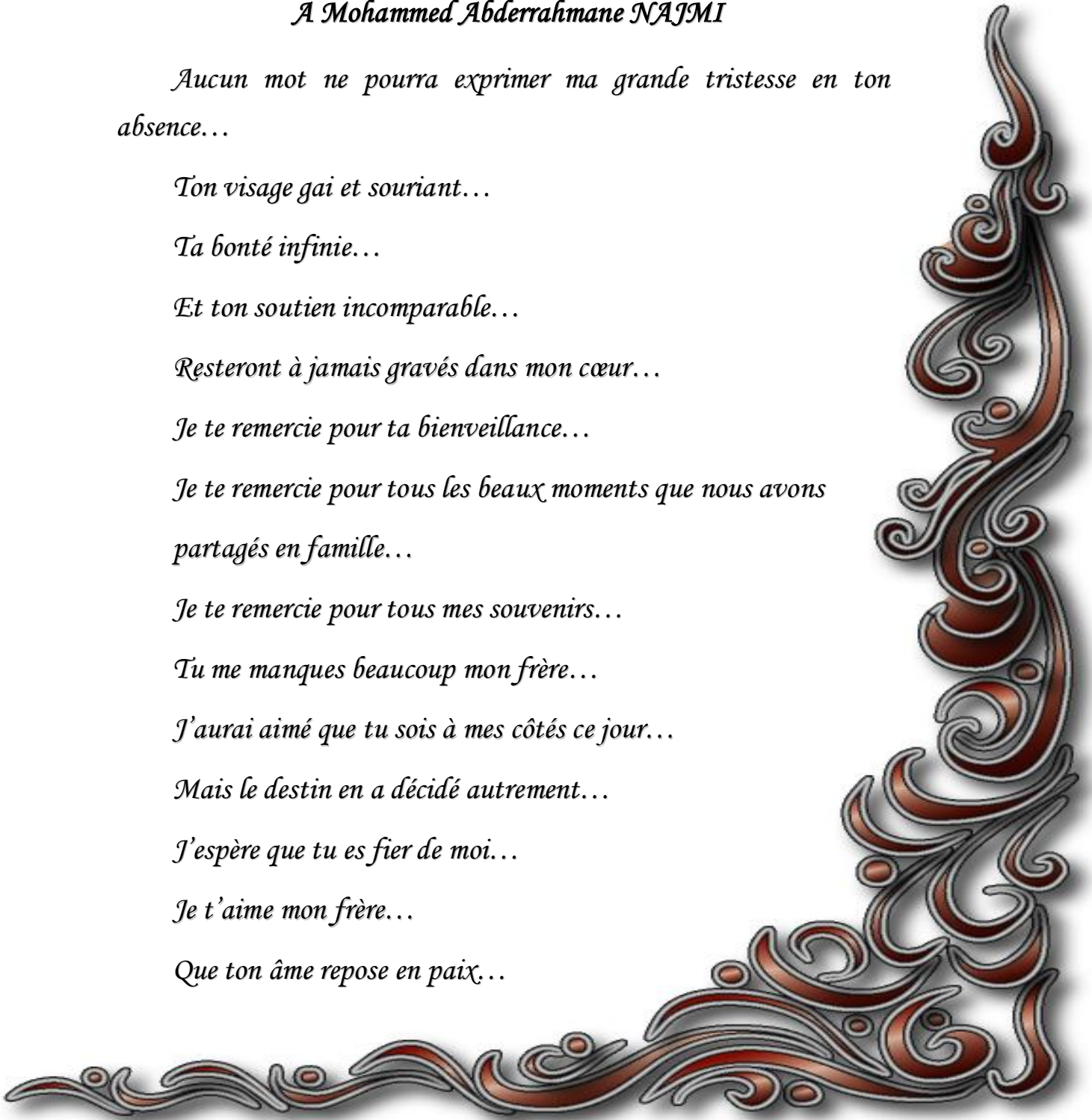
J'aurai aimé que tu sois à mes côtés ce jour...

Mais le destin en a décidé autrement...

J'espère que tu es fier de moi...

Je t'aime mon frère...

Que ton âme repose en paix...





A ma chère mère

Pour l'affection, la tendresse et l'amour

dont tu m'as toujours entouré,

Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as

toujours fait preuve,

Pour l'encouragement sans limites que

tu ne cesses de manifester.

Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer

mes sentiments profonds d'amour,

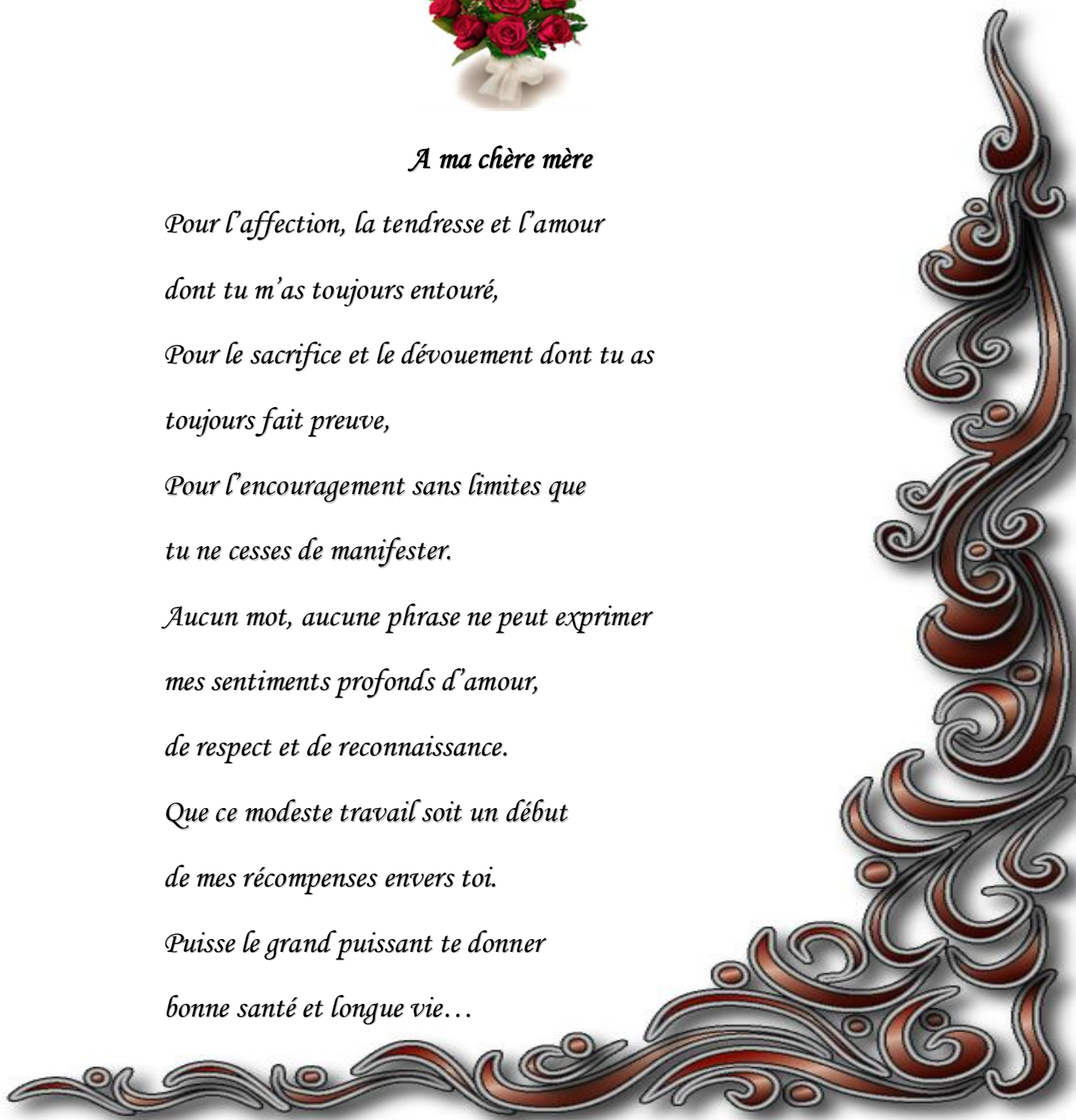
de respect et de reconnaissance.

Que ce modeste travail soit un début

de mes récompenses envers toi.

Puisse le grand puissant te donner

bonne santé et longue vie...





A mon cher père

*Tu m'as toujours incité à étudier
et à aller de l'avant.*

*Grâce à ta bienveillance, à ton encouragement
et à ta générosité, j'ai pu terminer mes études
dans l'enthousiasme.*

*Tous les mot ne me suffisent pour t'exprimer
mon immense gratitude.*

*Que ce travail puisse être le résultat
de tes efforts et de tes sacrifices.*

*Puisse le bon dieu te protéger et
t'accorder longue vie.*





A mon très cher fiancé

Ilyasse Van Der Holstein

*Il n'est de mots susceptibles d'exprimer toute ma gratitude
et mon affection.*

*Ta bonté, ta tendresse, sont sans limites, ton grand cœur,
tes encouragements ont été pour moi d'un grand soutien moral.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon attachement
et de mon ravissement.*



A Ma tante Zohra et son mari Hamid

A mon oncle slimane

A ma tante Houria et son mari Mouhcine

A mes tantes et mes oncles

A mes cousines et cousins

Betty

Nada et son mari Mehdi

Loubna et son mari Ghoufran

Ikram et son mari Zakaria

Mohammed amine NAJMI

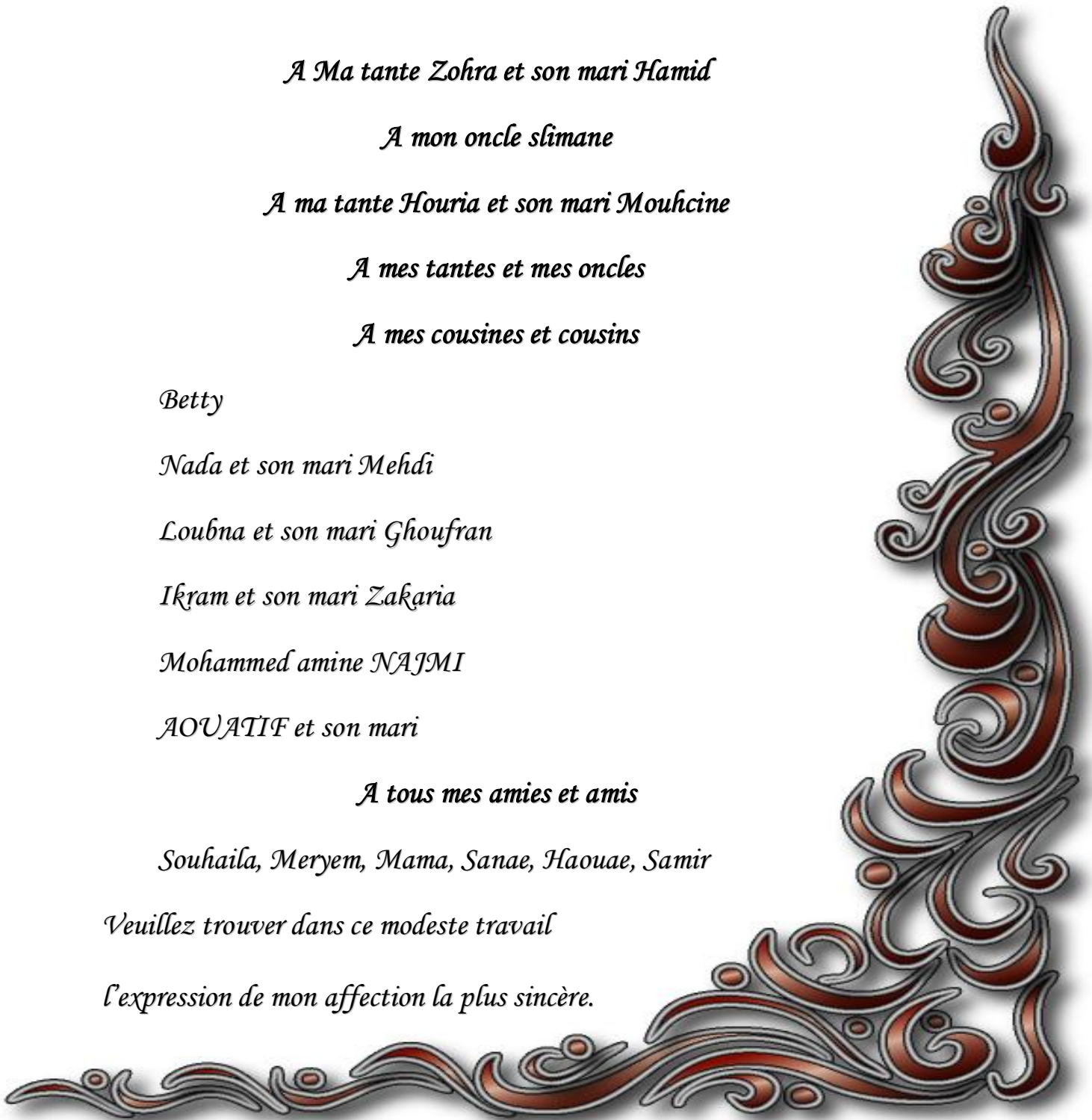
AOUATIF et son mari

A tous mes amies et amis

Souhaila, Meryem, Mama, Sanae, Haouae, Samir

Veillez trouver dans ce modeste travail

l'expression de mon affection la plus sincère.



Remerciements



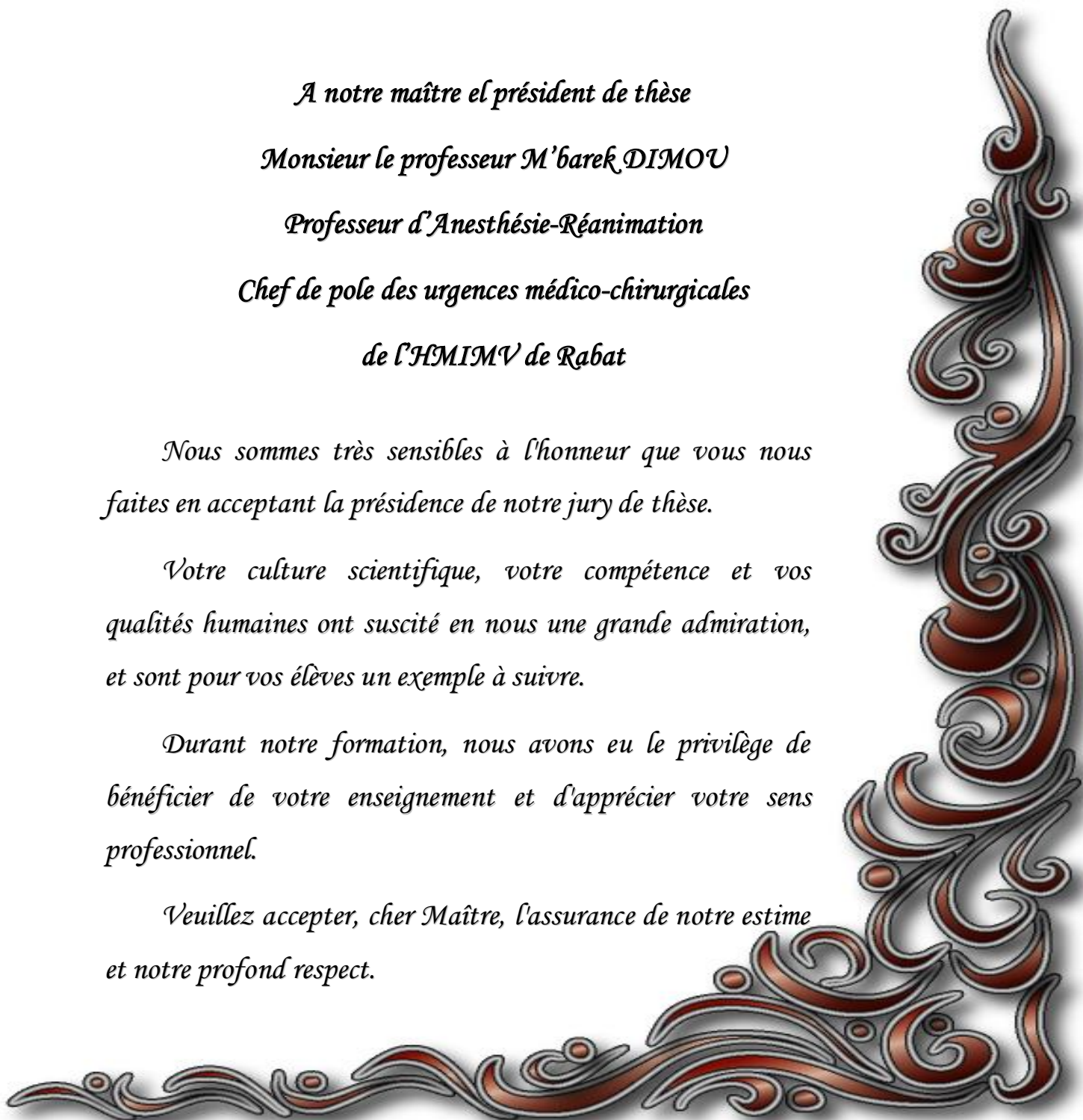
A notre maître et président de thèse
Monsieur le professeur M'barek DIMOU
Professeur d'Anesthésie-Réanimation
Chef de pôle des urgences médico-chirurgicales
de l'HMIMV de Rabat

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.



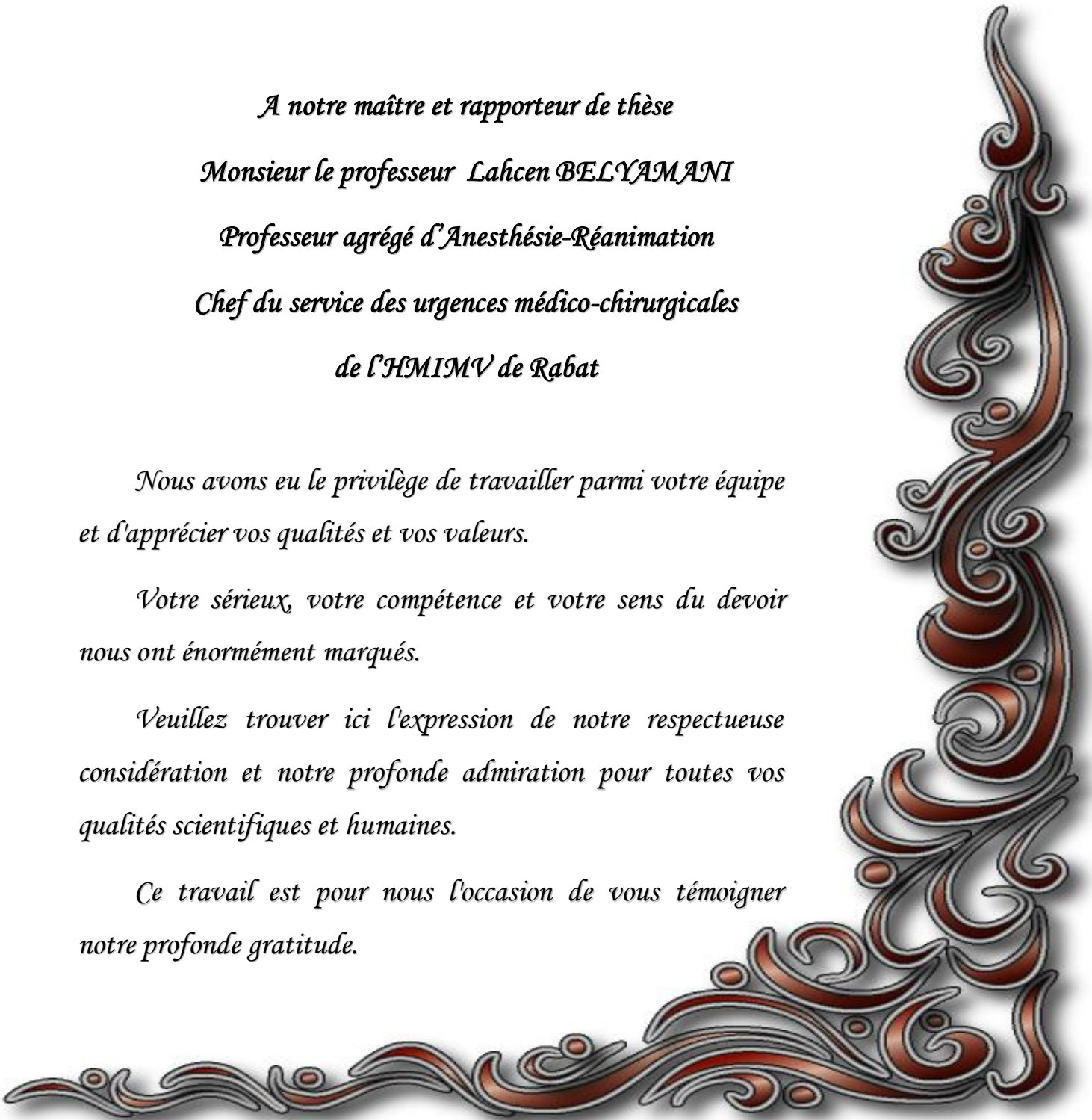
A notre maître et rapporteur de thèse
Monsieur le professeur Lahcen BELYAMANI
Professeur agrégé d'Anesthésie-Réanimation
Chef du service des urgences médico-chirurgicales
de l'HMIMV de Rabat

*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.*

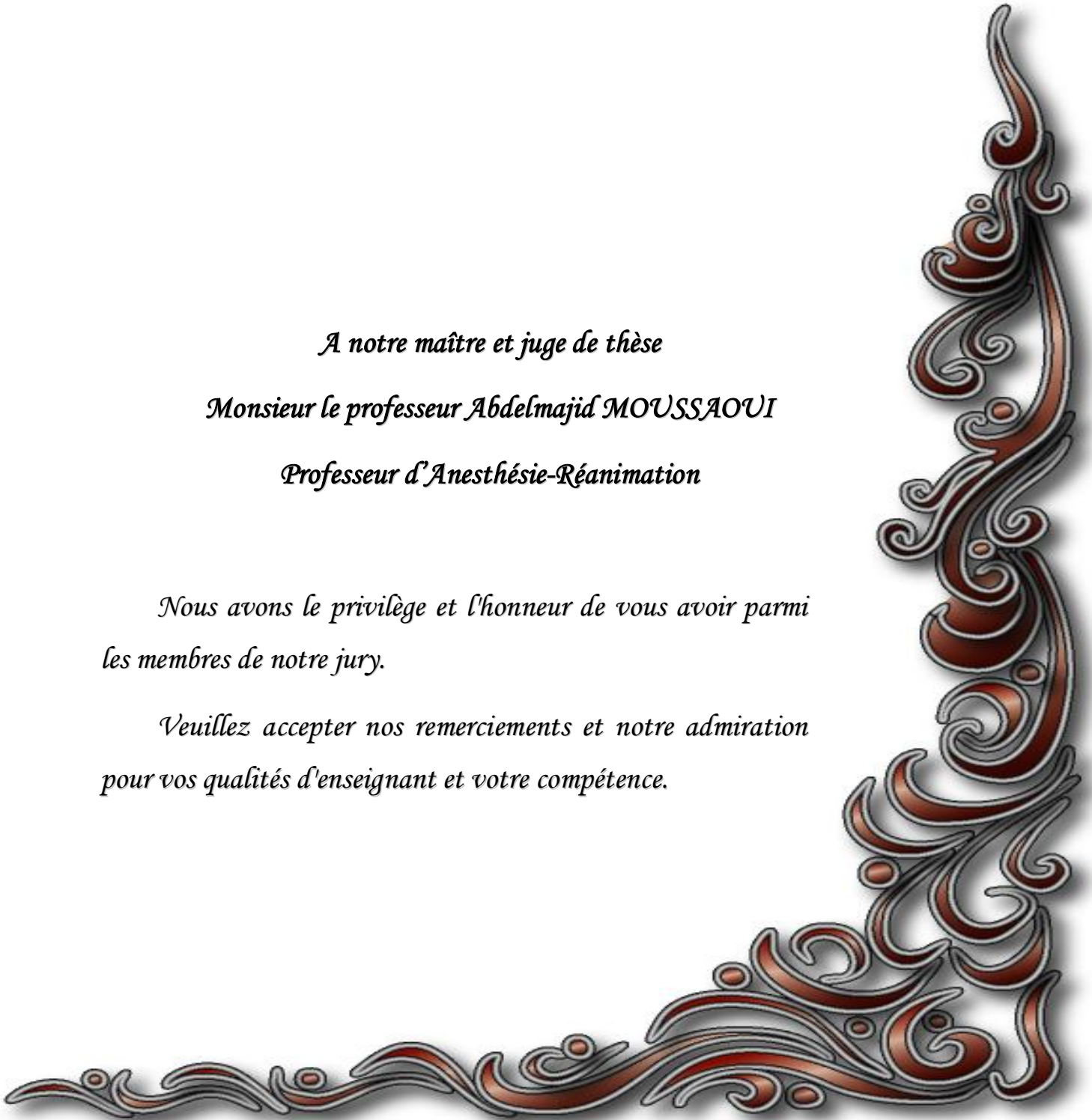
*Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner
notre profonde gratitude.*



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur Abdelmajid MOUSSAOVI
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 Mohammed DRISSI

Professeur agrégé 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.*

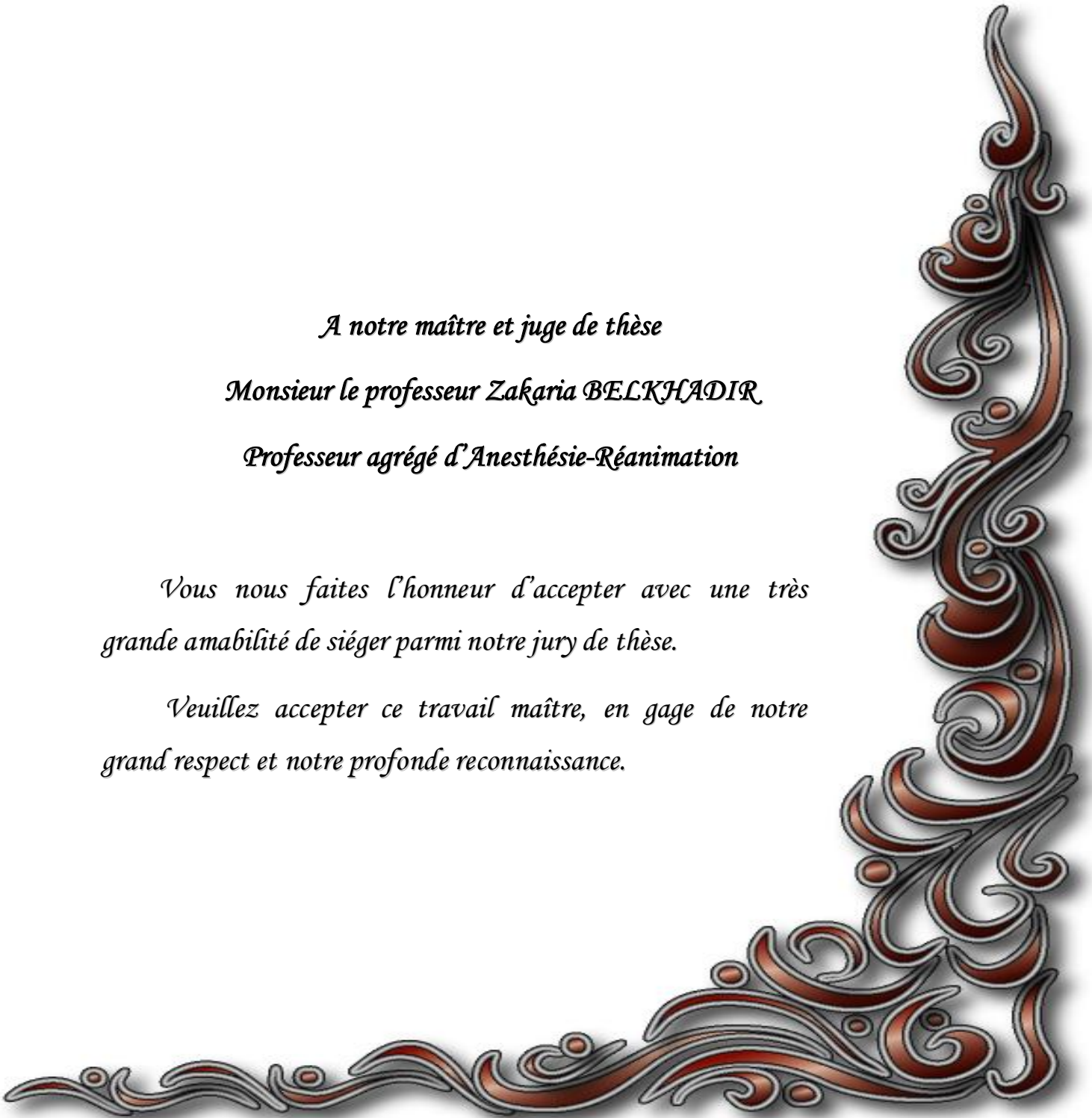
*Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre
respect.*



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur Zakaria BELKHADIR
Professeur agrégé 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.



Sommaire



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	3
I-MATERIELS :	4
A- Aperçu sur le service :	4
B- Nombre de malade :	4
C- Critères d'inclusion :	4
D- Critères d'exclusion :	4
II- METHODE D'ETUDE :	5
A- Type d'étude :	5
B- Evaluation des patients :	5
C- Analyse statistique :	7
RESULTATS	8
STATISTIQUES DESCRIPTIVES CONCERNANT LA P.E.C DE LA DOULEUR AIGUE AU SERVICE DES URGENCES DE L'HMIMV	9
I-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :	10
A- Fréquence :	10
B- Caractéristiques sociodémographiques des patients :	10
1. Age :	11
2. Sexe :	12
3. Le niveau d'instruction :	13
4. Le niveau socio-économique :	14
C- Facteurs de risque :	15
II- CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR :	18
A- La localisation de la douleur :	19
B- L'intensité de la douleur :	20
C- Irradiation et signes associés à la douleur :	21

D- Orientation étiologique et pathologie causale de la douleur :	22
III- PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :	24
A- Médication antérieure :	24
B- Prise en charge analgésique aux urgences :	28
C- Devenir du patient :	32
D- Prise en charge analgésique post P.E.C initiale aux urgences :	34
STATISTIQUES ANALYTIQUES CONCERNANT LA P.E.C DE LA DOULEUR AU SERVICE DES URGENCES DE L'HMIMV	37
I- FACTEURS MODULANT LA DOULEUR :	38
A. Intensité de la douleur en fonction du sexe :	39
B. Intensité de la douleur et médication antérieur :	39
C. Intensité de la douleur et traitement aux urgences :	39
II- FACTEURS ASSOCIES A LA PRISE MEDICAMENTEUSE ANTERIEURE :	40
III-FACTEURS ASSOCIES AU CONSEIL D'UN TRAITEMENT ANTERIEURE :	43
IV-FACTEURS ASSOCIES A LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE AUX URGENCES :	45
V-FACTEURS MODULANTS LA DOULEUR DES PATIENTS TRAITES AUX URGENCES :	48
DISCUSSION	50
I- EPIDEMIOLOGIE :	52
A- Fréquence de la douleur aux urgences :	52
B- Age :	52
C- Sexe :	52
D. Niveau Socioculturel Et Economique :	53
II-EVALUATION DE LA DOULEUR EN MEDECINE D'URGENCE:	54
A- Intérêt :	54
B – Défis de l'évaluation :	54

C-Méthodes d'évaluation :	55
III-ETIOLOGIES DE LA DOULEUR AIGUE :	56
A-Douleurs abdomino-pelviennes :	56
B-Traumatologie – plaies :	57
C- O. R. L :	57
D- La migraine :	57
IV- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE:	58
A- La médication antérieure:	58
B- La prise en charge intra-hospitalière :	59
C- Prescriptions post prise en charge intra-hospitalière:	60
1-Traitements médicamenteux :	60
1-1- Le paracétamol (niveau I de l'OMS):	60
1-2- AINS (niveau I de l'OMS) :	61
1-3- Codéine (niveau II de l'OMS):	61
1-4- Tramadol (niveau II de l'OMS):	62
1-5- La morphine (Niveau III de l'OMS) :	62
1-6- Les antispasmodiques :	63
1-7- Associations :	63
2-Traitements non médicamenteux :	64
2-1-Moyens physiques :	64
2-2-Approche psychologique :	65
D-Facteurs de l'oligoalgésie :	65
CONCLUSION	67
RESUMES	69
ANNEXE	73
BIBLIOGRAPHIE	77



Liste des illustrations

Tables des figures

Figure 1: Répartition des malades selon l'âge.	11
Figure 2: Répartition des malades selon le sexe.	12
Figure 3: Répartition des malades selon le niveau d'instruction.	13
Figure 4: Répartition des malades selon le niveau socio-économique.	14
Figure 5: Répartition des malades selon la présence d'au moins un facteur de risque.	16
Figure 6: Répartition des malades selon les facteurs de risque.	17
Figure 7: Répartition des malades selon la localisation de la douleur.	19
Figure 8: Répartition des malades selon l'intensité de la douleur.	20
Figure 9: Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur.	21
Figure 10: Répartition des cas selon les signes associés à la douleur.	21
Figure 11: Répartition selon l'orientation étiologique de la douleur.	22
Figure 12: les principales étiologies de la douleur aiguë aux urgences.	23
Figure 13: Médication antérieure.	25
Figure 14: traitement ant par antalgiques.	25
Figure 15: Les médications antérieures conseillées.	26
Figure 16: La médication antérieure : Médicament.	27
Figure 17: Durée du traitement antérieure.	27
Figure 18: Traitement aux urgences.	29
Figure 19: Traitement par moyens antalgiques.	29
Figure 20: Traitement aux urgences : médicaments.	30
Figure 21: Traitement par co-analgésiques associé.	30
Figure 22: Voies d'administration.	31
Figure 23: Soulagement de la douleur.	31
Figure 24: Devenir des patients.	33
Figure 25: P.E.C aux urgences (ambulatoire et salle d'observation)	35
Figure 26: Traitement post urgence : médicaments.	36
Figure 27: Traitement co-analgésique associé.	36

Table des tableaux :

Tableau 1:Caractéristiques sociodemographiques des patients.....	10
Tableau 2: Facteurs de risque.....	15
Tableau 3:Caractéristiques de la douleur.....	18
Tableau 4:Médication antérieure.....	24
Tableau 5:Prise en charge analgésique aux urgences.....	28
Tableau 6:Résultats descriptifs de la relation entre localisation de la douleur et P.E.C antalgique aux urgences.....	32
Tableau 7:Devenir des patients.....	32
Tableau 8:Prise en charge analgésique post P.E.C initiale aux urgences.....	34
Tableau 9:Relation entre intensité de la Douleur et les Caractéristiques suivantes = Sexe, Age, Niveau Socio-économique, Niveau D'instruction, Présence d'un FDR, Automédication Préalable, Traitement aux Urgences.....	38
Tableau 10:les facteurs associés à la prise médicamenteuse antérieure (oui ou non).....	40
Tableau 11: les facteurs associés au conseil d'un traitement antérieur (médecin-pharmacien ou non).....	43
Tableau 12:les facteurs associés à la prise en charge à visée antalgique analgésique aux urgences (oui ou non).....	45
Tableau 13:Relation entre intensité de la douleur et les caractéristiques suivantes = Sexe, Age, Niveau Socio-économique, Niveau D'instruction, Présence d'un FDR, Automédication Préalable, Traitement prescrit et Voie d'Administration du médicament chez les patient.....	48

Liste des abréviations

AINS	: Anti inflammatoire non stéroïdien.
AMM	: Autorisation de mise sur le marché.
BPCO	: Bronchopneumopathie chronique obstructive.
EVA	: Echelle visuelle analogique.
EVS	: Echelle verbale simple.
FDR	: Facteur de risque.
HMIMV	: Hôpital militaire d'instruction Mohammed V.
HTA	: Hypertension artérielle.
IM	: Intra musculaire.
IV	: Intraveineuse.
OMS	: Organisation mondiale de la santé.
SAU	: Service d'accueil des urgences.



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).

C'est un motif de consultation très fréquent dans le cadre de l'urgence, et qui peut être retrouvé chez plus de quatre patients sur cinq à l'admission en SAU (2).

Ce symptôme, considéré comme véritable signal d'alarme et de sauvegarde de l'intégrité de l'organisme (1), est souvent sous-estimé, mal évalué et par conséquent insuffisamment pris en charge en amont comme au service des urgences, ce qui est désigné dans la littérature par le terme oligoanalgésie (3).

La littérature reste insuffisante concernant ce symptôme, qui est devenu un objectif de santé publique dans les pays développés, alors qu'aux pays en voie de développement ou émergents, la priorité est toujours donnée à la pathologie infectieuse (3).

Ainsi, les objectifs de ce travail sont :

- ◆ Evaluer la fréquence de la douleur aiguë, ainsi que les données socio-épidémiologiques.
- ◆ Mettre le point sur les caractéristiques de la douleur aiguë.
- ◆ Estimer la qualité de prise en charge thérapeutique.
- ◆ Enfin déterminer les facteurs conduisant à l'oligoanalgésie dans un service des urgences médico-chirurgicales, ce afin d'optimiser l'analgésie aux urgences et contribuer à l'élaboration des recommandations nationales, en initiant ce genre d'enquête dans notre contexte.



Matériels et méthodes

I- MATERIELS :

A- Aperçu sur le service :

Le service des urgences assure l'accueil de toutes les urgences médico-chirurgicales, et il est constitué de 4 secteurs :

- ◆ L'accueil,
- ◆ Une salle d'observation,
- ◆ Une salle de déchoquage,
- ◆ Une unité de réanimation.

B- Nombre de malade :

Cette étude a été réalisée auprès de 101 malades, parmi les 150 admis aux urgences médico-chirurgicales de l'HMIMV-RABAT sur une période de 03 jours allant du 18-03-2013 au 20-03-2013, pendant les heures ouvrables de 10 heures du matin jusqu'à midi.

C- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- ◆ Tout malade souffrant d'une douleur aiguë.
- ◆ Quel que soit le sexe, l'âge et le niveau d'instruction.

D- Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude :

- ◆ Les patients ayant une douleur chronique.
- ◆ Les patients ayant présenté une altération des fonctions supérieures.

II- METHODE D'ETUDE :

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 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 mois selon la définition de l'OMS.

L'enregistrement des patients se faisait au fur et à mesure de leur admission au service des urgences. Ces admissions sont assurées par les médecins internes et les urgentistes du service.

Le recueil des données a été effectué sans que l'urgentiste assurant la prise en charge (PEC) ne le sache.

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

- ✓ Données sociodémographiques (l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le niveau socio-économique et FDR).

- ✓ Données liées aux caractéristiques de la douleur (la localisation, l'intensité, l'irradiation, les signes accompagnateurs et l'orientation étiologique).
- ✓ Données liées à la prise en charge (la médication antérieure, la PEC au service des urgences et prescriptions médicamenteuses ultérieures avec le devenir des patients).
- ✓ La localisation a été définie suivant 4 grandes régions anatomiques :
 - 1- Tête et cou
 - 2- Thorax
 - 3- Abdomen et pelvis
 - 4- Membres.
- ✓ L'évaluation de la douleur a été faite selon l'échelle verbale simple (EVS) =
 - 1: douleur faible
 - 2 : douleur modérée
 - 3 : douleur sévère.
- ✓ 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 statistique :

Les résultats ont été exprimés en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, en moyenne +/- écarts type pour l'âge (seule variable quantitative à distribution symétrique), et en médiane et quartiles pour la durée de médication antérieure (seule variable quantitative à distribution asymétrique).

La normalité de distribution des variables quantitatives a été vérifiée par l'histogramme de Gauss et le test de normalité de « KOLMOGOROV-SMIRNOV ».

Les variables qualitatives ont été comparées par le test « Khi deux », la variable quantitative (l'âge) a été comparée par les tests « t de student » et par le test « Analyse de variance » (ANOVA) pour échantillons indépendants. La régression logistique a été utilisée pour étudier les facteurs qui influençaient la médication antérieure (oui et non), le conseil (médecin-pharmacien et autre personne-automédication) et enfin la prise en charge aux urgences (oui et non).

Le seuil de significativité statistique a été choisi à $p= 0,05$. Les résultats ont été rapportés sur des tableaux et des diagrammes.



**STATISTIQUES DESCRIPTIVES CONCERNANT LA
P.E.C DE LA DOULEUR AIGUE AU SERVICE DES
URGENCES DE L'HMIMV**

I- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

A- Fréquence :

Sur un nombre total de 150 malades, durant la période du 18-03-13 au 20-03-13, 101 malades ont consultés aux SAU de l'HMIMV pour une douleur aiguë, ce qui représente 66,67% des patients.

B- Caractéristiques sociodémographiques des patients :

Tableau 1:Caractéristiques Sociodémographiques des Patients.

Caractéristique	Valeur
Sexe N(%)	
Masculin	53(52,5)
Féminin	48(47,5)
Age (année)	43,8+/- 18,3
Niveau d'instruction N(%)	
Illettré	23(22,8)
Primaire	29(28,7)
Secondaire	49(48,5)
Niveau socio-économique N(%)	
Bas	19(18,8)
Moyen	82(81,2)
Haut	-

Les valeurs sont exprimées en moyenne +/- écart-type et effectif (pourcentage) ; tests de normalité de distribution utilisé pour les moyennes : test de Kolmogorov-Smirnov et histogrammes ; Test de normalité de distribution K-S pour l'âge : $p= 0,238 > 0,05$ avec une Distribution Gaussienne à l'histogramme donc la distribution est symétrique.

1. Age :

L'âge moyen était de 43,8+/- 18,3 ans, avec des extrêmes variant entre 15 et 80 ans. Nous avons noté également que plus de 65,5% des patients avaient un âge inférieur ou égal à 50 ans (Fig 1).

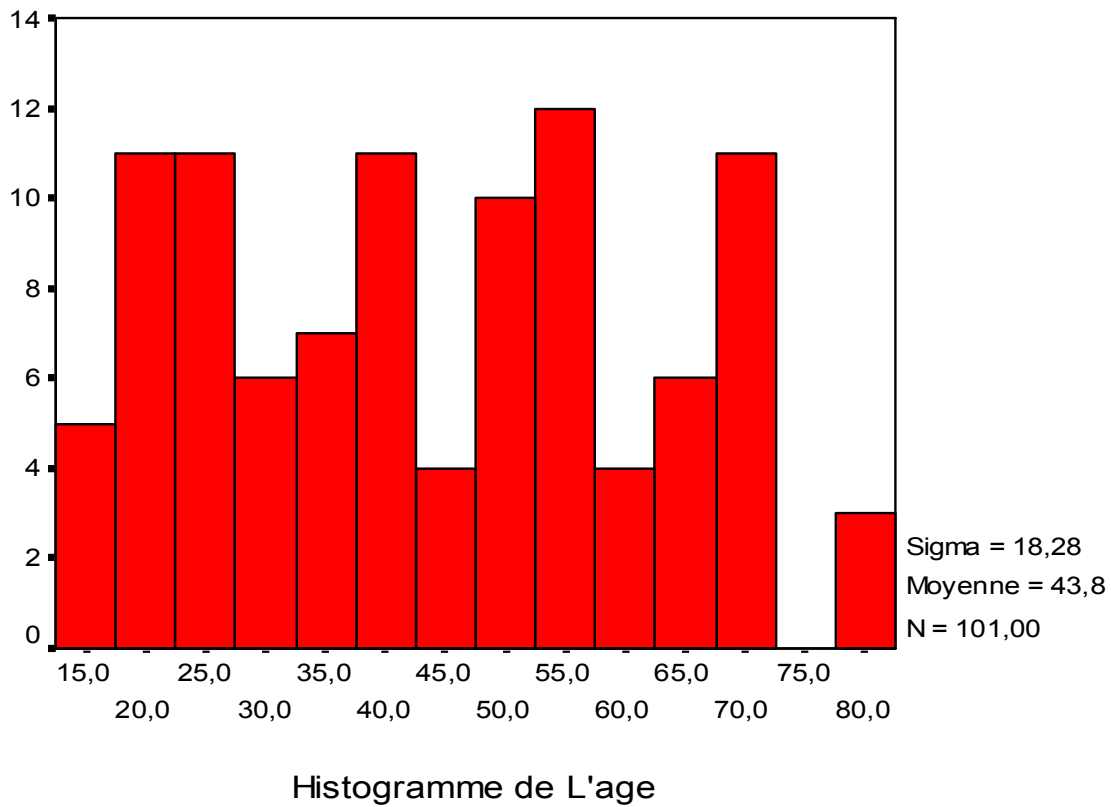


Figure 1: Répartition des malades selon l'âge.

2. Sexe :

Sur 101 malades, 43 patients sont de sexe féminin (47,5%), contre 58 patients de sexe masculin (52,5%), avec un sex-ratio de 1,34 (Fig 2).

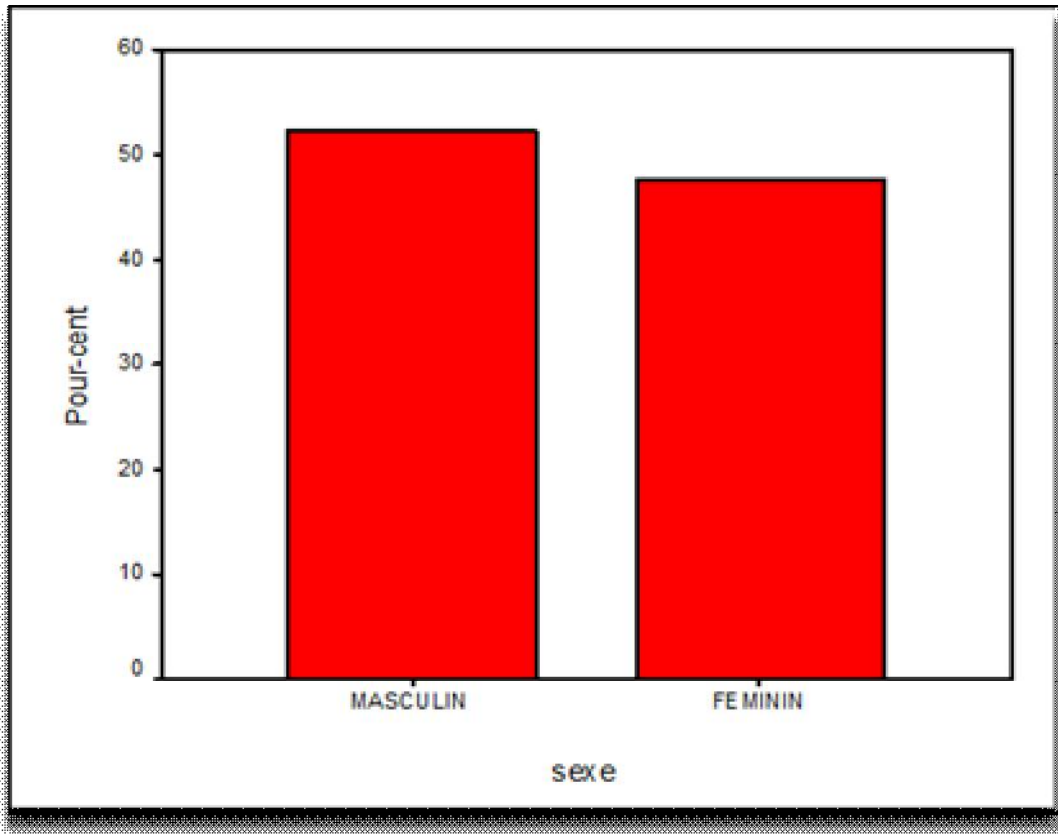


Figure 2: Répartition des malades selon le sexe.

3. Le niveau d'instruction :

Environ 22,8% des malades sont illettrés, alors que 48,5% ont un niveau d'études secondaires (Fig 3).

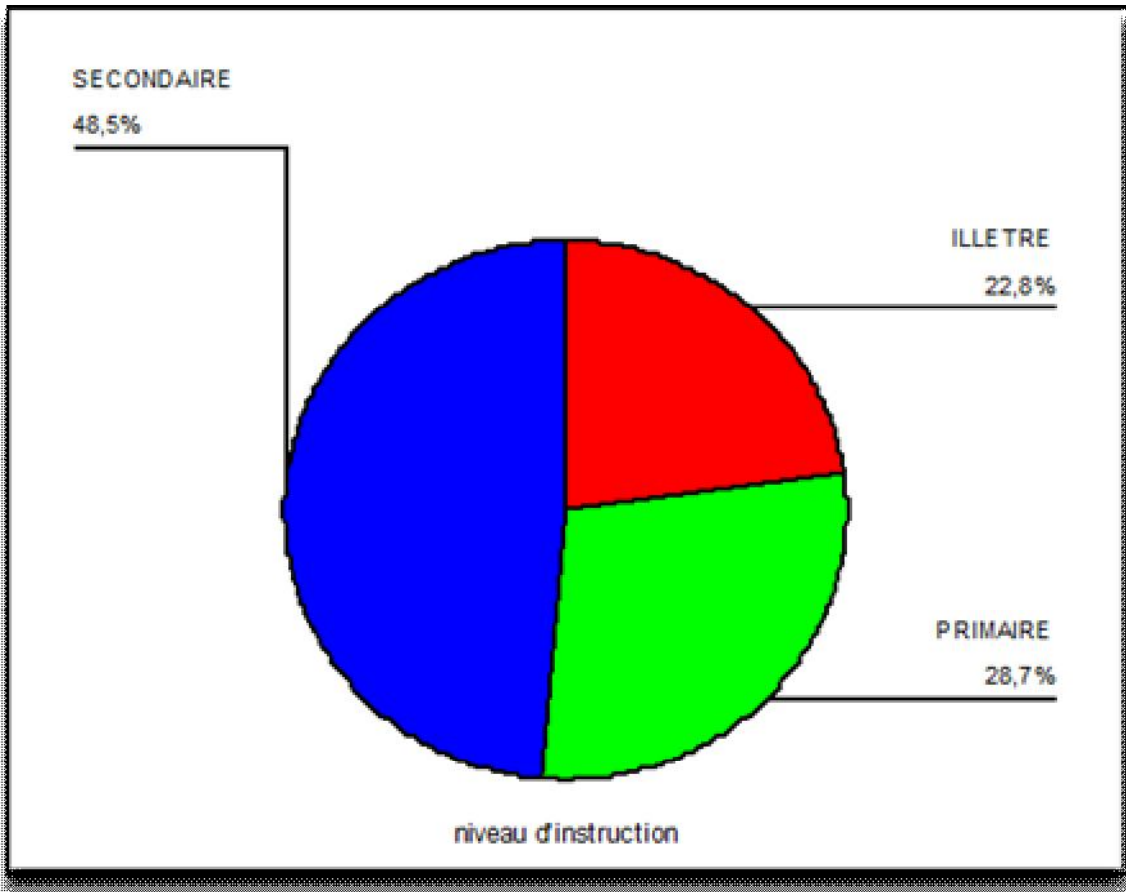


Figure 3: Répartition des malades selon le niveau d'instruction.

4. Le niveau socio-économique :

82 patients (81,2%) ont un niveau socio-économique moyen, le reste (19 patients, soit 18,8%) a un bas niveau socio-économique (Fig 4).

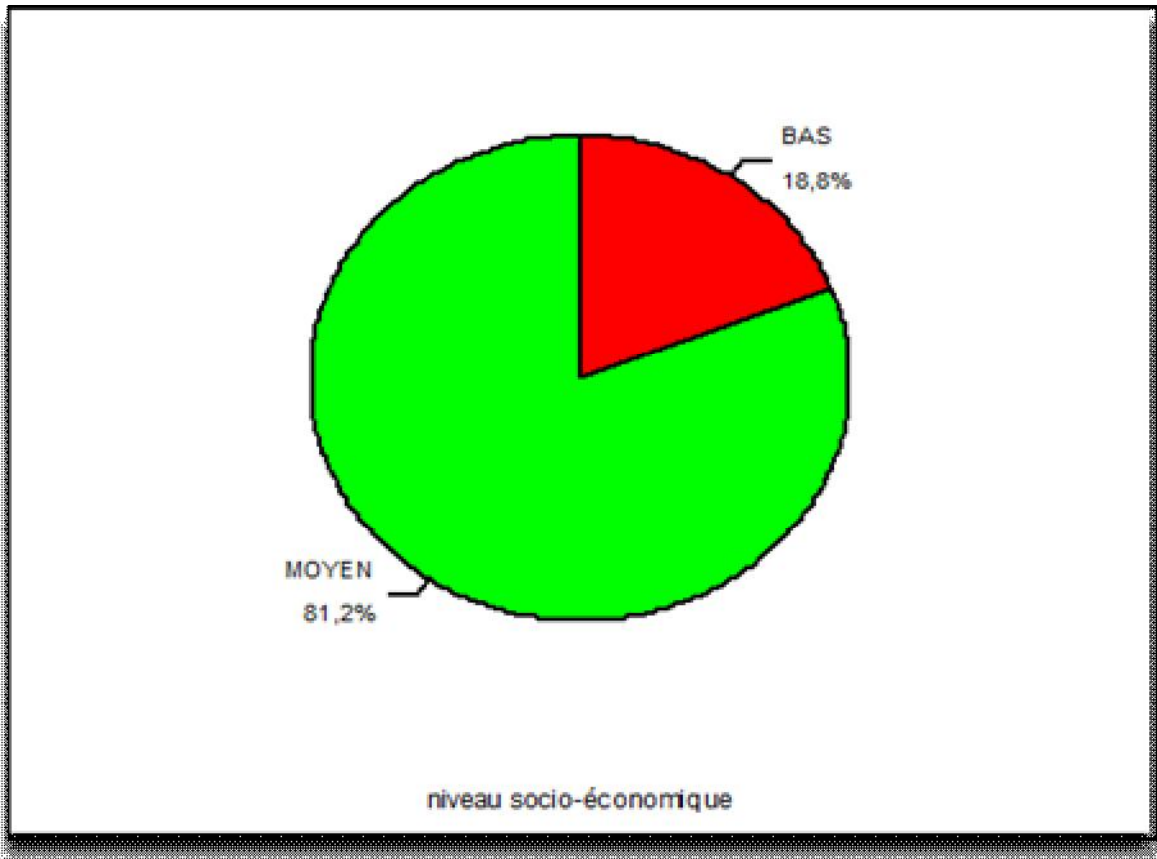


Figure 4: Répartition des malades selon le niveau socio-économique.

C- Facteurs de risque :

Tableau 2: Facteurs De Risque.

Caractéristique	Valeur
Présence d'au moins un FDR N(%)	
Oui	78(77,2)
Non	23(22,8)
HTA N(%)	
Oui	35(34,7)
Non	66(65,3)
Diabète N(%)	
Oui	15(14,9)
Non	86(85,1)
Asthme N(%)	
Oui	9(8,9)
Non	92(91,1)
Insuffisance Coronaire N(%)	
Oui	6(5,9)
Non	95(94,1)
BPCO N(%)	
Oui	2(2)
Non	99(98)
Allergie N(%)	
Oui	9(8,9)
Non	92(91,1)
Tabac N(%)	
Oui	40(39,6)
Non	61(60,4)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

Selon le graphe ci-dessous, on constate la présence d'au moins un facteur de risque chez 79% des patients consultant pour une douleur aiguë (Fig 5).

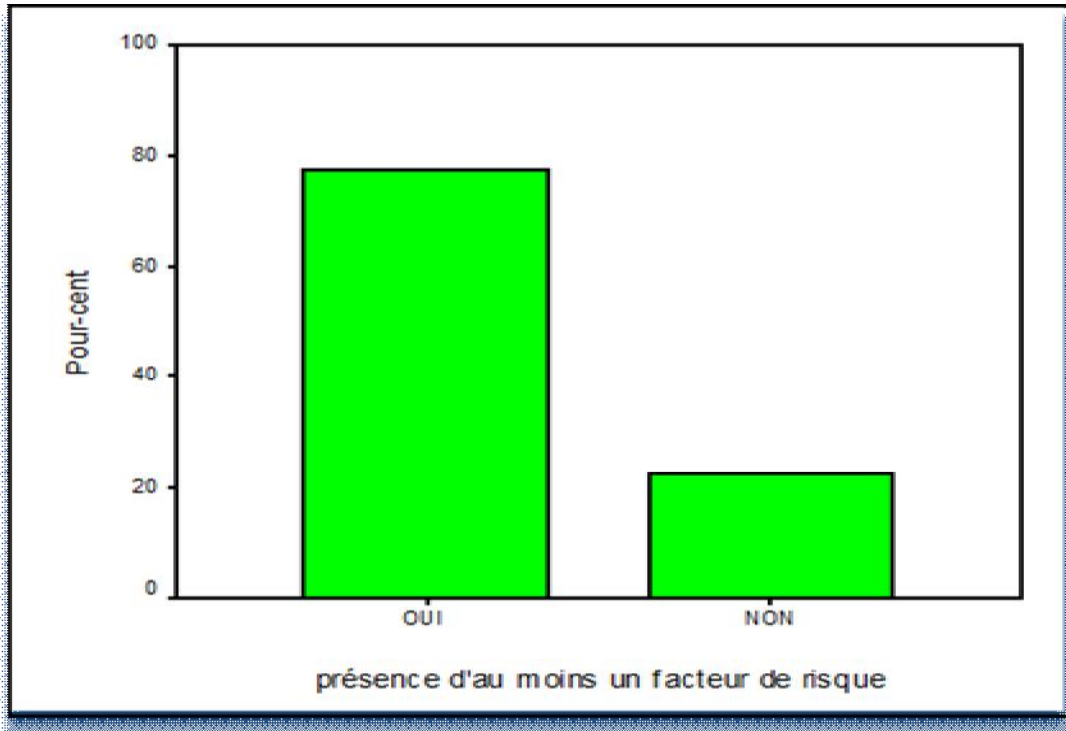


Figure 5: Répartition des malades selon la présence d'au moins un facteur de risque.

-On note que le tabac et l'hypertension artérielle sont les deux facteurs de risque les plus fréquents dans cette série, et représentent respectivement les valeurs suivantes : 39,6% et 34,7% (Fig 6).

-Alors que 14,9% des patients sont des diabétiques et 8,9% sont des asthmatiques (Fig 6).

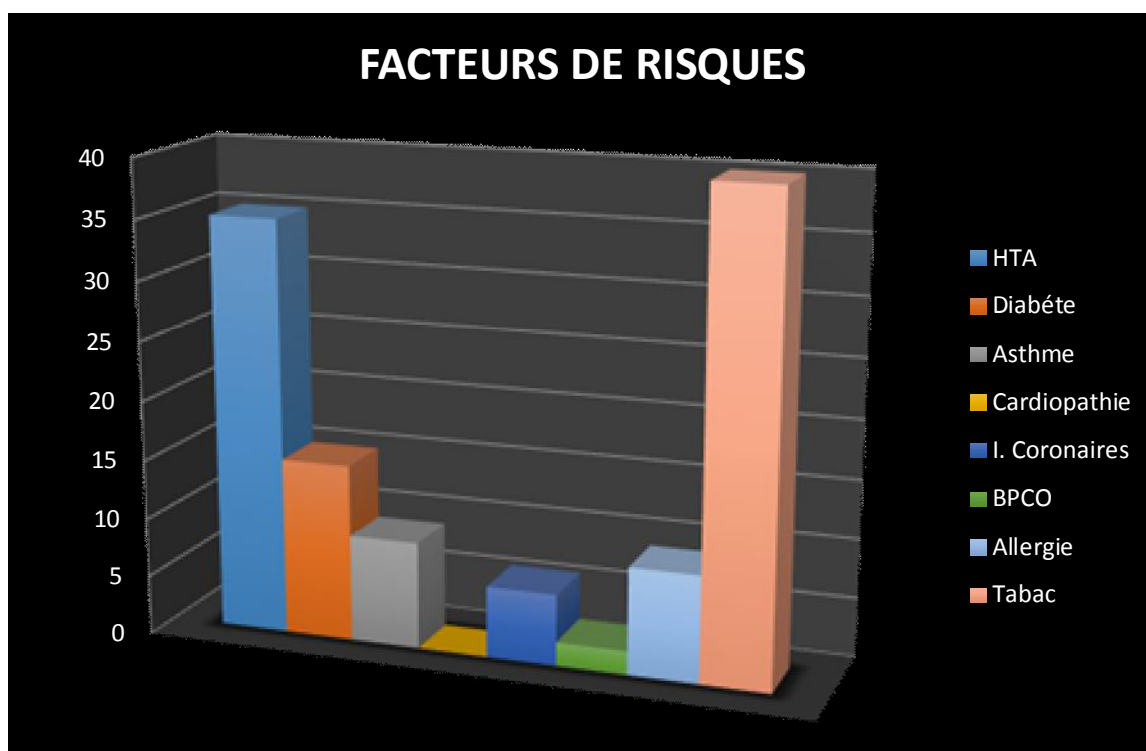


Figure 6: Répartition des malades selon les facteurs de risque.

II- CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR :

Tableau 3:Caractéristiques de la Douleur.

Caractéristique	Valeur
Localisation N(%)	
Tête et Cou	22(21,8)
Thorax	10(9,9)
Abdomen et Pelvis	26(25,7)
Membres	43(42,6)
Intensité = EVS N(%)	
1 = Faible	26(25,7)
2 = Modérée	60(59,4)
3 = Sévère	15(14,9)
Irradiation N(%)	
Oui	23(22,8)
Non	78(77,2)
Signes Accompagnateurs N(%)	
Oui	74(73,3)
Non	27(26,7)
Orientation Etiologique N(%)	
Traumatique	36(35,6)
Chirurgicale	10(9,9)
Médicale	55(54,5)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

A- La localisation de la douleur :

La douleur des membres vient en tête avec un pourcentage de 42,6%, suivie par les douleurs abdomino-pelviennes et les douleurs localisées à la tête et le cou qui représentent respectivement 25,7% et 21,8%, et enfin 9,9% pour les localisations thoraciques (Fig 7).

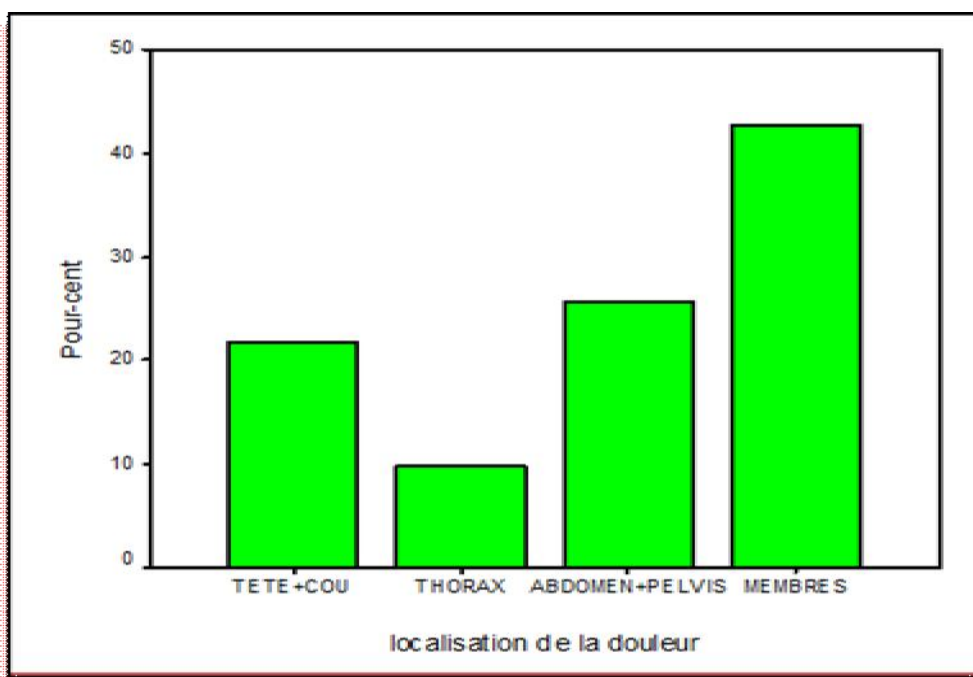


Figure 7: Répartition des malades selon la localisation de la douleur.

B- L'intensité de la douleur :

L'évaluation de l'intensité a été faite selon l'échelle verbale simple (EVS)= 1 : douleur légère, 2 : douleur modérée, 3 : douleur sévère.

59,4% des patients ont présenté des douleurs modérées (EVS=2), 25,7% des cas avaient des douleurs légères (EVS=1), alors que la douleur sévère (EVS=3) n'a représentée que 14,9% des cas (Fig 8).

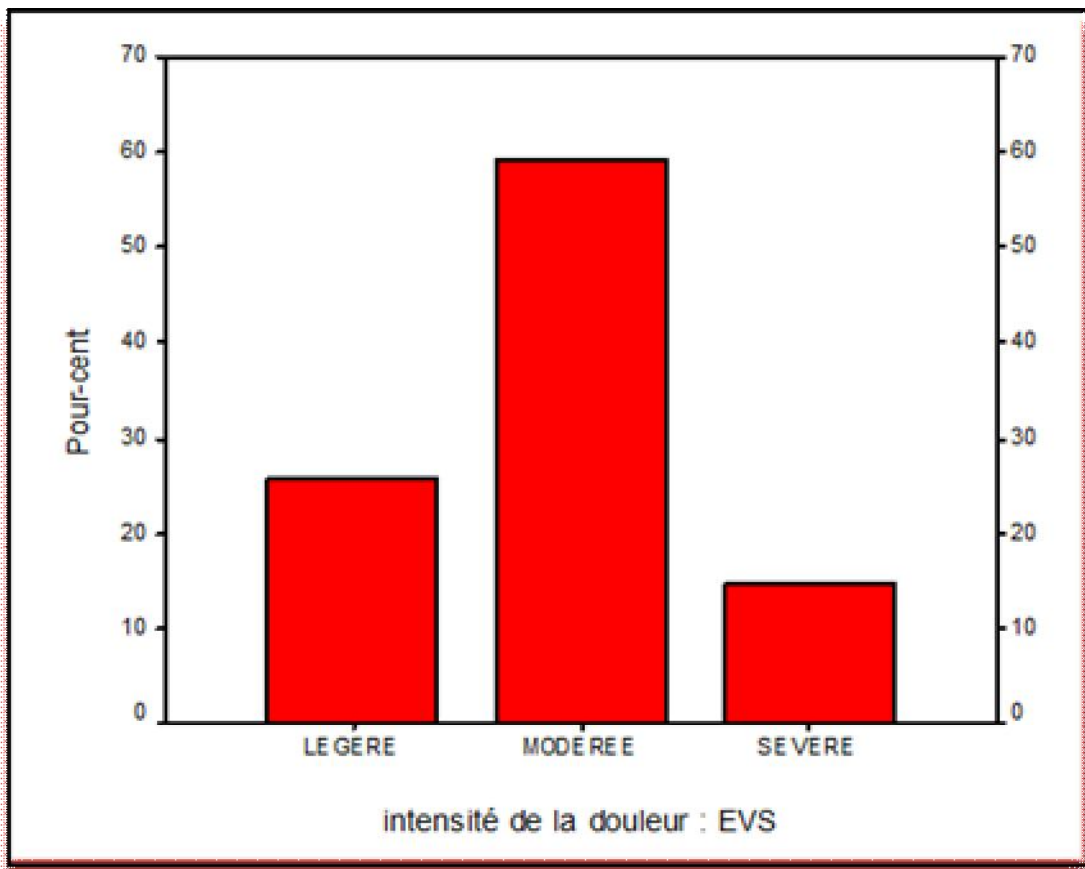


Figure 8: Répartition des malades selon l'intensité de la douleur.

C- Irradiation et signes associés à la douleur :

Selon les graphes ci-dessous, nous avons constaté que la douleur était sans irradiation chez 78 cas (77,2%) (Fig 9) et isolée sans signes accompagnateurs chez seulement 27 cas (26,7%) (Fig 10).

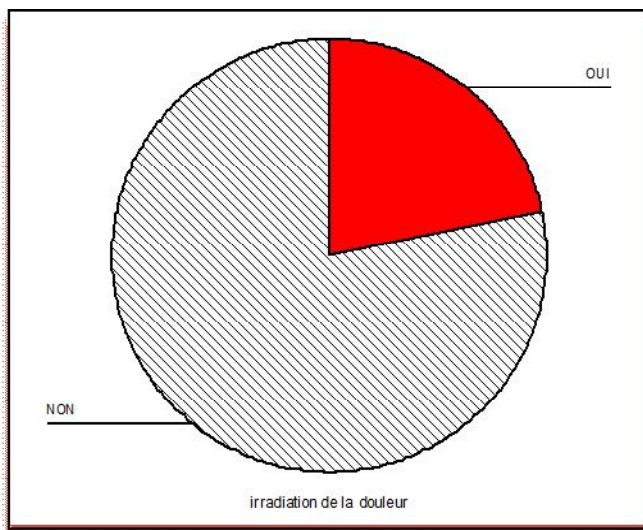


Figure 9: Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur.

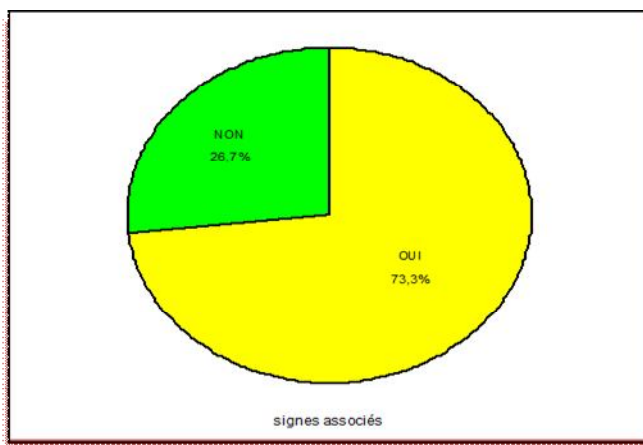


Figure 10: Répartition des cas selon les signes associés à la douleur.

D- Orientation étiologique et pathologie causale de la douleur :

- Il s'agissait d'une pathologie médicale dans 54,5%(n=55), traumatique dans 35,6%(n=36) et chirurgicale dans 9,9%(n=10) (Fig 11).

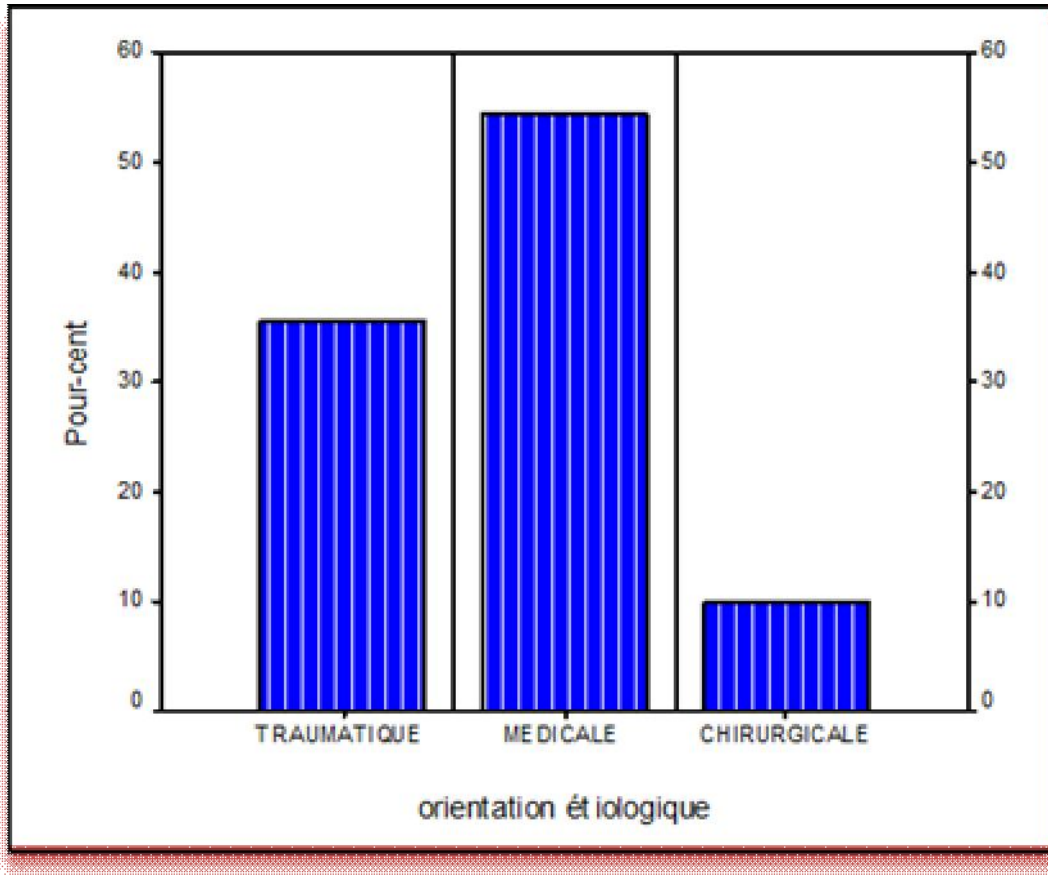


Figure 11: Répartition selon l'orientation étiologique de la douleur

- Les douleurs d'origine traumatique (fractures, luxations et entorses) constituent 38,6% des étiologies (Fig 12).

- Les douleurs abdomino-pelviennes (coliques hépatiques, coliques néphrétiques et l'abdomen aigu chirurgical) constituent 18,4% des cas (Fig 12).

-Les douleurs de la sphère ORL et les migraines représentent respectivement : 10% et 11% (Fig 12).

-Les 22% des étiologies restant sont représentées par des cas d'ulcère gastroduodéal, de dysménorrhée, et de poussée aiguë des affections rhumatismales (Fig 12).

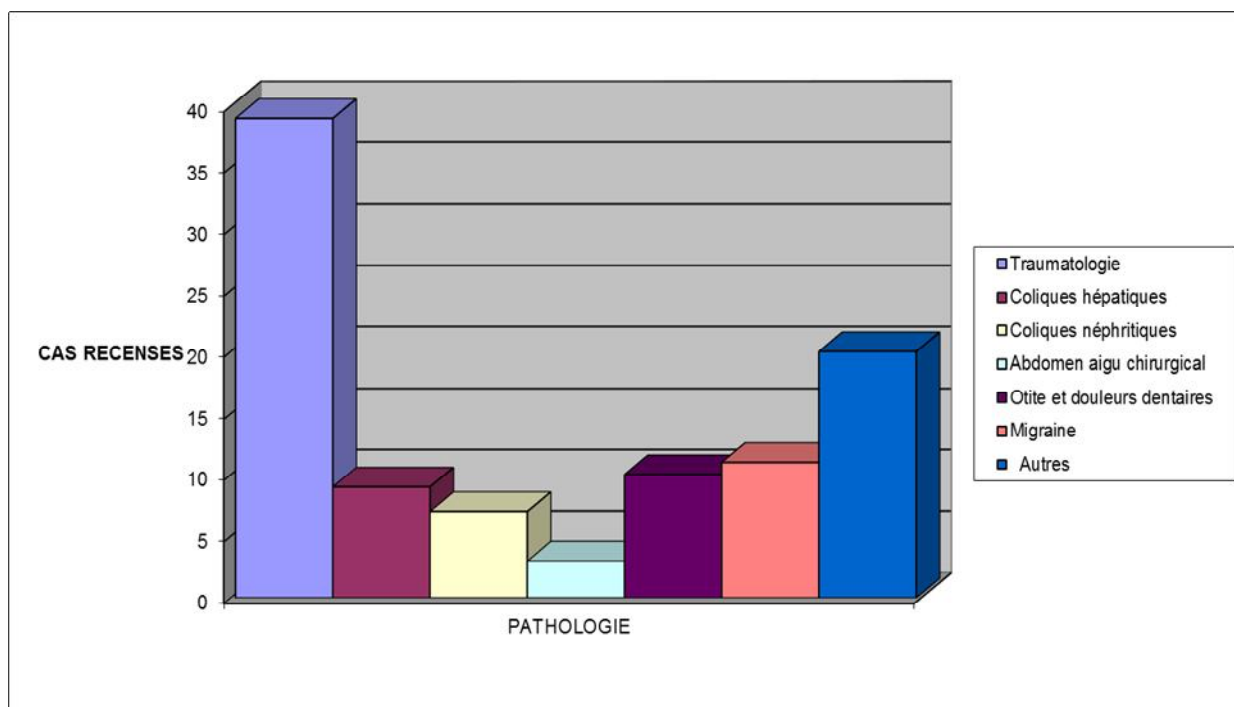


Figure 12: les principales étiologies de la douleur aiguë aux urgences

III- PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

A- Médication antérieure :

Tableau 4: Médication Antérieure.

Caractéristique	Valeur
Médication Antérieure N(%)	
Non	60(59,4)
Oui	41(40,6)
Médication par antalgiques N(%)	
Oui	40(39,6) (97,6)*
Non	1(1) (2,4)*
Médicament pris N(%)	
Palier 1	38(37,6) (92,8)*
Palier 2	1(1) (2,4)*
Palier 1+2	1(1) (2,4)*
Co-Analgésique seul	1(1) (2,4)*
Conseillée Par = N(%)	
Médecin	3(3) (7,3)*
Pharmacien	18(17,8) (43,9)*
Autre Personne	6(5,9) (14,6)*
Lui-même	14(13,9) (34,1)*
Durée (jours) **	3[2;4]

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage par rapport à la population générale) (pourcentage par rapport à la population qui ont pris une médication antérieure)* ;

** : Exprimé en médiane et quartiles, variable quantitative à distribution asymétrique confirmée par les tests de normalité de distribution utilisé pour les moyennes : test de Kolmogorov-Smirnov) et histogrammes ; et écart-type (4,12) \approx Moyenne(4,56).

-Parmi les 101 malades, 41 ont déjà essayé une médication antérieure (soit 40,6% des malades) (Fig 13).

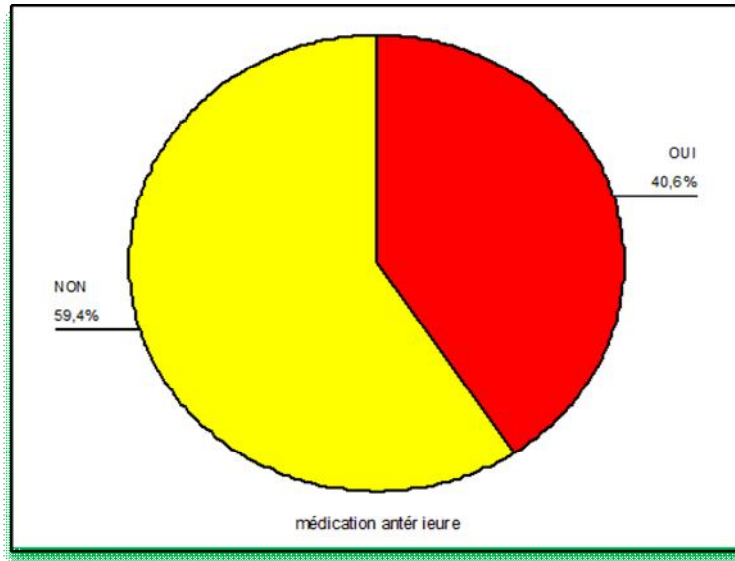


Figure 13: Médication antérieure.

-97,6% des cas de médication antérieure, ont eu recours à la médication par antalgiques (Fig 14).

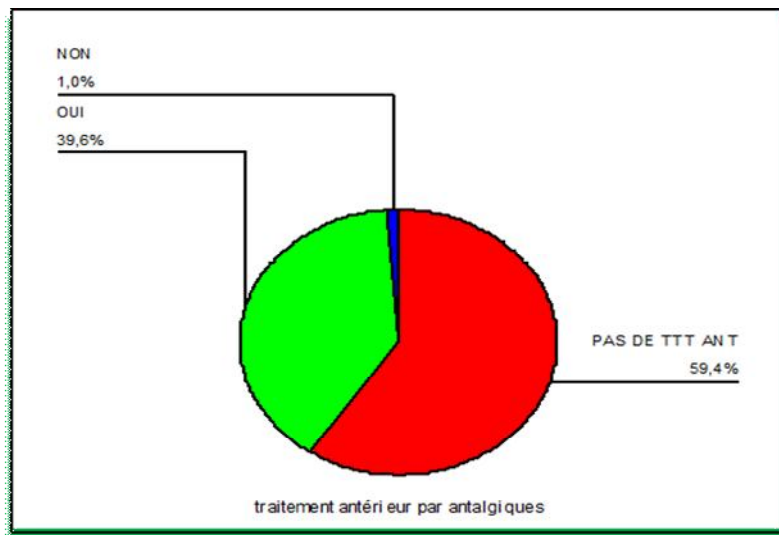


Figure 14: traitement ant par antalgiques

- On note que plus de la moitié des patients (59,4%) ont eu recours à une consultation pour des douleurs aiguës aux urgences, alors que le reste ont choisi de soulager leur douleur par des moyens médicamenteux et non médicamenteux.

- Pour les patients qui ont opté pour une médication antérieure, on a constaté que le conseil du pharmacien vient en premier lieu (n=18) (43,9%), alors que le conseil du médecin vient en dernier (n=3) (7,3%), une automédication dans 34,1% des cas (n=14), et 06 cas sur conseil d'une autre personne (14,6%) (Fig 15).

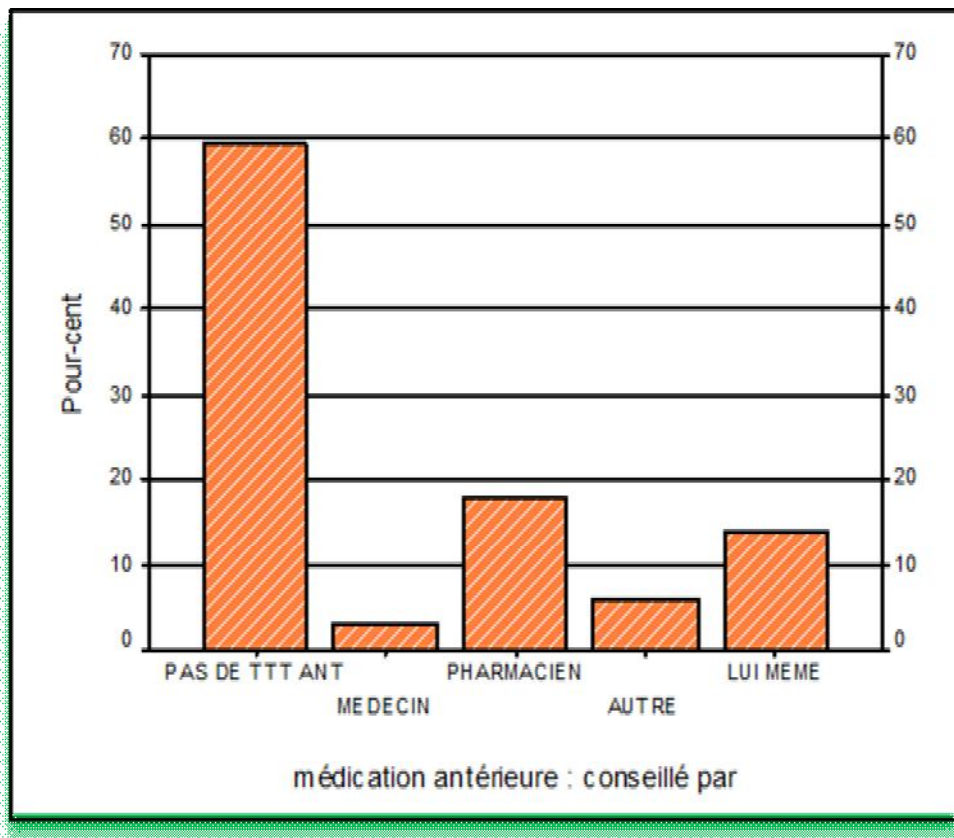


Figure 15: Les médicaments antérieurs conseillés.

- Selon les résultats du graphe ci-dessous, 92,8% des patients qui ont eu une médication antérieure, ont utilisé des antalgiques du palier 1 (n=38), alors que 7,2% des patients (n=3) ont utilisé des antalgiques du palier 2 pour le premier cas, l'association des paliers 1 et 2 pour le deuxième, et le co-analgésique seul pour le dernier cas (Fig 16).

La durée moyenne de cette médication avant de se présenter aux urgences est de 3 jours[2;4] (Figure 17).

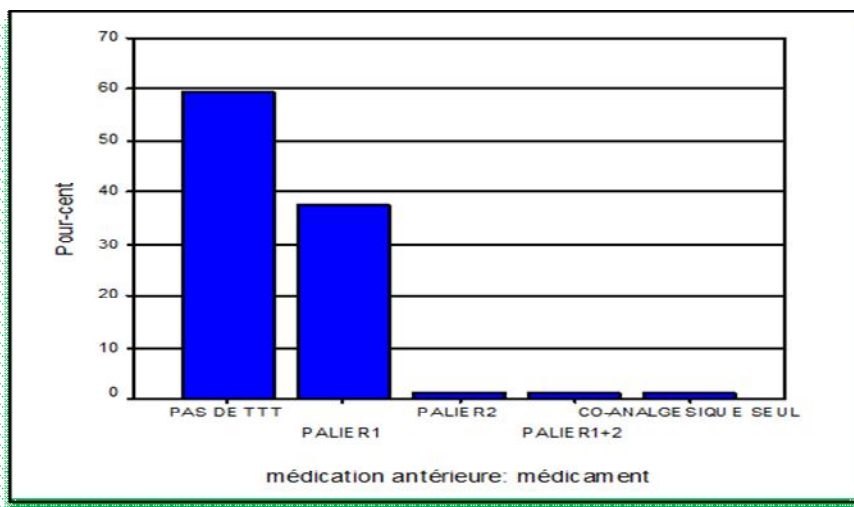


Figure 16:La médication antérieure : Médicament.

Histogramme de la Durée du ttt Antérieure

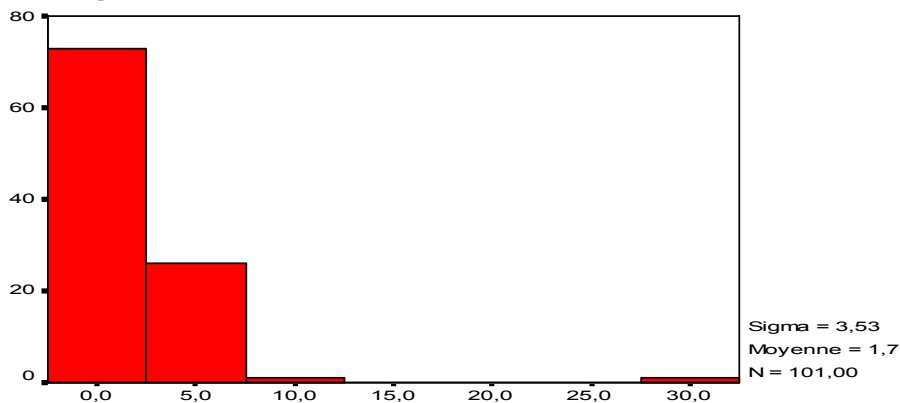


Figure 17:Durée du traitement antérieure.

B- Prise en charge analgésique aux urgences :

Tableau 5:Prise en Charge Analgésique aux Urgences.

Caractéristique	Valeur
Traitement Aux Urgences N(%)	
Non	72(71,3)
Oui	29(28,7)
Médicament pris N(%)	
Palier1	17(16,8) (58,6)*
Palier2	0(0) (0)*
Palier3	0(0) (0)*
Palier3 en second	8(7,9) (27,6)*
Co-Analgésique Seul	2(2) (6,9)*
Moyens antalgiques (%)	
Oui	27(26,7) (93,1)*
Non	2(2) (6,9)*
Moyens non médicamenteux (%)	
Oui	2(2) (6,9)*
Non	27(26,7) (93,1)*
Co-Analgésiques associés N(%)	
Oui	21(20,8) (72,4)*
Non	6(5,9) (20,7)*
Voie d'administration N(%)	
IV	7(6,9) (24,1)*
IM	4(4) (13,8)*
IV+IM	18(17,8) (62,1)*
Soulagement N(%)	
Oui	27(26,7) (93,1)*
Non	2(2) (6,9)*

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage par rapport à la population générale) (pourcentage par rapport à la population qui ont reçu un traitement aux urgences)* ;

- Seulement 29 patients (28,7%) sur les 101 ont bénéficié d'un traitement antalgique au service des urgences (Fig 18).

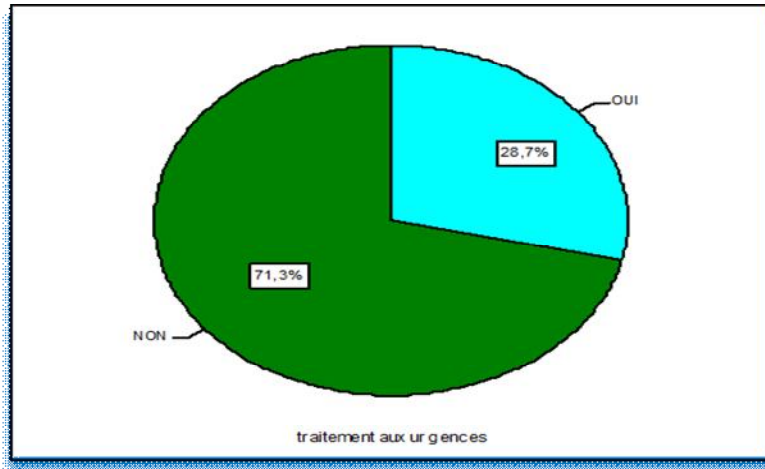


Figure 18: Traitement aux urgences.

-La plupart des patients traités aux urgences (93,1%) ont reçu des médicaments antalgiques, alors que le reste (6,9%) n'a bénéficié que de moyens non médicamenteux (Fig 19).

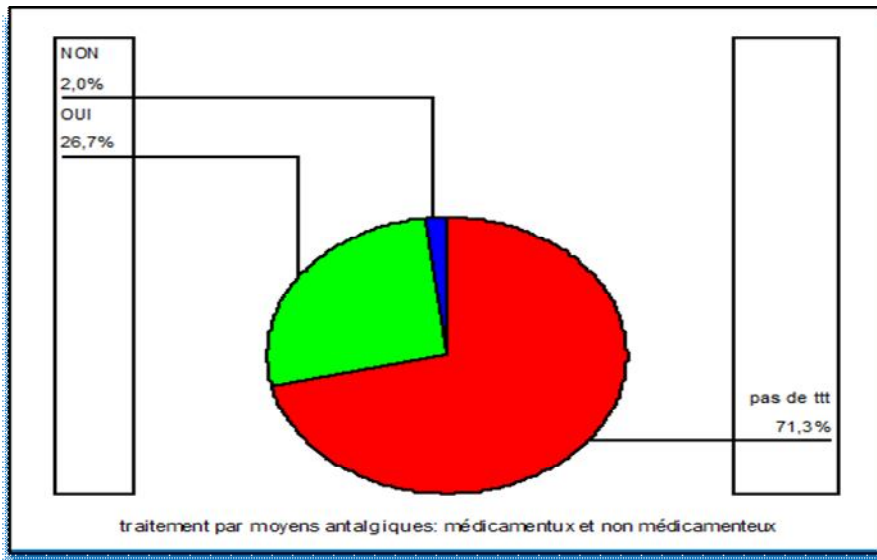


Figure 19: Traitement par moyens antalgiques.

- Les médicaments antalgiques du palier 1 ont été utilisés dans les douleurs aiguës jugées intenses, dans 58,6% des cas traités (n=17), le palier 3 en second après échec d'un palier moindre dans 08cas (Fig20).

-L'utilisation des traitements co-analgésiques a été minime (6,9%) (Fig 21).

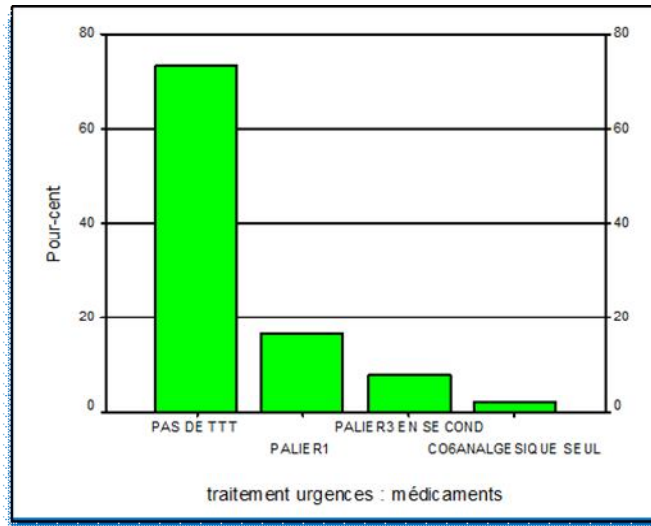


Figure 20: Traitement aux urgences : médicaments.

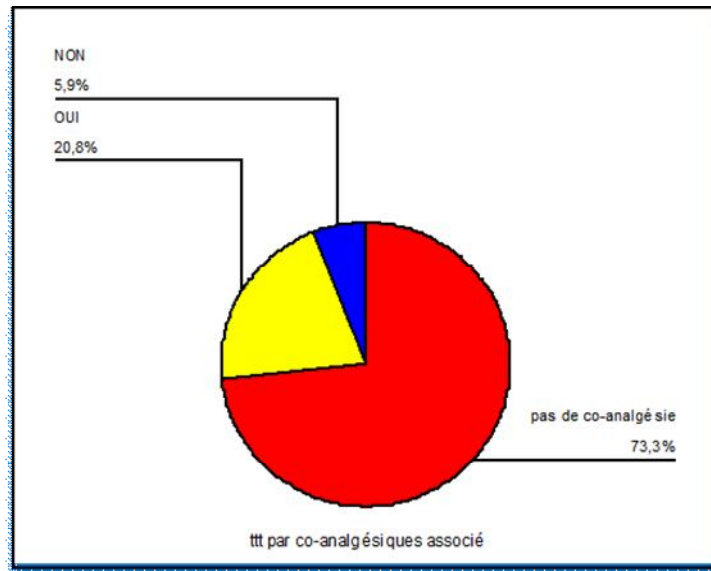


Figure 21: Traitement par co-analgésiques associé.

-L'association des 2 voies d'administration, intra-veineuses et intra-musculaires, a été utilisée dans 62,1% des cas traités aux urgences (n=18), contre 07 cas en IV et 04 cas en IM (Fig 22).

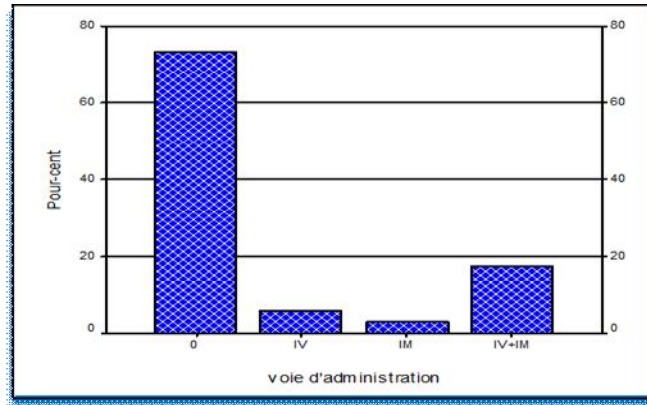


Figure 22:Voies d'administration.

-27 patients sur les 29 cas traités aux urgences (93,1%) ont été soulagés après la réévaluation de la douleur (Fig 23).

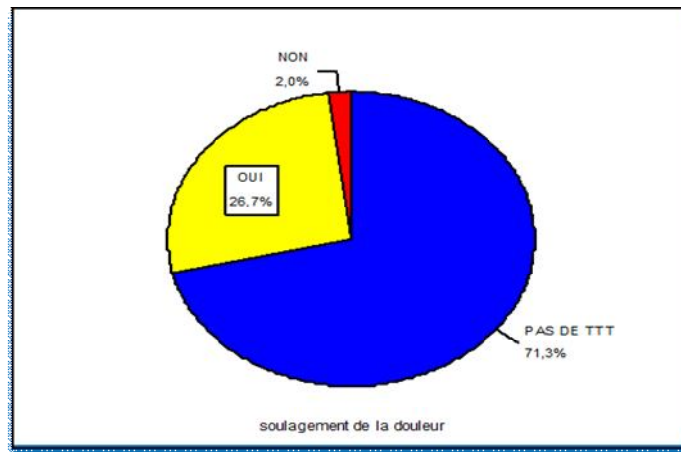


Figure 23:Soulagement de la douleur.

-A partir du tableau ci-dessous, on note que seulement les douleurs de la localisation abdomino-pelvienne ont été prises en charge aux urgences 80,8% vs 4,5% pour la tête et le cou, 20% pour le thorax et 11,6% pour les membres (Tableau 6).

Tableau 6:Résultats descriptifs de la relation entre Localisation de La Douleur et P.E.C Antalgique aux Urgences.

P.E.C Antalgique aux Urgences

Caractéristique	Oui N= 29	Non N= 72
Localisation		
Tête et Cou	1(4,5)	21(95,5)
Thorax	2(20)	8(80)
Abdomen et Pelvis	21(80,8)	5(19,2)
Membres	5(11,6)	38(88,4)

- Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

C- Devenir du patient :

Tableau 7:Devenir Des Patients.

Caractéristique	Valeur
Devenir Des Patients N(%)	
TTT en Ambulatoire seulement	58(57,4)
Salle d'observation	16(15,8)
Service de médecine	-
Service de Chirurgie	27(26,8)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

- 27 cas seulement (26,8%) ont été transférés vers un autre service (chirurgicale dans la totalité des cas), alors que 74 patients (70,2%) ont été pris en charge au service des urgences (58 cas traités en ambulatoire et 16 cas mis sous observation) (Fig 24).

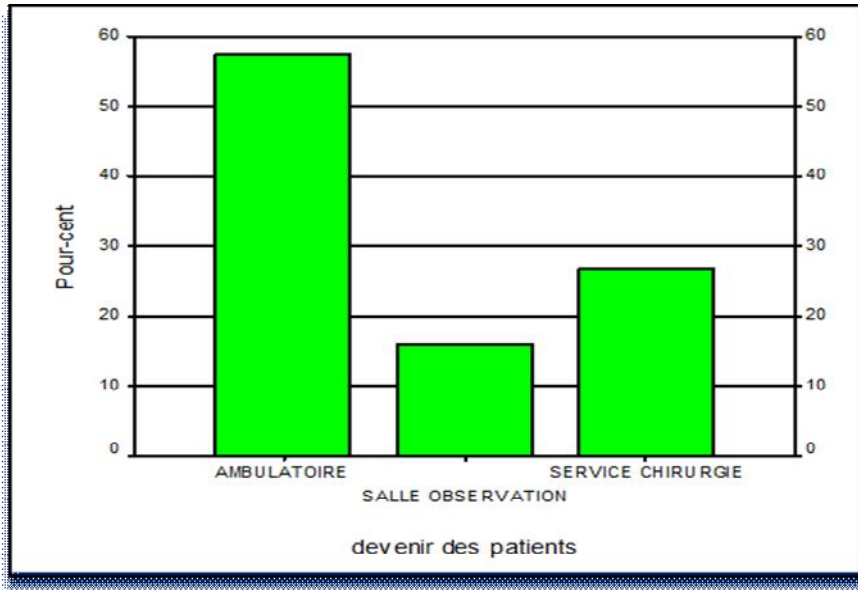


Figure 24:Devenir des patients.

D- Prise en charge analgésique post P.E.C initiale aux urgences :

Tableau 8:Prise en Charge Analgésique Post P.E.C Initiale aux Urgences.

Caractéristique	Valeur
P.E.C aux Urgences (ambulatoire et salle d'observation) N(%)	
Oui	74(73,3)
Non	27(26,7)
Médicament Prescrit N(%)	
Palier1	9(8,9) 9(12,2)*
Palier2	0(0) 0(0)*
Palier1+1	40(39,6) 38(51,4)*
Palier2+2	37(36,9) 13(17,6)*
Palier1+2	8(7,9) 7(9,5)*
Co-Analgésique Seul	7(6,9) 7(9,5)*
Co-Analgésiques Associés	
Oui	26(25,7) 25(33,8)*
Non	75(74,3) 49(66,2)*

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) par rapport à la population générale et effectif (pourcentage)* par rapport à la population qui ont reçu un traitement aux urgences ;

- 73,3% des patients ont eu une prise en charge ambulatoire et en salle d'observation de leurs douleurs aux urgences (Fig 25).

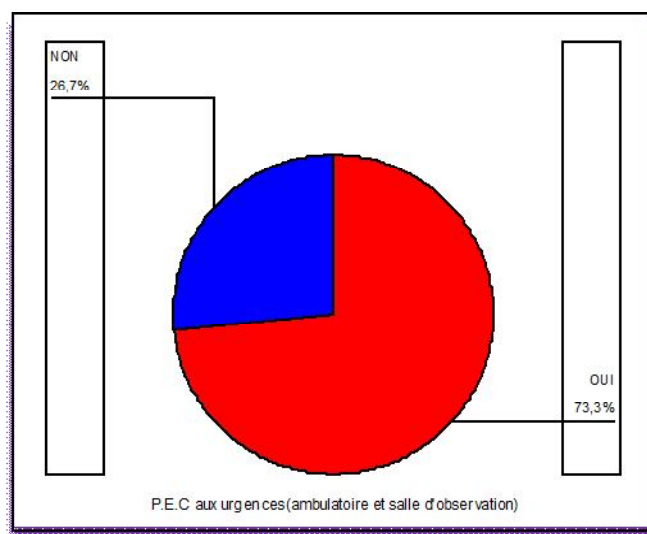


Figure 25:P.E.C aux urgences (ambulatoire et salle d'observation)

- Pour les 74 patients pris en charge dans le service des urgences après un traitement initial, 09 cas (12,2%) sont sortis sous prescription d'un antalgique du palier 1, 13 cas (51,4) sous une association de deux antalgiques du palier 1, 37 cas (17,6%) sous une association de deux antalgiques du palier 2, 07 cas (9,5%) sous une association palier 1+ palier 2 et enfin 07 cas (9,5%) ont eu que des co-analgésiques seuls (fig 26).

-Un traitement co-analgésique a été associé aux antalgiques dans 38,6% des cas (n=25) (fig 27).

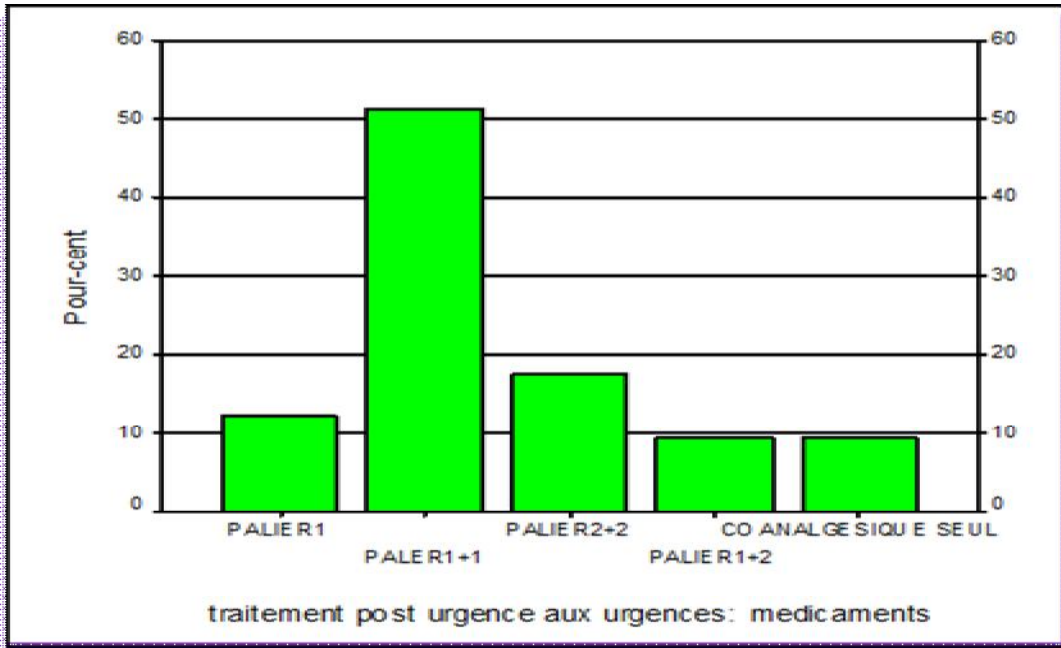


Figure 26: Traitement post urgence : médicaments

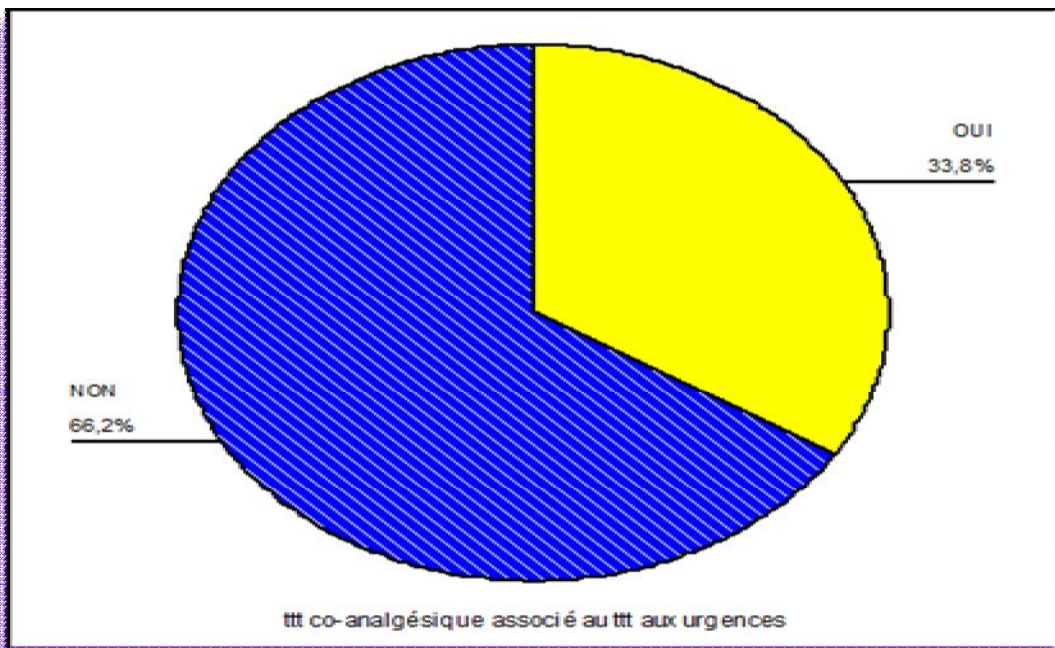


Figure 27: Traitement co-analgésique associé

**STATISTIQUES ANALYTIQUES CONCERNANT LA
P.E.C DE LA DOULEUR AU SERVICE DES URGENCES DE
L'HMIMV**

I- FACTEURS MODULANT LA DOULEUR :

Tableau 9:Relation entre intensité de la Douleur et les Caractéristiques suivantes = Sexe, Age, Niveau Socio-économique, Niveau D'instruction, Présence d'un FDR, Automédication Préalable, Traitement aux Urgences.

Caractéristique	<u>. intensité de la douleur en EVS.</u>			p
	EVS=1 N=26	EVS=2 N=60	EVS=3 N= 15	
Age (année)	44,5+/-18,7	45,6+ /-18	35,5+/-17,4	0,158
Sexe				<u>0,031</u>
Masculin	18(69,2)	31(51,7)	4(26,7)	
Féminin	8(30,8)	29(48,3)	11(73,3)	
Niveau S-E				0,838
Bas	5(19,2)	12(20)	2(13,3)	
Moyen	21(80,8)	48(80)	13(86,7)	
Niveau d'instruction				0,217
Illettré	3(11,5)	17(28,3)	3(20)	
Primaire	10(38,5)	17(28,3)	2(13,3)	
Secondaire	13(50)	26(43,3)	10(66,7)	
Présence d'un FDR				0,917
Oui	20(76,9)	47(78,3)	11(73,3)	
Non	6(23,1)	13(21,7)	4(26,7)	
Automédication Antérieure				<u>0,027</u>
Oui	9(34,6)	30(50)	2(15,3)	
Non	17(65,4)	30(50)	13(86,7)	
Traitement aux Urgences				<u><0,01</u>
Oui	2(7,7)	16(26,7)	11(73,3)	
Non	24(92,3)	44(73,3)	4(26,7)	

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

L'étude de la relation entre l'intensité de la douleur et les autres facteurs sociodémographiques et de la prise en charge a conclu à une différence statistiquement significative pour le sexe ($p=0,031$), la médication antérieure ($p=0,027$), et la prise en charge analgésique aux urgences ($p<0,01$)

A. Intensité de la douleur en fonction du sexe :

La douleur a été jugée légère (EVS=1) chez 69,2 % des patients de sexe masculin contre 30,8 % des patients de sexe féminin.

Par contre, 73,3% des douleurs sévères (EVS=3) ont touché les sujets du sexe féminin contre 26,7% pour le sexe masculin.

B. Intensité de la douleur et médication antérieure :

-Parmi les sujets qui avaient une douleur faible (EVS=1), 34,6% ont pris un traitement antérieur à visée analgésique, contre 50% des sujets ayant une douleur modérée (EVS=2) et 15,3% pour les sujets qui avaient une douleur sévère (EVS=3).

C. Intensité de la douleur et traitement aux urgences :

- 7,7% des sujets qui se sont présentés avec une douleur faible (EVS=1), ont bénéficié d'une thérapeutique analgésique aux urgences, contre 26,7% des sujets ayant une douleur modérée (EVS=2) et 73,3% des sujets avec une douleur sévère (EVS=3).

II- FACTEURS ASSOCIES A LA PRISE MEDICAMENTEUSE ANTERIEURE :

Tableau 10:les facteurs associés à la prise médicamenteuse antérieure (oui ou non).

Variables indépendentes	Analyse uni variée			Analyse multi variée		
	OR	IC95%	P	OR	IC95%	P
Age (année)	0,97	0,94-0,99	<0,01	1	0,95-1,07	0,705
Sexe	0,56	0,25-1,25	0,155			
Niveau S-E	2,38	0,86-6,58	0,094			
Niveau d'instruction						
Illettré	1			1		
Primaire	0,28	0,01-0,79	0,16	2,32	0,44-12,37	0,323
Secondaire	0,34	0,13-0,88	<u>0,027</u>	8,98	0,62-130,51	0,108
Présence d'un FDR	0,86	0,34-2,2	0,479			
Intensité de la douleur						
EVS=1	1					
EVS=2	0,53	0,2-1,37	0,191			
EVS=3	3,44	0,63-18,7	0,153			
Irradiation de la douleur	0,32	0,1-0,96	<u>0,042</u>	1,67	0,18-15,44	0,649
Localisation						
Tête et cou	1			1		
Thorax	0,85	0,13-5,37	0,86	0,88	0,12-6,38	0,9
Abdomen et pelvis	11,33	2,93-43,78	<u><0,01</u>	27,87	2,23-347,39	0,01
Membres	11,22	3,3-38,1	<u><0,01</u>	12,14	3,28-45	<u><0,01</u>

Analyses uni variée et multi variée calculées par la Régression Logistique Binaire.

- La régression logistique binaire a retenu en analyse univariée que l'âge, le niveau d'instruction, l'irradiation de la douleur et la localisation sont des facteurs associés influençant la prise médicamenteuse antérieure (ou pas) par ces sujets.

- Par conséquent, on aura recours au test t de student pour l'âge, et test « Khi-deux » pour le niveau d'instruction, l'irradiation de la douleur et la localisation pour savoir le sens et la significativité de l'association :

Caractéristiques	. médication antérieure (oui ou non) .		p
	Oui N= 41	Non N= 60	
Age	50,2+/-17,7	39,5+/-17,6	<u><0,01</u>
Niveau d'instruction			<u>0,019</u>
Illettré	13(56,5)	10(43,5)	
Primaire	15(51,7)	14(48,3)	
Secondaire	13(26,5)	36(73,5)	
Irradiation			<u>0,036</u>
Oui	5(21,7)	18(78,3)	
Non	36(46,2)	425(53,8)	
Localisation			<u><0,01</u>
Tête et cou	17(77,3)	5(22,7)	
Thorax	8(80)	2(20)	
Abdomen et pelvis	6(23,1)	20(76,9)	
Membres	10(23,3)	33(76,7)	

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

De ce fait, on a conclu que les sujets ayant pris une médication antérieure :

- Ont une moyenne d'âge de 50,2 contre 39,5 pour les sujets sans médication (p<0,01),
- 56,5% sont illettrés contre 51,7% ayant un niveau primaire, et 26,5% ayant un niveau secondaire (p=0,019),
- 21,7% ont une douleur irradiante contre 46,2% sans irradiation (p=0,036),

- Dans 77,3% des cas, la douleur était localisée au niveau de la tête et du cou, 80% des patients avaient des douleurs thoraciques, 23,1% des cas avaient des douleurs abdomino-pelviennes et 23,3% des sujets avaient des douleurs localisées aux membres ($p < 0,01$).

Par contre, en analyse multivariée, seule la localisation de la douleur était statistiquement significative ($p = < 0,01$) ; les douleurs au niveau des membres étaient les moins traitées en médication antérieure par rapport aux autres (23,3% traitées vs 76,7% non).

III-FACTEURS ASSOCIES AU CONSEIL D'UN TRAITEMENT ANTERIEURE :

Tableau 11: les facteurs associés au conseil d'un traitement antérieur (médecin-pharmacien ou non).

Variables indépendantes	OR	Analyse uni variée	
		IC95%	P
Age (année)	0,97	0,94-1,01	0,18
Sexe	0,27	0,07-0,98	0,047
Niveau S-E	2	0,48-8,3	0,340
Niveau d'instruction			
Illettré			
Primaire	2,57	0,54-12,16	0,16
Secondaire	3,6	0,7-18,24	0,12
Intensité de la douleur			
EVS=1	1		
EVS=2	2,62	0,55-12,48	0,23
EVS=3	≈0,01	0-1,8E+19	0,8
Irradiation de la douleur	1,5	0,22-10,08	0,677
Localisation			
Tête et cou	1		
Thorax	1,69	0,35-8,22	0,517
Abdomen et pelvis	1,5	0,23-9,8	0,672
Membres	1,5	0,19-11,54	0,697

Analyse uni variée calculée par la Régression Logistique Binaire.

On a distingué deux catégories de conseils (une ayant pris conseil médical d'un médecin ou pharmacien, et l'autre qui a suivi le conseil d'une autre personne ou une automédication) et on a cherché les facteurs influençant la décision, au moyen de la régression logistique binaire qui a conclu, en analyse univariée, que le sexe ($p=0,047$) est un facteur associé à la médication antérieure, conseillé par médecin-pharmacien ou autre-automédication.

On aura recours au test de « chi2 » pour savoir le sens de la significativité :

. conseil médication antérieure par médecin-pharmacien (oui ou non) .			
Caractéristiques	Oui N=21	Non N= 20	p
Sexe			<u>0,043</u>
Masculin	6(33,3)	12(66,7)	
Féminin	15(65,2)	8(34,8)	

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ;

-De ce fait, les sujets de sexe féminin prennent le conseil médical (65,2%) plus que le conseil non médical ou automédication (34,8%).

-Par contre, les sujets de sexe masculin ont recours au conseil des autres ou à l'automédication (66,7%) beaucoup plus que le conseil médical (médecin ou pharmacien) (33,3%), avec un $p=0,043$.

-L'analyse multivariée n'a pas de place puisqu'il y avait qu'un seul facteur influençant le choix du conseil.

IV-FACTEURS ASSOCIES A LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE AUX URGENCES :

**Tableau 12:les facteurs associés à la prise en charge à visée antalgique
analgésique aux urgences (oui ou non).**

Variables independentes	Analyse uni variée			Analyse multi variée		
	OR	IC95%	P	OR	IC95%	P
Age (année)	0,98	0,96-1	0,151			
Sexe	0,44	0,18-1,06	0,066			
Niveau S-E	1,6	0,55-4,56	0,387			
Niveau d'instruction						
Illettré	1			1		
Primaire	1,46	0,47-4,5	0,509	0,97	0,19-4,89	0,975
Secondaire	3,42	1,14-10,24	<u>0,028</u>	8,2	1,18-57,17	<u>0,034</u>
Présence d'un FDR	1,6	0,53-4,81	0,403			
Intensité de la douleur						
EVS=1	1			1		
EVS=2	0,23	0,49-1,08	0,063	0,44	0,07-2,73	0,379
EVS=3	0,03	0,01-0,19	<u><0,01</u>	0,13	0,01-1,54	0,105
Irradiation de la douleur	21,92	6,75-71,23	<u><0,01</u>	6,88	0,64-74,18	0,112
Localisation						
Tête et cou	1			1		
Thorax	0,19	0,01-2,4	0,2	0,19	0,01-2,8	0,9
Abdomen et pelvis	0,01	0,01-0,1	<u><0,01</u>	0,06	0-0,1	<u>0,049</u>
Membres	0,36	0,04-3	0,369	0,27	0,03-2,7	0,265

Analyses uni variée et multi variée calculées par la Régression Logistique Binaire.

La prise en charge à visée antalgique aux urgences par les urgentistes a été influencée, en analyse univariée par le niveau d'instruction (secondaire), l'intensité de la douleur (l'EVS=3), son irradiation et sa localisation (abdomino-pelvienne).

Par conséquent, on aura recours au test « Khi-deux » pour savoir le sens et la significativité de l'association :

. <u>Prise en charge antalgique aux urgences (oui ou non)</u> .			
Caractéristiques	Oui N= 29	Non N=72	p
Niveau d'instruction			<u>0,021</u>
Illettré	10(43,5)	13(56,5)	
Primaire	10(34,5)	19(65,5)	
Secondaire	9(18,4)	40(81,6)	
Intensité de la douleur			<u><0,01</u>
EVS=1	2(7,7)	24(92,3)	
EVS=2	16(26,7)	44(73,3)	
EVS=3	11(73,3)	4(26,7)	
Irradiation			<u><0,01</u>
Oui	18(78,3)	5(21,7)	
Non	11(85,9)	67(85,9)	
Localisation			<u><0,01</u>
Tête et cou	1(4,5)	21(95,5)	
Thorax	2(20)	8(80)	
Abdomen et pelvis	21(80,8)	5(19,2)	
Membres	5(11,6)	38(88,4)	

Les valeurs sont exprimées en effectifs (pourcentages) ;

De ce fait, on a retenu que les sujets ayant bénéficié d'une prise en charge antalgique aux urgences :

- Sont illettrés dans 43,5% des cas, contre 34,5% ayant un niveau d'étude primaire et 18,4% des patients qui avaient un niveau d'étude secondaire ($p=0,021$).
- Ont un EVS=1 dans 7,7%, contre 26,7% des cas qui ont un EVS=2 et 73,3% des patients avec un EVS=3 ($p<0,01$),
- ont présenté une irradiation de la douleur dans 18 cas, contre 11 cas sans irradiation ($p<0,01$),
- Leur douleur a été localisée au niveau de la tête et du cou dans 4,5% des cas, contre 20% des patients ayant une douleur thoracique, 80,8% des patients avec des douleurs abdomino-pelviennes et 11,6% des cas consultant pour douleur au niveau des membres ($p<0,01$).

En analyse multivariée, seule la localisation et le niveau d'instruction sont statistiquement significatifs, avec, à l'analyse de l'OR et l'IC95%, les douleurs au niveau de l'abdomen et le pelvis étaient les plus traitées aux urgences par rapport aux autres (80,8% traitées vs 19,2% non), et les sujets ayant un niveau d'instruction secondaire, étaient les moins traités par rapport aux autres (18,4% traités vs 81,6% non).

V-FACTEURS MODULANTS LA DOULEUR DES PATIENTS TRAITES AUX URGENCES :

Tableau 13:Relation entre intensité de la Douleur et les Caractéristiques suivantes = Sexe, Age, Niveau Socio-économique, Niveau D'instruction, Présence d'un FDR, Automédication Préalable, Traitement prescrit et Voie d'Administration du médicament chez les patient

Caractéristique	. intensité de la douleur en EVS .			p
	EVS=1 N=2	EVS=2 N=16	EVS=3 N= 11	
Age (année)	51+/-1,4	52,7+ /-16,3	40,5+/- 17,7	0,188
Sexe				0,643
Masculin	1(9,1)	7(63,3)	3(27,3)	
Féminin	1(5,6)	9(50)	8(44,4)	
Niveau S-E				0,524
Bas	-	5(71,4)	2(28,6)	
Moyen	2(9,1)	11(50)	9(40,9)	
Niveau d'instruction				0,158
Illettré	-	7(70)	3(30)	
Primaire	1(10)	7(70)	2(20)	
Secondaire	1(11,1)	2(22,2)	6(66,7)	
Présence d'un FDR				0,162
Oui	1(4,2)	15(62,5)	8(33,3)	
Non	1(20)	1(20)	3(60)	
Automédication Antérieure				0,08
Oui	1(10)	8(80)	1(10)	
Non	1(5,3)	8(42,1)	10(52,6)	
Traitement prescrit				<0,01
Co-Analgésique seul	-	2(100)	-	
Palie1	1(5,9)	12(70,6)	4(23,5)	
Palier3 en second	-	1(12,5)	7(87,5)	
Moyen non médicamenteux	1(50)	1(50)	-	
Voie d'administration				0,280
IM	-	2(66,7)	1(33,3)	
IV	1(16,7)	4(66,7)	1(16,7)	
IM+IV	-	9(50)	9(50)	

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

Dernier point, Il existe une relation statistiquement significative ($p < 0,01$) entre l'intensité de la douleur et le moyen analgésique utilisé. En montant de l'EVS1 à l'EVS3 passant par l'EVS2, les prescripteurs avaient tendance à monter en puissance du palier 1 au palier 3, voir même l'association des co-analgésiques.



Discussion

La douleur aiguë est un symptôme en général associé à une maladie ou à un traumatisme(4). Cette douleur comme elle a été bien définie par l'IASP, reste un phénomène objectif et multidimensionnel.

De ce fait, l'existence et le retentissement de cette douleur doivent systématiquement et impérativement être évalués dès le premier contact chez tous les patients (5). Sa prise en charge, aux urgences, doit être efficace et tout doit tendre à la supprimer ou au moins la rendre tolérable et sans même attendre la recherche de la cause, qui peut prendre du temps ou même être non réalisable au SAU(2,3).

Frédéric Aubrun en 2009 a résumé les données de la littérature sur la bonne analgésie dans un SAU en cinq règles qui les a qualifié d'or : bonne évaluation ; analgésie rapide, de courte durée et en toute sécurité ; la titration intraveineuse en morphine ; place du paracétamol et des AINS ; et enfin l'anticipation de la douleur (6).

Dans notre enquête prospective, réalisée dans un service des urgences médico-chirurgicales, on a pu mettre en évidence une nette insuffisance de la prise en charge de la douleur aiguë dans le cadre de l'urgence, allant de la prévention, où les patients ne sont pas bien informés sur la gestion de leurs douleurs avant de se présenter au service d'accueil des urgences (SAU), à l'insuffisance de soins analgésiques présentés par le personnel soignant, notamment les urgentistes.

I- EPIDEMIOLOGIE :

A- Fréquence de la douleur aux urgences :

La douleur, quel que soit ses causes et l'âge des patients, reste un des motifs les plus fréquents des consultations de médecine générale (4).

L'étude PALIERS, réalisée en début 2010, a montré que 76% des patients présentaient une douleur aiguë à leur admission (5).

Ces résultats sont proches à ceux constatés dans notre série, où la douleur aiguë a présenté 66,67% des cas au SAU.

B- Age :

Ce facteur joue un rôle important dans la perception et la réponse aux antalgiques, mais il ne semble pas qu'il existe une différence de seuil de douleur en fonction de l'âge (7). En effet, plusieurs études ont montré que les enfants et les personnes âgées reçoivent nettement moins d'antalgiques que les jeunes adultes (8).

Par contre, d'autres études, notamment celles de TEMPELHOFF et al (9), ont constaté l'existence d'une hypersensibilité douloureuse augmentant avec l'âge.

Notre étude n'a noté qu'une légère différence de perception en rapport avec l'âge : l'adulte d'âge moyen de 35,5 ans, sent plus intensément la douleur que le patient un peu plus âgé (45,6 ans).

C- Sexe :

L'étude PALIERS a trouvé que 57% des patients douloureux étaient des hommes(5).

D'une 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 (6).

Ces résultats sont similaires à ceux de notre enquête où l'intensité de la douleur a été estimée intense chez 73,3% des patientes, contre 26,7% des patients. Cette différence peut tenir compte de la capacité de résistance à la douleur chez l'homme par rapport à la femme (7).

D. Niveau Socioculturel Et Economique :

On se réfère fréquemment à des études, rapportées par Zborowsky, qui décrivaient des différences de réponses à la douleur de groupes de personnes d'origines variées (italien, juif...) (10), d'autres études ont montré des différences entre groupes ethniques (différence d'expression) (11). Il existe aussi des différences rapportées selon la classe sociale (12).

Aussi, plusieurs études ont démontré que vivre et travailler dans des conditions difficiles procurent une endurance face à la douleur (13,14).

Dans notre étude, 66,7% des malades ayant une douleur intense avaient un niveau d'étude secondaire et 86,7% d'eux étaient de niveau socio-économique moyen.

II-EVALUATION DE LA DOULEUR EN MEDECINE D'URGENCE:

A- Intérêt :

Avant d'envisager une prise en charge thérapeutique à visée antalgique, il faut évaluer précisément et quantitativement la douleur (16, 17).

Il y a plusieurs méthodes d'évaluation de la douleur et qui génère de nombreux avantages en pratique courante (18) :

- 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.

En revanche, 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 (19).

B – Défis de l'évaluation :

La douleur, phénomène subjectif, est difficile à évaluer objectivement (20), parce que d'une part, il y a une méfiance du malade souffrant qui pourrait avoir tendance à majorer sa douleur de peur que le soignant le néglige. 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 (21).

C-Méthodes d'évaluation :

L'évaluation est une étape primordiale pour la mise en place d'un traitement antalgique et son réajustement éventuel, puisqu'elle permet au médecin de juger de l'efficacité ou non de son traitement (22).

L'échelle verbale simple (EVS), qui est une échelle unidimensionnelle catégorielle en cinq qualitatifs (0= pas de douleur 1=douleur faible, 2=douleur modérée, 3=douleur intense, 4= douleur atroce), était notre référence pour tous les patients, vu son application plus facile dans notre contexte.

Malgré que l'échelle visuelle analogique (EVA) reste la référence dans la littérature (23) et que l'EVS est réservée en général aux patients ayant des capacités de compréhension altérées (24), aucune échelle n'est validée à ce jour dans le cadre de la douleur aiguë dans un SAU(25).

Cette évaluation était faite dans notre série par les médecins internes et validée par des urgentistes, alors que Ducassé et Fuzier ont montré, en 1999, que l'évaluation est réalisée par le médecin urgentiste plutôt que par l'interne (3, 26).

La douleur était, dans le plus grand nombre des cas, modérée (EVS=2) (59,4% des cas), alors que dans la plupart des données de la littérature, la douleur estimée sévère était la majeure catégorie (27).

III-ETIOLOGIES DE LA DOULEUR AIGUE :

L'origine de la douleur diffère, dans la littérature, d'une série à l'autre, dans la nôtre on trouve l'origine chirurgicale qui prédomine avec 54,4%, le même résultat est presque trouvé dans une étude similaire faite en 2009 (26) dans un autre service marocain des urgences avec 58,1%.

Alors qu'en 2010, deux études différentes ont montré respectivement qu'il s'agissait de la pathologie traumatique par 71% (27) pour l'une, et médicale dans plus de 43% des cas (28) pour l'autre.

Ce qui suggère que l'origine de la douleur peut différer selon les centres, la période ou la nature de la population.

Dans le paragraphe suivant, nous décrirons certaines étiologies vues aux urgences pendant notre enquête.

A-Douleurs abdomino-pelviennes :

La dernière publication de Ranji et al. (14) vient de confirmer que l'antalgie des douleurs abdominales ne modifie en rien, la démarche diagnostique. Aucune douleur abdominale n'est « à respecter » même lors de l'attente d'un avis spécialisé.

L'étude du centre Montbrison a noté que 8% des douleurs aiguës est d'origine abdomino-pelvienne. (15)

Alors que dans notre étude, la douleur abdomino-pelvienne aiguë a représenté 19,5% des consultations au SAU, ce qui concorde aux résultats de l'étude réalisée à MANS (19%) (9).

B-Traumatologie – plaies :

La fréquence des douleurs aiguës d'origine traumatique enregistrée dans le centre de Montbrison a été de 37%. (15)

Ces résultats sont similaires à ceux notés dans notre étude : 39,4% des consultants avaient une douleur traumatique et/ou plaie.

Cependant, l'étude réalisée à l'hôpital de Rangueil au CHU de Toulouse a rapporté pour la même étiologie une fréquence plus élevée (80%) (16).

C- O. R. L :

Les angines, les otites, les sinusites et les douleurs dentaires sont fréquentes, et souvent un examen clinique bien fait suffit pour porter le diagnostic positif.

Notre enquête a montré que 10% des consultants pour une douleur aiguë, avaient une origine ORL de la douleur, alors que dans d'autres études, la douleur d'origine ORL était rarement un motif de consultation aux urgences.

D- La migraine :

La migraine est une céphalée primaire très répandue dans le monde, sa fréquence moyenne en Europe varie entre 10 et 25% ; la femme est plus souvent concernée que l'homme, de même que le sujet jeune l'est plus que le sujet âgé (19).

Dans notre enquête, les céphalées primaires ont représenté 9% des étiologies. Cependant, une enquête française a rapporté que 12% des malades avaient consulté pour des céphalées (12).

Notre étude a été limitée aux étiologies de la douleur aiguë, vues pendant notre enquête au sein du SAU.

IV- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE:

A- La médication antérieure:

40,6% (n=40) de nos patients ont pris un traitement analgésique avant la consultation aux urgences. On a noté que le recours au conseil d'un médecin vient en dernier lieu par 7,3%, alors que le conseil du pharmacien vient en premier par 43,9%, et l'automédication dans 34,1% des cas.

Ces données concordent globalement avec les spécificités culturelles (48,5% avaient un niveau d'instruction secondaire) et socio-économiques de la population (81,2% avaient un niveau moyen) : la majorité se dotait d'un certain niveau d'instruction qui leur a incité à recourir à un conseil médical, alors qu'une proportion non négligeable s'est contentait du conseil du pharmacien plutôt que du médecin, vu leur niveau économique moyen.

Parmi les facteurs associés à la médication antérieure, seule la localisation de la douleur au niveau des membres, a été retenu comme facteur de risque réel favorisant la prise en charge en préhospitalier.

Dans notre série, les patientes de sexe féminin avaient tendance à bénéficier d'un conseil médical (médecin ou pharmacien) beaucoup plus que les hommes.

B- La prise en charge intra-hospitalière :

En ce qui concerne la prise en charge au service des urgences, on a constaté une importante oligoanalgésie, puisque seulement 28,7%(n=29) des patients ont bénéficié d'un traitement à visée antalgique.

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 (27).

Les analyses statistiques effectuées dans notre échantillon, ont révélé d'une part, que les douleurs céphaliques et cervicales étaient les moins prises en charge et donc les plus négligées dans nos pratiques quotidiennes. Ceci concorde bien avec l'étude faite en 2009 dans un service des urgences (27). D'autre part, les douleurs abdominales chez les 05 patients non traitées parmi les 26 cas, étaient toutes des douleurs sur abdomen chirurgicale, cela nous rappelle le dogme erroné « de ne pas traiter ces localisations pour ne pas fausser le diagnostic » (29).

En ce qui concerne la molécule utilisée, la morphine (palier 3), n'a été utilisée que dans 08 cas et après échec du traitement par palier 1 (aucun cas d'utilisation en première intention), alors que 15 cas présentaient des douleurs sévères (EVS=3), ce qui plaide encore une fois en faveur d'une oligoanalgésie.

Par ailleurs, il est recommandé dans la littérature de prescrire un antalgique de niveau 3 dans les douleurs intenses (30, 31), en utilisant une voie d'administration rapide. Dans notre série, les 03 patients traités pour une douleur

intense, ont bénéficié de différentes voies d'administration (IV pour le premier patient, IM pour le deuxième, IV+IM pour le troisième cas), ce qui peut être considéré comme une insuffisance thérapeutique analgésique.

En revanche, certaines situations peuvent parfois poser des problèmes d'antalgie, notamment chez l'insuffisant respiratoire (10 cas dans notre échantillon), où il faut mettre en balance les effets délétères de la douleur et l'effet dépresseur des antalgiques morphiniques(31). Chez le toxicomane également (0 cas dans notre échantillon), on ne doit pas méconnaître une réelle indication d'antalgique, et par la suite adapter les doses (31). Enfin, on ajoute la situation d'allergie présente chez 09 de nos patients, pouvant engendrer des difficultés thérapeutiques.

Le soulagement de la douleur était constaté chez 27 cas sur les 29 traités par les moyens antalgiques (02 cas de non satisfaction après réévaluation).

C- Prescriptions post prise en charge intra-hospitalière:

74 cas ont été pris en charge en ambulatoire ou en salle d'observation. Parmi eux, 51,4% (n=38) ont reçu une prescription associant deux antalgiques du palier 1, le reste a eu des associations soit d'antalgiques du palier 1 + palier 2, soit de deux antalgiques du palier 2, ou un Co-analgésique seul.

1-Traitements médicamenteux :

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

Le paracétamol est un antalgique antipyrétique généralement bien toléré (25). Il est à utiliser en première intention pour la prise en charge des douleurs légères à modérées (31).

Bien que la littérature soit riche concernant son utilisation en post-opératoire, il y a peu de travaux l'évaluant en médecine d'urgence (32).

Dans notre étude, le paracétamol a été prescrit dans 43,4% des cas.

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

Leur intérêt est limité, car ils comportent tous des risques plus importants que le paracétamol(31), alors qu'ils ont un niveau antalgique qui n'est pas supérieur à celui-ci.

Dans les coliques néphrétique et hépatique, il est reconnu que les AINS ont un effet antalgique avec un rapport bénéfice/risque au moins comparable aux opiacés (33, 34).

Dans notre étude, les AINS étaient les plus prescrits par les médecins (52,8%), sans qu'une précaution ne soit prise avant cette prescription abusive.

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 (31). Peu de données précises existent dans le cadre des douleurs aiguës (35).

La codéine prescrite seule est moins efficace que l'association codéine/paracétamol. Elle est notamment contre-indiquée chez les insuffisants respiratoires. (36)

Dans notre étude, les opioïdes faibles (codéine) seule ou associée aux autres antalgiques ont été utilisés chez 40,6% 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. (37)

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 (38).

Dans un contexte des douleurs abdominales aiguës (coliques hépatique et néphrétique), les résultats sont plus nuancés (39).

Dans notre étude, le tramadol a été prescrit dans 40% des cas.

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

C'est un agoniste pur, produisant une analgésie puissante sans effets plafonds (40).

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 (41, 31).

La morphine est recommandée comme une drogue de choix avec une préférence pour son utilisation par voie intraveineuse par titration. (42, 31)

Au Maroc depuis 1995, l'usage de la morphine pour lutter contre la douleur cancéreuse, les douleurs post-opératoires 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 (43, 45).

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 » (44,45).

Ils sont indiqués dans les coliques néphrétiques et hépatiques, dans les douleurs spasmodiques digestives, urinaires et utérines (46).

Dans notre enquête, les co-antalgiques (antispasmodiques) n'ont pas été largement prescrits (20,8% des cas).

1-7- Associations :

Dans notre étude, on note qu'il y avait une importante prescription de deux antalgiques du même palier (1+1, 2+2) avec un pourcentage de 69%, contre seulement 12,2% du palier 1 seul.

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 (38, 39).

-L'association paracétamol/codéine : L'adjonction de 60 mg de codéine au paracétamol apparaît la mieux évaluée et la plus efficace(31). Cette association augmente en revanche les effets indésirables. Elle est indiquée dans le traitement des douleurs modérées à sévères (37).

-L'association paracétamol/dextro-propoxyphène avait beaucoup d'effets secondaires graves, et a été retirée du marché pharmaceutique marocain (45).

En effet, peu d'études ont fait le point sur les associations de deux antalgiques du même palier, malgré que ces associations ne sont 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).

Ce recours aux associations définissent l'analgésie multimodale (47), un des grands principes de l'analgésie, mais qui doit être bien conduite et obéir à des règles scientifiques fondées.

Au total, L'étude que nous avons menée a objectivé qu'il existe de véritables réticences à la prescription des morphiniques d'une part, et d'une autre part, une large prescription des antalgiques du niveau I (AINS, paracétamol) et des co-antalgiques (spasmolytiques).

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) (47-48).

Dans notre étude, le recours à des moyens antalgiques non médicamenteux, n'a eu lieu que dans deux cas, alors qu'on était face à l'origine traumatique dans 36cas.

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 (49).

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 (49-50).

Ainsi, l'efficacité des analgésiques prescrits peut être augmentée de 30 à 40% (50).

D-Facteurs de l'oligoanalgésie :

Le traitement de la douleur dans les SAU est dramatiquement insuffisant. Dans l'actualisation 2007 de la IIIème conférence de consensus en médecine d'urgence (31), des auteurs ont évoqué des explications de l'oligoanalgésie constatée au SAU malgré l'existence de moyens pharmacologiques efficaces et variés.

Cette oligoanalgésie a au moins quatre explications possibles (51) :

- le simple fait de s'enquérir de l'existence d'une douleur n'est pas habituel dans un SAU ;
- la mauvaise connaissance de la pharmacologie, des risques et des indications des antalgiques morphiniques entraîne des traitements insuffisants et inefficaces ;

- les mécanismes, le retentissement délétère sur l'organisme et la prise en charge de la douleur aiguë ne font l'objet d'un enseignement spécifique que depuis très peu de temps ;
- enfin, beaucoup croit encore dans l'utilité de la douleur et craignent de masquer un élément éventuellement important du diagnostic en administrant un médicament antalgique. (31)

Par ailleurs, d'autres auteurs ont impliqué d'autres facteurs, à savoir les facteurs ethniques (insuffisance de traitement des patients noirs ou latino-européens), et l'insuffisance de traitement des patients âgés (31). Cette oligoanalgésie a été rapportée dans plusieurs études (3, 5, 12, 14, 27, 42, 47), tous cela est à mettre en parallèle avec le fait que la douleur n'est pas documentée aux urgences dans plus de 50% des cas (31) et que 60% des urgentistes ne connaissent pas les recommandations de prise en charge (5).

Au total, rechercher l'existence d'une douleur toujours exprimée, la quantifier dans un but thérapeutique, utiliser les médicaments justes, par la bonne voie, à la dose et à la fréquence adaptées, doit être un objectif prioritaire de toute équipe soignante aux urgences (52).



Conclusion

Notre étude a mis le point, premièrement sur les principaux facteurs déterminants et contribuant à l'oligoanalgésie, que ça soit à la phase préhospitalière, intra-hospitalière où en ambulatoire chez une population bien définie par leurs caractéristiques sociodémographiques, et dans un cadre de travail aussi particulier, et deuxièmement sur les pratiques des urgentistes dans la chaîne de prise en charge de la douleur aux urgences.

Les résultats apportés par cette étude, montre une profonde oligoanalgésie, ce qui a mis l'accent sur l'importance de la protocolisation de la prise en charge de la douleur dans les services des urgences, afin de rendre l'évaluation et le traitement de celle-ci une préoccupation systématique de chaque urgentiste. En 2011 «the American society for pain management nursing» a publié un document sur la prise en charge de la douleur par algorithmes, pour réduire les variations dans la pratique quotidienne et améliorer la satisfaction des patients.

De ce fait, il faut proscrire les vieux dogmes sur la PEC de la douleur, ainsi que promouvoir la formation du personnel médical et paramédical sur l'utilisation des échelles, et plus particulièrement sur l'utilisation des morphiniques.

Toute douleur aiguë mérite une prise en charge en dehors de toute considération sociodémographique, ethnique ou médicale. Ainsi tout médecin se retrouve face à une obligation de moyen devant tout patient qui souffre.



RESUME

Titre : Prise en charge de la douleur aiguë aux urgences de l'HMIMV-Rabat

(Enquête observationnelle à propos de 101 cas)

Mots clés : Douleur – aigue – urgence – oligoanalgésie

Auteur : Najmi safae

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

il s'agit d'une étude transversale prospective, réalisée auprès de 101 malades, sur une période de 03 jours allant du 18-03-2013 au 20-03-2013 pendant les heures ouvrables de 10 heures du matin jusqu'à midi. On a inclus tout malade souffrant d'une douleur aiguë admis aux urgences, et on a exclu les patients ayant une douleur chronique et ceux ayant présentés une altération des fonctions supérieures.

L'évaluation de la douleur a été réalisée par l'EVS. L'incidence de la douleur aiguë était élevée (66,67%). La douleur a été jugée moyenne dans 59,4% des cas. Les pathologies abdomino-pelvienne et traumatiques ont constitués une part importante (respectivement 19,5% et 39,5%). L'âge, le sexe, le niveau socioculturel, la médication antérieure étaient les facteurs essentiels qui influençaient la douleur. Calmer la douleur aux urgences n'a été l'attitude des urgentistes que dans 28,7% des cas, cette analgésie était efficace dans 93,1% des cas. Quant à la prescription des antalgiques : Les AINS, les antalgiques périphériques ainsi que les co-antalgiques ont constitué la part importante des prescriptions (respectivement 52,8%, 43,4%, 20,8%). La codéine a été prescrite chez 10,2% des patients alors que la morphine n'a été prescrite que chez 8% des patients en milieu hospitalier.

Dans notre étude, il ressort une insuffisance de prise en charge de la douleur aux urgences de l'HMIMV, ces résultats concordant avec ceux des enquêtes réalisées dans différents établissements sanitaires dans notre pays, doivent inciter le personnel soignant à multiplier les efforts pour lutter contre la douleur.

ABSTRACT

Title: The management of acute pain in the emergency room of HMIMV-Rabat
(Observational survey about 101 cases)

Key words: pain – acute – emergency – oligoanesthesia

Author: Najmi safae

Our study was designed to evaluate the management of acute pain in the emergency room of the Military Hospital of Instruction Mohammed V (HMIMV) in Rabat.

This is a prospective cross-sectional study, conducted among 101 patients, among the 150 admitted to medical and surgical emergencies of HMIMV-RABAT over a 03 days period from 18-03-2013 to 20-03-2013 during office hours from 10 am to noon. Were included in our study: All patients with acute pain admitted to the emergency. Were excluded from the study: patients with chronic pain and patients who presented an altered higher functions.

The pain assessment was carried out by simple verbal scale (EVS) (100%).

The incidence of acute pain was high (66, 67%). Pain was considered average in (59.4%) of cases.

The abdomino-pelvic pathology and trauma has been an important part (respectively 19.5% and 39.5%). Age, gender, socio-cultural level, prior pain medication were the key factors that influence pain. Pain relief emergency has been the attitude of doctors in 28.7% of cases, this analgesia was effective in 93.1% of cases. As for the analgesic prescription: THE NSAID, The peripheral analgesic and co-analgesics constituted the major share of prescriptions (respectively 52,8%, 43,4%, 20,8%). Weak opioids were prescribed among 10.2% of patients, while a strong opioid has been prescribed in 8% of patients in hospital.

In our study, it appears insufficient management of acute pain in emergency the HMIMV Rabat, these results consistent with those of surveys in different health institutions in our country, should encourage caregivers to increase efforts to fight against pain.

ملخص

العنوان: علاج الألم الحاد بمستعجلات المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

(دراسة وصفية بصدد 101 حالة)

كلمات المفاتيح: لآم-حاد-مستعجلات-نقص في علاج.

الكاتب: صفاء نجمي

إن الهدف من دراستنا تقييم علاج الألم الحاد وذلك بمستعجلات المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

إن هذه الدراسة عبارة عن دراسة مستعرضة مستقبلية، شملت 101 مريض من الـ 150 مريض المقبولين في المستعجلات الطبية والجراحية للمستشفى العسكري محمد الخامس، اللذين تم حصرهم خلال 3 أيام (من 2013/03/18 إلى 2013/03/20) في ساعات العمل الممتدة من العاشرة صباحا إلى الثانية عشرة زوالا. لقد تم إدراج في دراستنا، كل المرضى اللذين يعانون من ألم حاد والمقبولون في المستعجلات، كما تم إقصاء كل المرضى اللذين يعانون من الألم المزمن والمرضى اللذين يعانون من اختلال في الوظائف العليا.

تم تقييم الألم اعتمادا على السلم اللفظي البسيط فقط بنسبة (100%). كما كان متوسط عمر المرضى اللذين استشاروا الطبيب من أجل ألم حاد يساوي 43 سنة و كانت نسبتهم %66,66، و كان وقع الألم متوسطا لدى 54,9% منهم. و لقد شكلت أمراض البطن و الحوض و كذلك الأمراض الرضحية جزءا مهماو ذلك بالنسب التالية (بالتتابع 19,5% و 39,5%). إن العناصر المؤثرة على الألم الحاد تتمثل خاصة في السن، الجنس، المستوى الثقافي والاجتماعي، و تناول الأدوية قبل الولوج لقسم المستعجلات. إن تسكين الألم الحاد في قسم المستعجلات استعمل من طرف الأطباء لدى 28,7% من المرضى و كان مجديا عند 93,1% من الحالات.

فيما يخص وصف مضادات الألم :

-مضادات الالتهاب غير الأسترويدية، مضادات الألم المحيطية و المسكنات المشتركة شكلت الجزء المهم في الوصفات الطبية و ذلك بالنسب التالية (بالتتابع 52,8%، 43,4%، 20,8%).

-مستحضرات الأفيون الضعيفة (كوديين) تم وصفها عند 10,2% من المرضى، في حين لم يتم وصف مستحضر الأفيون القوي (المورفين) إلا عند 8% من المرضى وذلك خلال إقامتهم في المستشفى فقط.



Hospital: Militaire d'instruction Mohammed V
Service : Les Urgences

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE

- ❖ Nom :
- ❖ Prénom :
- ❖ Sexe :
- ❖ Age :
- ❖ Niveau culturel :
 - Analphabète Etudes primaires
 - Etudes universitaires Etudes secondaires
- ❖ Niveau socio-économique :
 - Bas Moyen Haut
- ❖ Motif de consultation :
- ❖ Date et Heure de consultation :
- ❖ Facteurs de risques :
 - H.T.A Asthme Cardiopathie
 - Diabète I. Coronaire BPCO
 - Allergie Tabac Autre habitudes toxiques
 - Autres
- ❖ Caractéristique de douleur :
 - ☛ Type : Aiguë Chronique
 - ☛ Siège :
 - ☛ Irradiation :
 - ☛ Intensité :

Echelle visuelle analogique (EVA) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 cm

Echelle numérique (EN) : La note de 0 à 10

Echelle verbale simple (EVS) :

0 = douleur absente 2 = douleur modérée

1 = douleur faible 3 = douleur intense

☛ Signes Accompagnateurs

☛ Sièges corporels de la douleur :

❖ Diagnostic :

Traumatologie Coliques hépatiques

Coliques néphrétiques Abdomen aigu chirurgical

Otite et douleur dentaire Migraine

Autres :

❖ Automédication antérieure :

✓ Oui Non

✓ Conseillée par : Médecin
 Pharmacien
 Voisin
 Patient (lui-même)
 Autres

✓ Médicaments pris :

• Produit :

Paracétamol AINS Paracétamol Codéiné

Phloroglucinol Myorelaxant

Néfopam Morphine Tramadol

• Voie d'administration :

• Dose :

- Durée :

❖ Technique analgésique aux urgences :

Oui Non

- Produits administré :

Paracétamol AINS Paracétamol Codéiné

Phloroglucinol Myorelaxant

Néfopam Morphine Tramadol

- Voie d'administration

- Dose :

❖ Malade se sent soulager aux urgences :

Oui Non

❖ Traitement ambulatoire :

- Produit prescrit :

Paracétamol AINS Paracétamol Codéiné

Phloroglucinol Myorelaxant

Néfopam Morphine Tramadol

- Voie d'administration

- Dose :

- Durée :

❖ Devenir du malade :

Traitement ambulatoire seulement

Hospitalisé dans le service de médecine

Hospitalisation dans le service de chirurgie

Hospitalisation en salle d'observation

Merci pour votre collaboration



Bibliographie

- [1] **ATTALAH F, GUILLERMOU Y.**
L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale.
Ann Fr Anesth Réanim 2004 ; 23 : 722-729.
- [2] **BASKETT P**
Acute pain management in the field
Ann. Emerg. Méd; 1999; 34(6).
- [3] **DUCASSE J.L, FUZIER R.**
La prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences en
1998. Actualités
Réanim Urg 1999 : 255-270.
- [4] **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.
- [5] **ANNALES FRANÇAISES DE MEDECINE D'URGENCE**
September 2011, Volume 1, Issue 5, pp 312-319.
- [6] **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.
- [7] **BRASSEUR L.**
Evaluation du malade douloureux.
Traitements de la douleur, collection conduites, doin éditeurs,
Paris 1997 : 30-34.

- [8] **LEFEBRE S, TRIVALLE C, LEGRAIN S, FETEANU D.**
Particularité de la douleur et sa prise en charge chez les personnes âgées.
Presse Méd 2000 ; 29 : 333-339.
- [9] **VETEL**
La prise en charge de la douleur des personnes âgées aux urgences.
Réan. Urg. 1993, 2 (3bis) : 357-9.
- [10] **TRESES R.**
Vers une meilleure prise en charge de la douleur.
Lettre du rhumatologie 1996 ; 220.
- [11] **LASSALE FONTAINE C.**
La douleur, moyens et stratégies thérapeutiques.
Rev Prat 2000 ; 50 , 360: 598-48, 1875-1877.
- [12] **BERTHIER F, LE CONTE P, GARREC F, POTEL G, BARON D.**
Analyse de la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil et d'urgence.
Réan Urg 1998 ; 7 : 281-285.
- [13] **SERRIE A.**
La douleur aiguë : signal d'alarme, la douleur chronique : douleur maladie.
Espérance médicale 1995 ; 2, 2 : 3-6.

- [14] **RANJI SR, GOLDMAN LE, SIMEL DL, SHOJANIA KG.**
Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain ?
JAMA 2006;296(14):1764—74.
- [15] **BERTHIER F, POTEL G, LECONTE P, TOUZE MD, BARON D.**
Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *AmJ Emerg Med 1998;16:132—6.*
- [16] **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.
- [17] **ABOULFALAH A, EL KAROUMI M, ABBASSI H, MATAR N.**
Migraine et vie normale de la femme.
Espérance médicale 2000 ; 7, 57 : 23.
- [18] **SCHUCK S, ALLAIN H.**
La douleur, moyen et stratégie thérapeutique.
Rev Prat 1997 ; 45 : 555-569.
- [19] **POUCHAIM D, HUAS D, GAY B, AVOUAC B, BOUVENOT G.**
Echelle d'évaluation de la douleur.
Rev Prat 2002 ; 16, 585 : 1299-1303.

- [20] **NEJMI M.**
Physiologie et évaluation de la douleur chez l'adulte.
Espérance médicale 1995 ; 2, spécial 2 : 15-31.
- [21] **BARNABE D, VINCEY P, FILLIPINI J.F, CAL. M.**
L'évaluation de la douleur.
Rev. Laryngol. Rhinol. 1996, 117, 2 : 79-82.
- [22] **RICARD-HIBON A, CHOLLET C, SAADA S, LORIDANT B, MARTY J. A**
Quality control program for acute pain management in prehospital critical care medicine.
Ann Emerg Med 1999;34:738—44.
- [23] **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.
- [24] **DUMAS F, NGUYEN L, KIERZEK G, RAT P, POURRIAT JL.**
Établissement d'une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante (résumé).
JEUR 2007;20(Suppl. 1):66—7.

- [25] **TRINH-DUC A, SATIN A, SUREAU C, ET AL.**
Actualisation 2007 de la 3^e 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.
- [26] **JENNINGS PA, CAMERON P, BERNARD S.**
Measuring acute pain in the prehospital setting.
Emerg Med J 2009;26:552—5.
- [27] **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
- [28] **RICARD-HIBON A, MARTY J.**
Prise en charge de la douleur en milieu préhospitalier. In: S.F.A.R., editor. Conférence d'actualisation.43^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris:
Elsevier; 2001. p. 709—22.
- [29] **ANNEQUIN D.**
Le bon usage des antalgiques non morphiniques chez l'enfant.
FMC Hébd. 1999, 57 : 970.

- [30] **ATTAL N.**
Place des antidépresseurs dans le traitement de la douleur.
Espérance médicale 2000 ; 7, 60 : 180-183.
- [31] **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
- [32] **MICROMEDEX HEALTHCARE SERIES. DRUGDEX ® SYSTEM.**
Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado.
Disponible sur <http://www.thomsonhc.com>, [consulté le 1.09.08].
- [33] **KETOPROFENE (BI-PROFENID®)**
Nouvelle indication dans la crise de migraine : sans consistance.
Rev Prescrire 2004;24(254):645—47.
- [34] **HOLDGATE A, POLLOCK T.**
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) versus opioids for acute renal colic.
Cochrane Database Syst Rev 2005(2):CD004137.

- [35] **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
- [36] **Romundstad L, Stubhaug A, Niemi G, Rosseland LA, Breivik H.**
Adding propacetamol to ketorolac increases the tolerance to painful pressure.
Eur J Pain 2006;10(3):177—83.
- [37] **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.
- [38] **Close BR.**
Tramadol: does it have a role in emergency medicine?
Emerg Med Australas 2005;17(1):73—83.
- [39] **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.

- [40] **BANNWARTH B, BERTIN P, QUENEAU P.**
Les opoïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses.
Presse Méd 2001 ; 30 : 947-50.
- [41] **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.
- [42] **CHAUVIN M.**
Douleurs aiguës en situations d'urgence : des techniques à la démarche qualité. In: Arnette, editor.
Dequad Urgences; 2004, p. 93—103.
- [43] **MICHEL P, de SARASQUETA AM, CAMBUZAT E, HENRY P.**
Evaluation de la prise en charge de la douleur.
Presse Médicale 2001 ; 30, 29.
- [44] **DRUAS P.L, GUIRIMAND F, TAJEI P.**
La douleur, les douleurs. La morphine et les douleurs rebelles.
Espérance médicale 1995, tome 2.
- [45] **ELMNAOUAR M, ISMAEL.**
Les antalgiques commercialisés au Maroc.
Espérance médicale 1995 ; 2 : 48-56.
- [46] **NEJMI M.**
Douleur abdominale aiguë de l'adulte.
Espérance médicale 2000 ; 7, 60 : 185-190.

- [47] **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—34.
- [48] **GEISTDOERFER P.**
Les poissons venimeux. In: Goyffon M, Heurtault J, editors. La fonction venimeuse.
Paris: Masson; 1995.p. 109—15.
- [49] **LE BARS D, WILLER J-C.**
Physiologie de la douleur.
Encyclopédie médico-chirurgicale 2004, 36-020-A-10
- [50] **BENEDETTI F.**
Placebo analgesia.
Neurol Sci 2006;27(Suppl. 2):100—2.
- [51] **NEJMI M.**
L'enseignement de la douleur.
Espérance Médicale 1995 ; tome 2, spécial 2 : 58-61.
- [52] **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 عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

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

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - السويسي
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 177

سنة: 2013

**علاج الألم الحاد بمستعجلات المستشفى العسكري
التعليمي محمد الخامس بالرباط
(دراسة وصفية بصدد 101 حالة)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: صفاء نجمي

المزودة في: 21 ماي 1987 بالقصر الكبير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: ألم - حاد - مستعجلات - نقص علاج الألم.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس	السيد: مبارك ديمو
مشرف	أستاذ في التخدير والإنعاش
	السيد: لحسن بليمني
	أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش
	السيد: عبد المجيد موسوي
	أستاذ في التخدير والإنعاش
أعضاء	السيد: محمد دريسي
	أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش
	السيد: زكرياء بلخدير
	أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش