



HAL
open science

Identifier les raisons de sous-titration morphinique chez les patients douloureux sévères aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles

Hugo Mocellin

► To cite this version:

Hugo Mocellin. Identifier les raisons de sous-titration morphinique chez les patients douloureux sévères aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02333648

HAL Id: dumas-02333648

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02333648>

Submitted on 25 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN
Faculté de Médecine de ROUEN

Année 2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Identifier les raisons de sous-titration morphinique chez les patients
dououreux sévères aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles

Présentée et soutenue publiquement

Le 09/10/2019

Par

MOCELLIN Hugo

Né le 20/12/1991 à Saint-Martin d'Hères

Dirigée par le Docteur LVOVSCHI Virginie

Jury :

Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie, Président

Monsieur le Professeur LAUDENBACH Vincent

Madame le Docteur SKIBA Malika

Madame le Docteur LVOVSCHI Virginie

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Madame le Docteur LVOVSCHI qui a bien voulu suivre ce travail d'étude.

J'adresse également mes remerciements à Monsieur le Doyen VEBER et à Monsieur JOLY, mon chef de service, pour leur soutien bienveillant et à mes responsables de service qui, tout au long de mon internat, m'ont fait bénéficier de leurs conseils avisés.

J'ai aussi une pensée amicale pour toute l'équipe de réanimation chirurgicale et remercie ma famille et tous mes amis pour leurs encouragements.

Tables des matières :

I. Introduction

II. La douleur aux urgences : état des lieux

1) Définition de la douleur

2) Physiopathologie de la douleur

2.1 Douleurs périphériques

2.2 Relais médullaire

2.4 Les faisceaux ascendants

2.4 Intégration de la douleur au niveau cérébral et contrôles supra-spinaux

3) Pharmacologie de la morphine

3.1 Propriétés pharmacocinétiques

3.2 Propriétés pharmacologiques

4) Cliniques et score

4.1 Les types de douleurs

4.2 Examen du patient douloureux et évaluation de la douleur

5) Cadre réglementaire

6) La prise en charge de la douleur sévère aux urgences

7) L'oligo-analgésie et ses causes

8) L'oligo-morphine et ses causes

III. Identification des facteurs de sous-titration morphinique et conception du protocole de l'étude EPIMORPH

1) MATERIELS ET METHODE

Objectifs

Méthodologie

2) RESULTATS

- a) Critères de non titration sur étude bibliographique
- b) Critères de non titration par entretien avec les soignants
- c) Conception de la grille d'évaluation in situ d'EPIMORPH

IV. Discussion

V. Conclusion

Bibliographie

Annexe

- 1) Réglette EVA
- 2) Guide d'entretiens semi-directifs
- 3) Extrait d'entretiens semi-directifs

Listes d'abréviations

Résumé

I. INTRODUCTION

La prise en charge efficace de la douleur est une problématique complexe du fait de la subjectivité de celle-ci. Son caractère multidimensionnel la rend, de plus, difficile à quantifier.

L'évaluation de la douleur aiguë se fait principalement par des échelles unidimensionnelles cotant l'intensité de celle-ci, sa qualité et sa localisation.

Un chiffre (1) : 60 % des patients ressentent une douleur aiguë. Au regard de cette donnée, la lutte contre la douleur est donc une priorité de santé publique. Les objectifs de sa prise en charge doivent alors intégrer sa reconnaissance, son traitement ainsi que sa réévaluation systématique et régulière.

Les trois échelles d'autoévaluation recommandées et, a priori, adaptées aux patients, sont : l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple.

Plus globalement, il est à noter la nécessité :

- d'une analgésie précoce et multimodale pouvant associer des moyens physiques, psychologiques et médicamenteux ;
- la mise en place de protocoles de soins validés par tout le personnel soignant du service ;
- d'une reconnaissance de la morphine comme le morphinique de référence, dans le cadre d'une prescription adossée à des procédures de surveillance spécifiques.

Dans ce travail de thèse, nous nous intéresserons plus précisément à la douleur aiguë sévère appelant, selon les recommandations, à une titration morphinique. En effet, nous constatons que beaucoup de patients, notés comme douloureux sévères, ne bénéficient pas de cette prescription alors qu'ils y sont éligibles.

Il nous a semblé alors opportun d'analyser toutes les causes expliquant cette sous-titration morphinique. Pour ce faire, tous les champs des « possibles » (pattern) se doivent d'être explorés : le contexte médical et paramédical, la demande du patient lui-même, en passant par l'environnement même des urgences.

Afin de balayer les principales causes de cette sous-titration morphinique au sein du SAU du CHU de Rouen, il a été nécessaire d'analyser tout le champ des « possibles ».

En effet, une titration morphinique sur un patient avec une EVA 60< résulte d'une combinaison d'acteurs et de moyens qu'il nous faut appréhender dans toute sa longueur afin de screener un maximum de facteurs de sous-titration, souvent regroupables en « pattern » multidimensionnels.

Il est nécessaire ainsi de s'interroger sur les pratiques du médecin prescripteur mais également de l'infirmier dispensateur.

Une étude, appelée EPIMORPH, réalisée aux urgences du CHU de Rouen a été réalisée en 2019 afin d'identifier la prévalence des titrations morphiniques intraveineuses aux urgences en cas de douleur sévère puis de cerner les différents facteurs multidimensionnels entraînant cette situation, à l'égard de patients normalement éligibles.

Dans cette thèse nous présentons les étapes préliminaires qui ont permis de réaliser cette étude in situ, suivant une méthodologie innovante et un study protocole choisi à l'issue de ces étapes.

L'objectif premier était de déterminer de façon exhaustive et avec le moins possible de biais méthodologiques les facteurs explicatifs et associés à cette sous-titration morphinique avant de les tester de la façon la plus adaptée possible, en prospectif, aux urgences du CHU de Rouen.

II. La douleur : état des lieux aux urgences

1. Définition de la douleur

La douleur (2) est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle (ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion). La transmission douloureuse est un phénomène complexe impliquant des mécanismes électro-physiologiques et neurochimiques, par le biais de 3 étapes successives :

- l'élaboration de l'influx au niveau du nocicepteur et sa transmission dans la fibre nerveuse périphérique ;
- le relais et la modulation au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière (transmission de l'influx, blocage ou amplification, convergence des différents influx) ;
- l'intégration au niveau du cerveau qui le transforme en message conscient, à savoir une sensation douloureuse avec une composante sensori-discriminative (intensité, localisation, durée du stimuli nociceptif...) et une composante émotionnelle et affective désagréable.

2. Physiopathologie de la douleur

L'influx douloureux est véhiculé par deux grandes voies (2) :

- l'une correspond à la douleur rapide véhiculée par les fibres A delta ($A\delta$), responsable de la douleur localisée et précise capable de discriminer la topographie et la qualité ; elle rejoint le thalamus latéral par le faisceau néo-spino-thalamique puis le cortex sensitif avec les aires S1 et S2 (voie de la sensation) ;
- l'autre est celle de la douleur tardive diffuse véhiculée par les fibres C amyéliniques, responsables de la douleur diffuse lente ; après un relais au niveau des structures du tronc cérébral, l'information douloureuse rejoint le thalamus médian, puis les structures limbiques et le cortex frontal (voie de l'émotion et du comportement).

Cette dichotomie entre un système qualitatif d'analyse rapide spatio-temporelle de la douleur et un système lent véhiculant la douleur diffuse se retrouve à tous les étages de la transmission sensitive nociceptive.

2.1 La douleur périphérique

a) Nocicepteurs

Le message nociceptif résulte de la stimulation des terminaisons libres amyéliniques (nocicepteurs), très nombreuses (200 par cm²), organisées en plexus, arborisées dans les tissus cutanés et musculaires et les parois viscérales.

Les nocicepteurs cutanés existent sous 2 formes :

- les mécano-nocicepteurs, qui ne sont activés que par des stimulus douloureux mécaniques (pression, étirement) et qui se prolongent par des fibres de type A-delta ;
- les nocicepteurs polymodaux, activés par des stimulus mécaniques, chimiques (substances algogènes), thermiques ($T > 42^{\circ}\text{C}$) et qui se prolongent par des fibres de type C.

Les nocicepteurs cutanés ont pour caractéristique un seuil de réponse élevé, nécessitant une stimulation intense, une absence d'activité spontanée et une sensibilisation par une stimulation répétée ou hyperalgésie primaire.

Il existe aussi des nocicepteurs profonds, présents au niveau de la capsule des organes pleins, du réseau musculaire des viscères creux, des parois vasculaires, des muscles striés et des structures périarticulaires.

Ce sont des mécano-nocicepteurs, activés par l'ischémie, la distension et la contraction.

b) Transmission

Après activation des nocicepteurs, le message est véhiculé jusqu'à la corne postérieure de la moelle par les fibres de petit calibre faiblement myélinisées (A-delta, vitesse de 4 à 30 m/s), responsables de la douleur localisée et précise à type de pique et par les fibres non myélinisées (C, vitesse de 0,4 à 2 m/s) ; elles-mêmes responsables de la douleur diffuse, mal localisée, tardive à type de brûlure.

Les afférences primaires fortement myélinisées (A-alpha-bêta, vitesse 30 à 120 m/s) répondent aux stimulations mécaniques modérées, comme le tact ou le toucher mais ne répondent pas aux stimulations nociceptives.

c) Substances algogènes

Les lésions tissulaires et l'inflammation engendrent la production d'un grand nombre de médiateurs qui, directement ou indirectement, contribuent à la sensibilisation des fibres afférentes périphériques. Les neurotransmetteurs et neuromodulateurs périphériques sont nombreux, d'où le terme de « soupe inflammatoire ». Ils sont libérés, à partir des tissus lésés, des cellules sanguines (plaquettes, polynucléaires, mastocytes), des macrophages et à partir des terminaisons des fibres afférentes (substance P, peptide lié au gène de la calcitonine ou CGRP).

Parmi ces substances, nous pouvons identifier :

- la bradykinine, maillon chimique essentiel ; outre son action directe pronociceptive, elle induit une cascade d'effets avec libération des autres médiateurs, augmentation de la perméabilité vasculaire, vasodilatation et chimiotactisme leucocytaire ;
- les prostaglandines (PG), qui ne sont pas algogènes, mais sensibilisent les nocicepteurs à l'action d'autres substances (abaissement du seuil d'activation) ;
- l'histamine, qui est prurigineuse puis douloureuse et issue de la dégranulation des mastocytes.

d) Hyperalgésie périphérique et réflexe d'axone

Le message nociceptif initial peut être amplifié par des mécanismes d'hyperalgésie. Nous distinguons l'hyperalgésie primaire qui concerne les tissus lésés et les substances libérées augmentant l'inflammation au niveau lésionnel. Celle-ci se traduit par une modification des réponses avec un seuil d'activation plus bas, une latence diminuée, des réponses exagérées aux stimuli habituels non nociceptifs (allodynie), voire une activité spontanée et l'hyperalgésie secondaire touchant aux tissus sains péri-lésionnels.

Les fibres adjacentes sont sensibilisées par le biais du réflexe d'axone.

Cette amplification du message nociceptif joue un rôle dans le déclenchement de l'alerte et des réactions servant à la maîtriser.

Le réflexe d'axone ou « inflammation neurogène » correspond à la libération en périphérie des neuropeptides algogènes (substance P, CGRP, neurokinine A), présents dans le ganglion rachidien. Ces neuropeptides circulent par voie antidromique le long des fibres nociceptives activées. Ils sont libérés au niveau du site lésionnel ainsi qu'à la périphérie de la lésion initiale et intéressent progressivement tous les tissus sains adjacents.

Elle est nommée : hyperalgésie en tache d'huile ou hyperalgésie secondaire.

Le blocage électif des fibres nociceptives est possible, soit par les anesthésiques locaux pour les fibres C, soit par le bloc ischémique pour les fibres A-delta. Le blocage précoce des fibres nociceptives interrompt le cercle vicieux de la douleur périphérique et empêche l'installation de l'hyperalgésie, induite par les stimulations nociceptives répétées. La thermocoagulation utilise la plus grande sensibilité à la chaleur des petites fibres (nociceptives) et permet de réaliser une section élective des voies de la douleur avec respect des autres sensibilités.

2.2 Le relais médullaire

a) L'entrée des afférences primaires

Les fibres afférentes primaires rejoignent la moëlle épinière par les racines postérieures. Les fibres A-delta et C se séparent des grosses fibres tactiles, pour se terminer dans les couches superficielles de la corne dorsale de la moëlle épinière (couches I, II et V). Elles envoient également des collatérales aux étages médullaires sus et sous-jacents, réalisant un recouvrement important entre des territoires différents. Les fibres C provenant des structures viscérales se projettent sur des couches profondes (V-VII). Les grosses fibres (A-alpha) rejoignent, quant à elles, les noyaux de Goll et Burdach par les cordons postérieurs (sensibilité tactile et proprioceptive). Elles interviennent dans le contrôle de la porte. Ainsi, les neurones de la couche V reçoivent des afférences de toutes les catégories de fibres. Ces informations peuvent être cutanées, musculaires ou viscérales. Cette convergence viscéro-spatiale permet ainsi d'expliquer l'origine des douleurs projetées.

b) Les neurones médullaires

Le relais médullaire se fait alors avec deux types de neurones :

- les neurones nociceptifs spécifiques ne véhiculent que des stimuli douloureux et sont plus volontiers localisés dans les couches superficielles (I et II) ;
- les neurones nociceptifs non spécifiques, appelés aussi « neurones convergents », peuvent véhiculer à la fois des stimuli douloureux et non douloureux ; sont localisés dans les couches profondes (V) tandis que le neurone convergent transporte les informations venant d'un champ récepteur cutané, viscéral et/ou musculaire.

En clinique, la convergence des afférences sensibles de provenance variée (peau, muscle ou viscères) sur les neurones convergents spinothalamiques de la corne postérieure, transportant jusqu'au cerveau des influx d'origine topographique diverse et de qualité différente (nociceptif ou non), constitue le support des douleurs projetées.

Celles-ci sont des douleurs rapportées par "erreur" lors de l'analyse corticale au méramère cutané (le plus largement représenté) alors que l'origine réelle est viscérale, articulaire ou musculaire. En effet, la cartographie corticale pariétale possède une somatotopie topographique très précise pour la peau mais imprécise pour les muscles, les vaisseaux et les viscères.

Les douleurs référées sont d'interprétation plus difficile et sont le support de pièges bien connus en médecine. La convergence des influx à chaque niveau méramérique explique : les douleurs de mâchoires et de membre supérieur, lors des infarctus myocardiques, le Mac Burney de l'appendicite ainsi que celles, inter-scapulaires, d'origine vésiculaire.

c) Neurochimie de la corne postérieure

Au niveau de la corne dorsale, les fibres A-delta et C libèrent dans l'espace synaptique des peptides (substance P, Neurokinines A, CGRP, somatostatine, CCK, VIP) et des acides aminés excitateurs (glutamate, aspartate). La substance P ainsi que le glutamate jouent, semble-t-il, un rôle important mais non exclusif dans la transmission du message nociceptif jusqu'aux couches profondes, point de départ du faisceau spinothalamique.

Plusieurs types de récepteurs du glutamate sont analysés : le récepteur AMPA, le récepteur Kainate (KA), le récepteur NMDA (N Methyl D Aspartate), et mes récepteurs métabotropiques liés aux protéines G.

Les récepteurs AMPA et KA sont reliés à des canaux ioniques (sodique), d'activation rapide et impliqués dans la transmission excitatrice rapide. Le récepteur NMDA est lié à l'entrée de calcium dans la cellule. Son activation est beaucoup plus lente, contrôlée par la glycine et le magnésium. Le récepteur NMDA est impliqué uniquement dans des modifications neuronales à long terme. L'entrée massive de calcium dans la cellule déclenche une cascade de mécanismes intracellulaires : synthèse de NO et de prostaglandines, activation de protéine kinase (PKC) et expression de proto-oncogènes (C Fos protein). Ces neurotransmetteurs créent une dépolarisation post-synaptique lente et de durée prolongée qui permet une sommation temporelle des influx nociceptifs. La cellule devient hyper-activable. Les canaux ioniques restent ouverts. La synapse est totalement perméable. Nous assistons donc à une hyperexcitabilité des neurones convergents pouvant aboutir, au maximum, à un dysfonctionnement neuronal global avec destruction neuronale, une perte des mécanismes inhibiteurs et un accroissement de la douleur en intensité et dans le temps.

Elle est nommée : l'hyperalgésie centrale ou la sensibilisation centrale.

En clinique, la stimulation des mécanorécepteurs de bas seuil véhiculant dans des conditions normales la sensibilité tactile, peut, en cas de sensibilisation médullaire, déclencher une réponse douloureuse, expliquant l'allodynie et l'hyperalgésie des zones péri-lésionnelles. Dès lors, une douleur qui persiste peut alors être responsable de modifications neurochimiques durables expliquant la pérennisation et la mémorisation des phénomènes douloureux.

d) Les contrôles inhibiteurs de la corne postérieure de la moelle

Schématiquement, différents systèmes participent à la modulation, au niveau spinal, de la transmission de l'information douloureuse.

Il est à noter le contrôle de la porte (théorie de Melzack et Wall). L'activation des fibres de gros diamètre (A-delta) met en jeu des inter-neurones situés dans la substance gélatineuse qui inhibent la transmission des influx nociceptifs vers les neurones à convergence des couches profondes de la

corne dorsale. L'activité de ces grosses fibres afférentes augmentent l'activité des inter-neurones et ferme la porte de la douleur, tandis que l'activité des fibres C et A-delta réduit ce tonus inhibiteur et ouvre la porte, facilitant ainsi la transmission vers les neurones convergents. Ces mécanismes segmentaires peuvent être également contrôlés par des influences supra-spinales. Ces contrôles s'exercent par l'intermédiaire d'acides aminés inhibiteurs, comme la glycine ou l'acide gamma amino butyrique (GABA).

En thérapeutique, le contrôle de la porte est le support de l'utilisation de la neurostimulation transcutanée (TENS) et cordonale, à visée antalgique. La stimulation médullaire intéresse les cordons postérieurs qui par une circulation à contre-courant (antidromique) inhiberait les neurones nociceptifs convergents de la corne postérieure de la moelle.

Système opioïde

Il existe de nombreux récepteurs pré et post-synaptiques aux opioïdes, répartis en 3 classes :

- Mu (ou OP3) ;
- Delta (ou OP1) ;
- Kappa (ou OP2).

Ces récepteurs sont présents dans tout le système nerveux central mais également en périphérie. Les agonistes des récepteurs Mu (morphine) bloquent les réponses aux stimulus nociceptifs mécaniques, thermiques ou chimiques. Ces récepteurs sont en effet très largement distribués dans le système nerveux central, en particulier au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière.

Il existe également des endorphines, peptides endogènes qui miment l'action de la morphine et se fixent sur les récepteurs opiacés.

Elles appartiennent à 3 grandes familles :

- la proenképhaline à l'origine des enképhalines ;
- la pro-opio-mélanocortine à l'origine des bêta-endorphines ;
- la prodynorphine à l'origine des dynorphines.

Ces endorphines sont distribuées largement dans les structures cérébrales, principalement celles impliquées dans la nociception et au niveau, également, de la corne dorsale de la moelle épinière.

En clinique, l'administration répétée d'opioïdes peut conduire à l'apparition d'une tolérance (diminution des effets pharmacologiques) et de dépendance physique ou psychique. Ces mécanismes dépendent de modifications neuronales mettant en jeu l'activation des récepteurs aux acides aminés excitateurs. L'activation des récepteurs opioïdes pourrait, dans le même temps, au même titre que l'effet analgésique, mettre en jeu des molécules endogènes, douées de propriétés anti-opioïdes.

e) Les contrôles activateurs de la corne postérieure de la moelle

Différents peptides ont été reconnus pour avoir une action pro-algique et anti-opioïde : cholécystokinines (CCK), neuropeptide SF (NPFS), nociceptine. Les CCK sont présentes dans le système nerveux central et leur distribution est à peu près superposable à celle des récepteurs opioïdes et des enképhalines. Il est à noter que le CCK est un antagoniste endogène du système opioïde, qui par le biais des récepteurs CCKB, inhiberait le système opioïde. Les opioïdes endogènes et le CCK régiraient donc une homéostasie entre le système antinociceptif et le retour à l'apparition d'une douleur.

En clinique, l'hyperactivité des systèmes anti-opioïdes pourrait également intervenir dans les douleurs neuropathiques expliquant en particulier la relative inefficacité des morphiniques pour soulager ce type de douleur.

2.3 Les faisceaux ascendants

La majeure partie des messages nociceptifs croise la ligne médiane par la commissure grise antérieure après leur relais avec les neurones de la corne postérieure.

Deux voies ascendantes sont impliquées dans la transmission à l'étage supra-spinal de la douleur :

- le faisceau spino-thalamique (FST) qui chemine au niveau du cordon antéro-latéral de la moelle ; les fibres du FST sont des fibres A-delta qui se

projetent dans le thalamus latéral, puis dans le cortex sensitif (voie de la sensation) ;

- le faisceau spino-réticulothalamique (FSRT) qui chemine aussi au niveau du cordon antéro-latéral de la moelle ; les fibres du FST sont des fibres C qui se projettent dans le thalamus médian puis dans les structures limbiques et dans le cortex frontal avec intégration émotionnelle, mémorisation et adaptation comportementale (fuite, anticipation).

2.4 Intégration de la douleur au niveau cérébral et contrôles supra-spinaux

a) Intégration corticale de la douleur

Les stimuli nociceptifs sont intégrés essentiellement au niveau du cortex insulaire, de l'aire SII, et du gyrus cingulaire antérieur et, de façon plus inconstante, dans le thalamus et l'aire SI. Les réponses au niveau insulaire/SII et thalamiques reflètent la composante sensori-discriminative de la douleur. La réponse du cortex SI est plus en rapport avec la stimulation nociceptive cutanée de surface (dépendante des sommations temporelles et spatiales) et modulée par l'attention portée au stimulus. La réponse thalamique, souvent bilatérale, fait probablement intervenir des phénomènes d'éveil en réponse à la douleur. La réponse cingulaire antérieure reflète plutôt des processus attentionnels et émotionnels. L'attention au stimulus douloureux fait intervenir, également, le cortex pariétal postérieur et le cortex préfrontal dorso-latéral droit qui participent au réseau cortical attentionnel et/ou mnésique.

b) Les contrôles inhibiteurs descendants supraspinaux

Schématiquement, deux types de contrôles inhibiteurs descendants ont été identifiés :

1. *les contrôles descendants* déclenchés par des stimulations cérébrales qui sont issus du tronc cérébral (région bulbaire rostro-ventrale) pour agir sur la moelle ; au niveau bulbaire, plusieurs zones sont repérables, ayant une fonction analgésique : la substance grise périaqueducale (SGPA), le noyau raphé magnus (NRM), le noyau giganto cellulaire et le

noyau réticulé latéral du tractus solitaire ; à partir de cette région bulbaire, des fibres empruntent le funiculus dorsal et vont rejoindre les neurones spinaux à chaque étage et réaliser un effet inhibiteur sur les neurones convergents.

Les neuromédiateurs impliqués dans ce système inhibiteur sont les substances opioïdes, la sérotonine et la noradrénaline. En thérapeutique, les mécanismes sérotoninergiques inhibiteurs descendants justifient l'utilisation des antidépresseurs tricycliques dans le traitement de la douleur.

2. *Les contrôles inhibiteurs descendants* déclenchés par stimulations nociceptives (CIDN) qui correspondent à l'application d'un stimulus nociceptif sur une zone du corps éloignée d'un champ récepteur d'un neurone convergent, lui-même déclencheur d'un mécanisme d'inhibition sur ce même neurone convergent.

L'importance du CIDN est proportionnelle à l'intensité du stimulus et à sa durée. L'intégrité de la boucle de rétroaction est indispensable. La structure bulbaire impliquée dans cette boucle est la rétículo bulbaire. Les neuromédiateurs des CIDN seraient sérotoninergiques et endomorphiniques. Les CIDN pourraient jouer le rôle d'un filtre facilitant la détection des messages nociceptifs. Les neurones convergents véhiculent des informations nociceptives et non nociceptives, provenant d'origines différentes. Ces neurones ont donc une activité somesthésique de base quasi permanente. En cas de stimulation douloureuse, provenant d'une population de neurones convergents donnés, il existe alors une mise en jeu des CIDN.

Nous assistons à une réduction d'activité des neurones convergents non concernés par cette douleur. Le contraste augmente entre le champ du neurone activé et la mise sous silence des neurones non concernés, facilitant l'identification de la localisation précise de cette douleur. Par analogie, un chant au milieu du brouhaha d'une foule a peu de chance d'être entendu ; en revanche, la foule, réduite au silence, va permettre d'extraire le son d'une meilleure façon.

En clinique, la théorie des CIDN pourrait expliquer les douleurs de contre-irritation connues de longue date (pose de ventouses sur peau scarifiée), ainsi que les effets de l'acupuncture qui entraîne une analgésie inhibée par la naloxone.

3. Pharmacologie de la morphine

3.1 Propriétés pharmacocinétiques (3)

Pour la morphine toutes les voies sont utilisables, notamment la voie orale : effet de premier passage hépatique très important (la destruction du médicament est très variable d'un sujet à l'autre).

C'est l'une des explications au fait que la dose utile peut varier de 20 mg à 2 g, d'où la nécessité de rechercher, en montant progressivement, la dose utile pour chaque sujet.

En moyenne, 30 à 50 % de la dose ingérée est biodisponible, ce qui signifie qu'il est possible de passer de la voie orale à la voie injectable, en divisant les doses par deux ou par trois et inversement.

Du fait du métabolisme hépatique, il existe des interactions, aboutissant à une modification de l'efficacité et/ou à des risques lors de l'introduction de certains inhibiteurs enzymatiques ou d'inducteurs enzymatiques.

D'autres voies existent :

- voie sous-cutanée possible ;
- voie intra-veineuse, afin, par exemple, de calmer la douleur de l'infarctus du myocarde ;
- voie plus rare : intra-thécale.

La diffusion est satisfaisante si la morphine franchit la barrière hémato-encéphalique et la barrière placentaire (à prendre en compte chez la femme enceinte proche de l'accouchement, car possibilité d'observer un syndrome de sevrage chez le nouveau-né d'une mère toxicomane).

La destruction se fait au niveau hépatique, variable.

La morphine est éliminée par toutes les sécrétions : lait (nourrices, attention !), salive (contrôle doping des chevaux) mais aussi par la bile et les urines (contrôle des coureurs cyclistes).

3.2. Propriétés pharmacologiques

a) Sur le système Nerveux Central

Analgesie, euphorie (liée à l'action analgésique) ; parfois dysphorie, somnolence, obscurcissement des idées et, à doses plus fortes, diminution des réactions affectives à cette douleur.

La morphine agirait à la fois :

- sur la prise de conscience de la sensation douloureuse (implication de nombreuses structures centrales) ;
- sur la transmission des messages nociceptifs au niveau médullaire (« Gate Control »), par une action dépressive directe au niveau spinal et une action indirecte au niveau du tronc cérébral par un renforcement des contrôles inhibiteurs descendants.

L'apparition, l'intensité et la durée de l'action analgésique sont fonction de la voie d'administration, de la dose administrée, du type de douleurs et de la sensibilité individuelle.

Cet effet peut être rapide et important, peu durable (4h) avec une dose habituelle de morphine orale simple. Il n'est pas possible d'établir une concentration « thérapeutique », l'efficacité étant obtenue à des concentrations plasmatiques trop différentes.

b) Sur le système psychomoteur

La morphine exerce une action sédatrice et/ou excitatrice suivant les doses, le contexte et l'espèce animale : action sédatrice, le plus souvent ; action excitante à dose inférieure à 1 mg, parfois chez l'enfant.

La récupération de sommeil, liée à l'arrêt de la douleur en début de traitement, est, selon les cas, prise pour une sédation médicamenteuse.

Outre la modification de la nature de la perception douloureuse qui est en soi une action psycho-dysléptique, l'administration de morphine entraîne un état d'euphorie plus ou moins évident, remplacé, parfois, par un état dysphorique.

A doses élevées, il peut apparaître des phénomènes hallucinatoires chez certains individus.

Substance toxicomanogène (inscrite sur liste des stupéfiants) ce qui signifie qu'il peut entraîner :

- une euphorie ;
- une tolérance ou accoutumance (c'est-à-dire nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets), dont les mécanismes sont mal connus, liés à la fois à une diminution de la sensibilité du S.N.C., aux effets de la morphine et à une modification du catabolisme, devenant plus rapide ou encore à une modification de la répartition dans l'organisme ;
- une dépendance psychique ou envie irrésistible de se procurer de la drogue ;
- une dépendance physique : l'interruption brutale de l'exposition entraîne l'apparition d'un syndrome de sevrage, (ou de manque), avec sueurs, larmoiements, catarrhe, douleurs et contractures musculaires, troubles digestifs (nausées, diarrhée, vomissements, anorexie), hyperthermie, anxiété, agressivité et état hallucinatoire.

Un traitement, surtout si prolongé, ne doit donc pas être arrêté brutalement.

c) Actions respiratoires

Action dépressive centrale (bradypnée, Cheyne-Stokes, apnée) avec diminution de la sensibilité des centres respiratoires aux taux sanguins de CO₂ ; en outre, il existe une action corticale et une inattention aux stimuli normaux. Elle est rarement limitante par voie orale lors d'un emploi à dose progressivement croissante.

Cependant, elle peut occasionnellement limiter l'emploi thérapeutique, en particulier :

- lors d'une forte augmentation des concentrations plasmatiques, donc si la morphine est injectée ou en cas d'escalade trop rapide des doses par voie orale (des règles sont à suivre) ;
- quand il est prescrit des doses supérieures à celles nécessaires pour supprimer la douleur, car cette dernière se comporte comme un antagoniste de la dépression respiratoire ; d'où l'importance, sur ce plan

aussi, d'une escalade progressive des doses (sauf si la respiration est contrôlée mécaniquement).

Il existe également une action anti-tussive : dépression du centre de la toux. Action peu utilisée dans le cas de la morphine en raison de ses nombreux autres effets (mais c'est le plus puissant anti-tussif connu).

C'est cette propriété qui est mise à profit pour la codéine.

Enfin une action de broncho-constriction par l'intermédiaire d'une histamino-libération.

d) Actions sur le centre du vomissement

Rappel : le centre du vomissement est commandé par la chemo-réceptive Trigger zone (C.T.Z.). A faibles doses, la morphine stimule la C.T.Z., donc action vomitive. A plus fortes doses, elle déprime le centre du vomissement et a donc une action anti-vomitive.

C'est probablement l'une des raisons pour lesquelles, lors des traitements prolongés, les vomissements sont constatés essentiellement au début du traitement. Il est prescrit le plus souvent un antiémétique (de type neuroleptique bloquant la CTZ) pour les prévenir ou les supprimer.

e) Sur le système nerveux autonome

Action assez modérée portant sur les systèmes sympathiques et parasympathiques :

- sympathique : en stimulant la libération des catécholamines des surrénales avec quelques effets ;
- para-sympathique : stimulation du noyau central du pneumogastrique, responsable d'effets parasympathomimétiques prédominants comme la bradycardie (supprimée par l'atropine) et la tendance à l'hypotension orthostatique.

Actions sur les muscles lisses : spasme

Nous observons une action sur le tube digestif avec diminution du péristaltisme et augmentation du tonus et des contractions, réalisant, au maximum, un spasme périodique ; et une augmentation du tonus du sphincter anal avec

abolition du réflexe normal de la défécation et, en outre, diminution des sécrétions gastriques (HCl) et pancréatique.

De tout cela, résulte une constipation, tellement systématique (et intense, conduisant à des fécalomes) lors des traitements durables, qu'il est prescrit systématiquement un laxatif et dans le but d'éviter que cette gêne n'oblige à l'interruption de ces traitements.

Il est remarqué également une action sur les voies biliaires avec augmentation du tonus des fibres circulaires du sphincter d'Oddi, c'est-à-dire un arrêt de l'évacuation biliaire et une augmentation de la pression dans les canaux biliaires (douleurs chez les sujets à qui a été enlevée la vésicule).

Ceci explique la nécessité, si utilisé dans les cas de coliques hépatiques, d'associer un antispasmodique à la morphine.

Il est constaté aussi une action sur les voies urinaires avec augmentation du tonus et de l'amplitude des contractions de l'uretère. Malgré cette action spasmogène, avec anti-spasmodiques, la morphine est prescrite dans les cas de coliques néphrétiques, en raison de la puissance de son action analgésique. Elle peut être à l'origine d'un globe vésical.

Actions sur l'œil

Myosis par stimulation centrale du noyau para-sympathique du III. Il ne disparaît pas en utilisation chronique et c'est donc un bon signe d'intoxication chronique.

Rein et diurèse

Effet antidiurétique par diminution de la filtration glomérulaire (il y aurait une diminution du nombre de néphrons actifs) et une augmentation de la sécrétion d'ADH

Effets divers

Action histamino-libératrice pouvant expliquer l'occasionnelle bronchoconstriction, la vasodilatation capillaire périphérique et des rougeurs cutanées, parfois difficiles à différencier d'effets allergiques, possibles mais exceptionnels.

Tendance à l'hypothermie (dépression du centre thermorégulateur hypophysaire) et légère diminution du métabolisme basal.

Hyperglycémie à fortes doses (libération de catécholamines).

Principaux effets indésirables :

- nausées, vomissements qu'il est possible d'anticiper ;
- constipation qu'on doit prévenir systématiquement ;
- dépression respiratoire, qu'un bon ajustement des doses peut éviter, majorée d'ailleurs par certaines co-prescriptions ;
- rétention urinaire (surtout en cas d'obstacle uréthro-prostatique) ;
- dépression cardiovasculaire (bradycardie, hypotension) ;
- sédation ou parfois excitation, confusion majorée par l'association à certains autres psychotropes ;
- hypertension intra-crânienne.

4. Clinique et score

4.1 Les types de douleur

a) Douleur aiguë / douleur chronique

Toute douleur aiguë se manifeste par une sensation désagréable, où le patient ressent une menace de son intégrité corporelle. Cela provoque des réactions végétatives (2) (tachycardie, ...), musculaires et comportementales (vocalisations, ...). L'attention est entièrement mobilisée par la douleur et le sujet organise les moyens pour essayer de s'y soustraire. C'est une douleur alarme. Quand la lésion guérit (cicatrisation par les processus inflammatoires locaux), le système nociceptif revient à son état initial. La finalité biologique des modifications induites par la douleur est de favoriser la guérison par un ajustement des réactions et des comportements.

A l'inverse, toute stimulation nociceptive qui perdure entraîne des modifications structurelles du système nerveux central, liées à la plasticité neuronale. Les réactions inflammatoires et les transformations tissulaires sont responsables de modifications du seuil de déclenchement des influx nociceptifs. Les douleurs deviennent plus intenses (hyperalgésie). Des stimulations non nocives tactiles déclenchent des douleurs (allodynie). Des douleurs spontanées sans stimuli nociceptif peuvent également

apparaître. La douleur conditionne alors la vie de l'individu, entraîne des troubles de l'appétit, une perte du sommeil et envahit son univers affectif, avec retentissement sur le vécu quotidien et répercussions sociales, professionnelles et familiales. Elle mobilise la totalité des structures nerveuses et devient la préoccupation dominante. Nous admettons, de façon arbitraire, qu'une douleur est considérée comme chronique lorsqu'elle se prolonge au-delà de 3 à 6 mois.

b) Excès de nociception / douleur neuropathique

Nous distinguons classiquement plusieurs types de douleurs selon le mécanisme physiopathologique :

- par excès de nociception ; le stimulus nociceptif est alors prolongé et la réaction inflammatoire est intense (par exemple, la douleur post-opératoire, post-traumatique ou viscérale) et en cas d'examen neurologique normal, la topographie neurologique sera absente ;
- par lésion périphérique ou centrale du système nociceptif ; ceci renvoie à des douleurs neuropathiques, neurogènes ou de déafférentation (par exemple, étirements de plexus, atteintes thalamiques), avec atteinte de l'examen neurologique ;
- par stimulation locale du système sympathique, à l'origine de troubles vasomoteurs, trophiques : causalgie, algodystrophie ;
- par désordre émotionnel sévère modifiant l'intégration du message douloureux conscient (douleurs psychogènes) ;
- par mécanisme mal connu (douleurs sine materia), comme les céphalées de tension, les fibromyalgies et les douleurs myofasciales ;
- par mécanisme mixte (par exemple, inflammatoire et neuropathique), le plus répandu.

4.2 Examen du patient douloureux et évaluation de la douleur

L'examen du patient douloureux est essentiel pour préciser les caractéristiques sémiologiques de la douleur. L'évaluation de la douleur constitue une part de cet examen.

Quel que soit le site de la douleur, l'examen doit préciser au moins 7 items :

- le profil évolutif : ancienneté de la douleur (depuis plus de 3 à 6 mois ?), mode de début (accident de travail, effort, repas, ...) et horaire ;
- la topographie : siège, siège de la douleur maximale, irradiations ;
- le type de douleur (décharges électriques, brûlure) ;
- l'intensité ;
- les facteurs de soulagement et d'aggravation ;
- les manifestations associées ;
- l'impact sur la qualité de vie.

Comme il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité de la douleur et la gravité des lésions, l'évaluation de celle-ci est le seul moyen d'apprécier l'effet d'un traitement antalgique, en vue d'adapter le traitement symptomatique analgésique.

Schématiquement, nous observons deux modes d'évaluation, l'un étant basé selon l'information verbale transmise par le patient (auto-évaluation) ; l'autre à partir de mesures faites par un tiers (hétéro-évaluation) ou sur la base de la mesure de paramètres physiologiques.

a) Echelles uni-dimensionnelles

Il s'agit d'échelles globales, mesurant l'intensité de la douleur : échelle visuelle analogique (EVA), échelle numérique (EN) et échelle verbale simple (EVS). Ces échelles sont utilisables chez l'adulte et chez l'enfant à partir de 5 ans, principalement en douleur aiguë post-opératoire ou traumatique. Elles sont simples, rapides à renseigner, ce qui permet des mesures répétées et rapprochées pour apprécier la réponse au traitement.

L'EVA utilise une réglette munie d'un curseur se déplaçant sur la face visible du patient entre « absence de douleur » et « douleur maximale imaginable », sur une échelle graduée de 0 à 100 mm sur sa face cachée. Celle-ci est la méthode de référence pour quantifier l'intensité douloureuse et constitue une réponse thérapeutique, puisqu'elle est simple, reproductible, sensible et linéaire.

Nous pouvons montrer que le seuil minimal à partir duquel le patient éprouve un début de soulagement, après traitement, correspond à une baisse de 13 mm sur l'EVA. Cependant, près de 10% des patients ont des difficultés à pouvoir représenter l'intensité de leur douleur sur une réglette, notamment chez les sujets âgés ; de plus, en post-opératoire immédiat, son usage n'est pas toujours aisé. Aussi, l'EN et l'EVS à 5 niveaux sont des alternatives fiables. L'EN demande au patient de chiffrer l'intensité de sa douleur entre 0 et 100 et l'EVS quantifie la douleur en réponse à des adjectifs proposés au patient : douleur absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense.

Quelle que soit la méthode utilisée, il est préférable d'utiliser toujours la même pendant le traitement antalgique et d'évaluer le patient de manière répétée, au repos et en condition dynamique. Même si nous constatons une grande variabilité interindividuelle dans le niveau de douleur ressentie, l'obtention d'une EVA (ou EN), inférieure à 40, est un objectif thérapeutique raisonnable.

b) Echelles multidimensionnelles

Au-delà de l'aspect quantitatif, il est nécessaire de prendre en compte le vocabulaire employé par le patient, qui décrit la répercussion de la douleur sur un plan affectif et sensoriel dans sa vie quotidienne (par exemple, gênante, angoissante, déprimante), son milieu socio-professionnel et sa vie familiale.

Afin d'intégrer ces aspects qualitatifs, des questionnaires ont été élaborés, dont le « Mc Gill Pain Questionnaire » (MPQ), mis au point par Melzack et sa version française, le « Questionnaire Douleur Saint-Antoine » (QDSA). Ce questionnaire français comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes, 9 sensorielles, 7 affectives et 1 évaluative. Après avoir sélectionné le terme le plus approprié dans une sous-classe, le patient pondère son jugement grâce à une échelle de 0 à 4, ce qui permet de calculer un score.

Ces questionnaires sont plus longs à traiter qu'une EVA et peuvent poser des problèmes de compréhension. Ils sont utilisés pour évaluer la douleur chronique en appréciant l'intensité douloureuse et le vécu de cette douleur.

c) Echelles comportementales

Il existe aussi des méthodes par hétéro-évaluation quand le contact verbal du patient n'est pas possible : par exemple, chez le nouveau-né, la personne âgée,

le sujet polyhandicapé, le patient psychotique ou comateux. Ces échelles comportementales de douleur sont basées sur l'expression corporelle à l'état de repos ou en réponse à un stimulus douloureux.

Pour être utilisable, ces échelles doivent cependant répondre à des critères de qualité bien précis :

- être sensible, c'est-à-dire donner des résultats divers d'un individu à l'autre, voire différents également chez le même individu, en fonction du traitement ou de l'évolution de la pathologie ;
- être fiable, c'est-à-dire donner des résultats concordants pour un même patient lorsqu'il est évalué par des observateurs différents ;
- être valide, c'est-à-dire mesurer effectivement la douleur et non un autre phénomène comme l'anxiété.

Parmi de nombreuses échelles disponibles en pédiatrie, il nous faut mentionner l'échelle de COMFORT, spécialement conçue pour les enfants admis en réanimation. Utilisable pour tous les âges, elle associe des critères comportementaux et des variables physiologiques. Chez l'adulte, une échelle de douleur a été récemment proposée pour les patients de réanimation, basée sur l'observation du tonus des membres supérieurs, l'expression du visage et l'adaptation au ventilateur.

5. Cadre Réglementaire

L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique en tant que critère de qualité. La Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Elle est encadrée par plusieurs articles/arrêtés (4) :

Article L1110-5 du code de la santé publique : « ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte ... » ;

Article R6164-3 - alinéa 4 - du code de la santé publique : « La conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne : [...] : la prise en charge de la douleur » ;

Article R6144-2 - alinéa 4 - du code de la santé publique : « La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne [...] : la prise en charge de la douleur »
Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la Loi de santé publique de 2004.

6. Prise en charge de la douleur sévère aux urgences

a) Paliers de l'OMS

La prise en charge de la douleur doit être globale et centrée par une relation « médecin-malade » de qualité, associée à des thérapeutiques médicamenteuses.

Selon l'OMS, l'antalgique est obligatoirement adapté à l'EVA, soit :

- EVA < 30 : palier 1 de l'OMS ;
- EVA 30-60 : palier 2 de l'OMS ;
- EVA > 60 : palier 3 de l'OMS.

Antalgiques des douleurs par excès de nociception (paliers) :

PALIER 1

ASPIRINE : Acide acétylsalicylique	Effet anti-inflammatoire et antiagrégant plaquettaire
PARACETAMOL	Effet antalgique par action centrale
AINS	Effet anti-inflammatoire et antalgique par inhibition des COX
NEFOPAM	Effet antalgique par action centrale sans effet morphinique

PALIER 2

CODEINE	Morphinique faible
TRAMADOL	Morphinique faible

PALIER 3

MORPHINE	Libération pouvant être immédiate ou prolongée
Autres agonistes	HYDROMORPHONE, OXYCODONE, FENTANYL
Agoniste/antagonistes	NALBUPHINE, BUPRENORPHINE

b) La prise en charge de la douleur sévère aux urgences

La titration morphinique IV recommandée en première intention

La titration intraveineuse (5), encore appelée titrage, consiste à répondre aux besoins du patient en administrant successivement des bolus de morphine jusqu'à obtenir l'efficacité analgésique recherchée. La titration est recommandée en 1^{ère} intention devant une douleur aigue sévère (EVA 60<) cette définition sous-entend :

- un outil de mesure « des besoins du patient » ;
- la définition des bolus (initiaux et successifs) ;
- et la définition d'intervalles de temps de réinjections.

En examinant la littérature, les réponses peuvent être :

- les échelles d'autoévaluation ;
- des doses variables de bolus initiaux (soit rapporté au poids et allant de 0,05 à 0,1 mg/kg ; soit globaux allant de 2 à 6 mg) comme successifs (le plus souvent non précisé) ;
- des intervalles tout aussi variables (3 à 7 minutes).

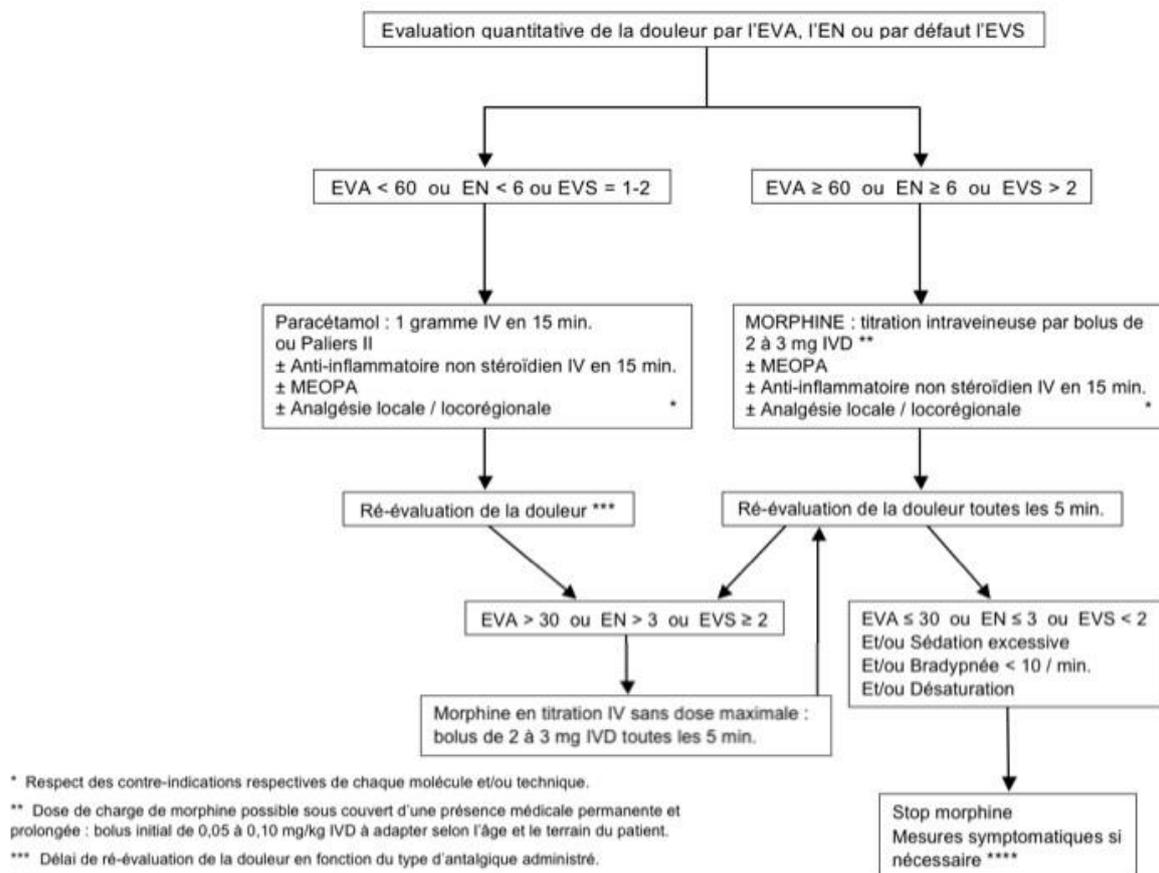
Le principe de la titration de la morphine (6) permet d'adapter au mieux l'analgésie aux besoins du patient. La dose initiale doit être administrée pour être le plus rapidement efficace tout en limitant le risque d'effets indésirables (nausées, vomissements, dépression respiratoire...).

Or, les recommandations de la société française de médecine d'urgence (SFMU) pour les urgences intra-hospitalières et celles de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) pour les urgences extrahospitalières sont différentes, renvoyant à un bolus initial de 0,1 mg/kg (SFMU) et de 0,05 mg/kg (SFAR). Il est à remarquer que le respect des recommandations (bolus initial, délais entre les injections et posologie de la titration) permet d'obtenir une analgésie efficace dans une majorité de cas.

Les modalités de la titration des morphiniques IV au CHU de Rouen sont les suivantes :

- titration IV en fonction du poids ;
- bolus de 2 mg toutes les 5 mn avec un maximum de 10 mg si < 60kg ;
- bolus de 3 mg toutes les 5 mn avec un maximum de 15 mg si 60kg < ;
- idéalement en secteur « scapé » avec surveillance de la conscience, de la TA, de la FC, de la FR et de l'EVA.

Les recommandations SFMU-SFAR sont quant à elles celle-ci :



Analgésie multimodale

Le concept de l'analgésie multimodale (7) est né dans les années 1990 sous l'impulsion d'équipes très impliquées dans les stratégies analgésiques.

Le concept est fondé sur le fait que :

- certaines douleurs ne peuvent être vaincues par un seul antalgique d'autant que les mécanismes nociceptifs diffèrent ; à la douleur par excès de nociception s'ajoute parfois une douleur neuropathique ou encore une douleur inflammatoire ;
- les morphiniques, longtemps oubliés dans les stratégies thérapeutiques, sont tout de même responsables d'évènements indésirables liés le plus souvent à la dose et s'expriment d'autant plus que ces médicaments sont prescrits seuls ; de plus, ils ne permettent pas le soulagement des douleurs en conditions dynamiques ;
- l'association d'antalgiques à sites d'actions différents facilite la puissance antalgique avec pour corollaire une diminution des scores de douleur au repos et également pour certaines, la mobilisation ;
- la combinaison d'antalgiques agissant à des niveaux différents permet de réduire la consommation médicamenteuse, en particulier en morphinique, avec, parfois, une réduction des effets secondaires.

C'est pourquoi les co-antalgiques peuvent également trouver leur place dans la prise en charge de la douleur avec comme représentants : les corticoïdes, les psychotropes, les myorelaxants, les antispasmodique et les biphosphates en fonction du type de douleur qui affecte le patient.

7. Oligo-analgésie et ses causes

La conférence d'actualisation de la SFAR (8) précise que les raisons expliquant cette oligo-analgésie sont multiples et souvent liées à des préjugés erronés (la peur des effets secondaires liés aux morphinique, la notion de fatalité de la douleur en situation d'urgence, la nécessité de préserver le symptôme douleur pour établir un diagnostic et la notion de priorité aux détresses vitales...) et à un défaut d'enseignement des personnels soignants, reléguant le traitement de la douleur au second plan.

Le principal facteur explicatif est donc bien la sous-estimation de l'importance de la douleur évaluée par le personnel soignant. Pourtant, les conséquences néfastes de la douleur sur l'organisme ont été largement démontrées, pouvant précipiter un état clinique déjà précaire.

Un rapport de la SFMU de 2010 (9) insiste sur la difficulté de l'analgésie chez des individus non communicants, en soulignant l'importance d'utiliser une échelle adaptée d'évaluation de la douleur.

En outre, un mémoire de fin d'étude (10) réalisé par une étudiante infirmière témoigne aussi de la difficulté de gérer un patient agressif et son impact sur la relation soignant-soigné. Il est ainsi démontré une diminution de l'empathie du soignant devant un patient agressif.

En tout état de cause, nos lectures croisées d'études diverses confirment, une fois encore, le caractère multidimensionnel de la douleur et en miroir, celle de l'oligo-analgésie.

En dehors de la nécessité éthique évidente de soulager toute douleur pour le confort du patient, la mise en œuvre d'une analgésie facilite la prise en charge du patient sans compromettre le diagnostic, contrairement aux idées reçues. Le soulagement de la douleur doit donc faire partie des priorités thérapeutiques en situation d'urgence.

8. La « sous-titration » morphinique et ses causes

Peu d'études s'intéressent à la sous-utilisation morphinique au sens large du terme. En effet, la littérature, en ce domaine, souligne cette sous-utilisation de la morphine et, comme le démontre une étude française récente multicentrique (11) et prospective de 2011 (12), il est confirmé la réalité de l'oligo-analgésie, notamment une prévalence d'utilisation de la morphine intraveineuse chez les patients douloureux sévères, identifiée à 9%.

La morphinophobie liée au patient était souvent mise en avant ainsi que la peur des effets secondaires par le médecin et l'IDE.

Elle est définie à partir d'un ensemble d'études et autour de trois points essentiels :

- un ensemble de croyances erronées d'un ou de plusieurs soignants sur les effets négatifs de la morphine (Musi & Bionaz, 2003; Covington, 2000) ;

- une attitude inappropriée d'un soignant par manque de connaissances face à la prescription et à l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur (Verloo et al., 2010) ;

- une opposition « philosophique » dans la prescription et l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur (Elliot & Elliot, 1992; Robins & Murphy, 1967).

Ainsi, la réalisation d'une synthèse de la littérature sur ce sujet, en tentant d'être le plus exhaustif possible, apparaît plus qu'utile.

L'objectif de l'étude EPIMORPH est d'identifier la prévalence au CHU de Rouen de la titration morphinique IV et, en cas de sous-titration morphinique, d'en évaluer les raisons, par une évaluation des pratiques professionnelles des médecins et infirmiers chez des patients douloureux sévères qui y sont normalement éligibles dans un SAU, c'est-à-dire avec EVA > 60/100.

Deux types de pratiques professionnelles aboutissant à une non prescription sont évaluées : la non prescription et la non dispensation.

III. Conception du protocole de l'étude EPIMORPH afin d'identifier la prévalence de la titration morphinique et d'analyser les raisons de non-titration morphinique

a) Matériels et méthode

Objectifs

Afin de déterminer les raisons de sous-titration éventuelle par l'étude EPIMORPH, une étude transversale monocentrique, il a été nécessaire :

1/ de réaliser un travail préliminaire de détermination des critères pertinents à tester localement et en temps réel, expliquant, le cas échéant, cette sous titration ; l'objectif final ayant visé la construction d'une grille d'évaluation qui permette de couvrir tous les critères et d'identifier l'ensemble des acteurs en jeu dans le processus de titration ;

2/ de déterminer une méthodologie d'étude « en temps réel » pour recueillir de façon exhaustive les facteurs de sous-titration morphinique aux urgences du CHU de Rouen.

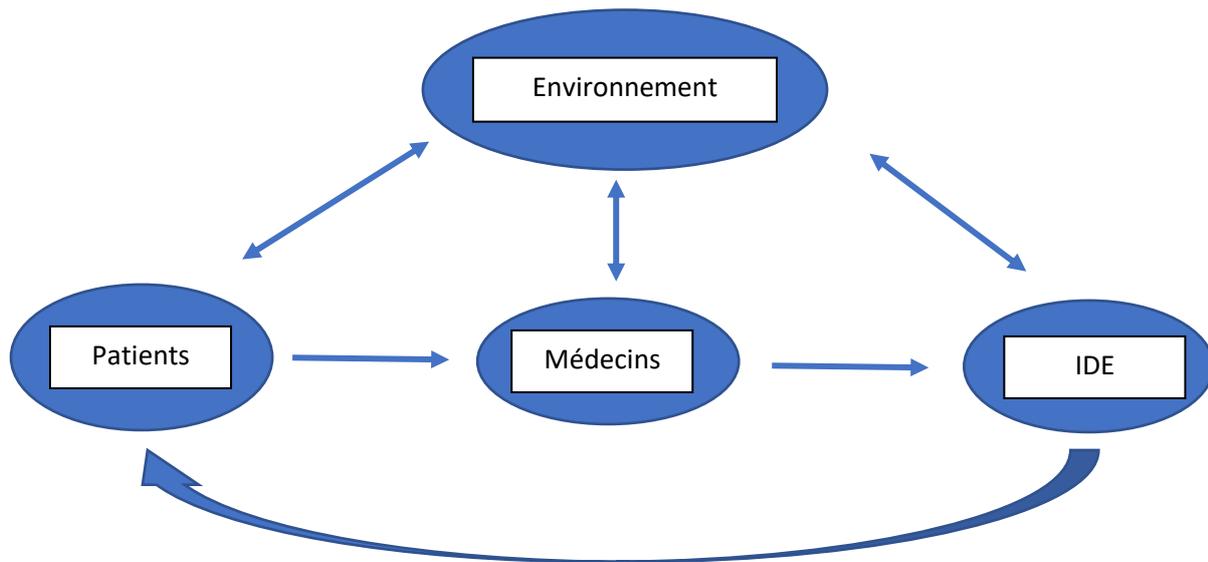
Méthodologie

1) Identification des patterns

Afin de permettre un maximum d'exhaustivité dans la recherche des raisons de non titration, il s'est avéré opportun de s'interroger sur le processus conduisant un patient à être titré.

Une prescription de titration morphinique au SAU débute évidemment par la présence d'un patient douloureux ; ce même patient étant évalué par le médecin prescripteur. Intervient ensuite un IDE dispensateur, puis enfin, un patient bénéficiant de cette prescription ; le tout dans l'environnement spécifique à l'urgence.

Schématiquement :



2) Données disponibles et biais

Il a donc été nécessaire de déterminer les critères en fonction des données de la littérature mais pas seulement.

La littérature est très riche concernant l'oligo-analgésie : ce qui a permis de déterminer la plupart des critères allant du terrain du patient (13) (morphinophobie, âge) à l'over-crowding (14), propre à l'environnement des urgences.

La recherche bibliographique a été effectuée à partir de plusieurs bases de données : PubMed, Google Scholar et CISMEEF.

Ces données sont apparues cependant insuffisantes car ne prenant pas en compte l'effet centre inévitable. C'est pourquoi, la lecture de la littérature a été complétée par des entretiens semi-dirigés auprès d'IDE du SAU afin de couvrir le facteur environnemental propre aux urgences de Rouen.

3) Modalités in situ : choix du lieu de l'étude, des participants et du rythme

Il a donc été réalisée une étude, d'abord en monocentrique au sein du service des urgences du CHU de Rouen. Le flux important de patients a permis une inclusion rapide et importante, constituant un lieu idéal pour la recherche.

Les participants sont pluri-professionnels bien que n'incluant pas tous les soignants (aides-soignants, brancardiers, non interrogés...) : des infirmiers des urgences (sans critères d'exclusion), des médecins titulaires ou contractuels et des internes des urgences.

Les praticiens et les infirmiers ont été interrogés sur la base d'une pratique intéressant tous les patients de plus de 18 ans, admis aux urgences avec une EVA comprise entre 60 et 100, indépendamment de la pathologie qui induit la douleur et sans critères d'exclusion.

Le screening des patients s'est réalisé avec l'aide du logiciel des urgences. Le recueil des informations a été planifié 7 jours sur 7, y compris jours fériés : à 12h et à 16h auprès des médecins et des infirmiers.

L'équipe d'investigateurs est composée de 2 médecins urgentistes, 1 médecin de santé publique et de 2 étudiants en pharmacie.

4) Etude qualitative

a) Méthodologie des entretiens semi-dirigés.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée (15) lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Les applications en sont très concrètes, plus particulièrement pour les aspects relationnels des soins. La démarche fait référence à des modèles culturels et à la « culture vécue ».

De façon plus générale, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? Celle-ci s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs.

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ».

Cette méthode facilite aussi l'exploration des émotions, des sentiments, ainsi que des comportements et des expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

À ce titre, cette méthode est particulièrement adaptée à la recherche sur la douleur, car permettant un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

Il existe plusieurs types de recueil des données en recherche qualitative dont les deux principales sont :

- les entretiens individuels (semi-dirigés) ;
- les entretiens de groupe (« focus group »).

Il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels auprès des IDE du service ainsi qu'auprès d'élèves IDE. Cette méthode est apparue particulièrement adaptée pour l'analyse d'informations rendant compte d'un abord exhaustif de l'oligo-morphine.

Les « focus group » auraient pu être intéressants à conduire mais faute de disponibilité entre les différents plannings des IDE, il n'a pas été possible de les programmer.

Les entretiens individuels non dirigés n'ont cependant pas permis d'aborder la problématique précise de l'oligo analgésie.

Il a donc été administré une dizaine d'entretiens auprès d'IDE « séniors », dont 2 référentes douleur et 6 entretiens auprès d'élèves IDE.

a) Méthode d'entretien

Les entretiens ont été réalisés directement auprès des IDE, dans une salle de réunion du SAU.

Les IDE ont été préalablement informés du sujet abordé et de la méthodologie utilisée.

Les entretiens (respect de l'anonymat) ont été enregistrés avec l'aide d'un dictaphone ; leur durée a été comprise entre 30 et 40 min.

Un guide d'entretien, figurant en annexe 3, a été utilisé pour la conduite des conversations.

b) Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits sur un logiciel de traitement de texte.

Un exemple de retranscription est répertorié en annexe 4.

c) Analyse des entretiens

L'analyse complète des verbatims a été menée par le biais d'un processus de codage ouvert jusqu'à l'utilisation d'un codage sélectif.

Les résultats propres de l'analyse des verbatims seront développés dans un travail ultérieur de mémoire.

b) RESULTATS

1) Critères retenus

a) Par la bibliographie

La lecture exhaustive bibliographique a permis de confirmer la réalité de l'oligo-analgésie mais également de l'oligo-morphine.

Facteurs propres aux soignants

En effet, plusieurs articles relatent la morphinophobie chez le personnel paramédical : une étude réalisée sur des étudiantes infirmières (16) évalue, par exemple, leurs attitudes et perceptions vis-à-vis de la morphine. En effet, celle-ci a démontré qu'une attitude craintive envers de l'utilisation de la morphine comme analgésique était présente à 33% : résultats faisant directement écho avec ceux retrouvés chez les professionnels (Broekmans et al, 2004; Edwards et al., 2001).

De plus, l'idée que la morphine puisse masquer les signes cliniques et entraîner des difficultés dans le diagnostic est encore très répandue, alors que les études récentes (6 essais contrôlés) (17) démontrent qu'aucune raison ne justifie le non-emploi de la morphine.

Le livre blanc de la douleur nous rapporte (18) que la sous-utilisation de la morphine est une donnée ancienne, d'où la nécessité de renforcer des formations adaptées à la fois auprès des IDE et des médecins.

Facteur environnemental

Aux urgences, la charge de travail peut en effet limiter la prescription de morphiniques. De multiples études, insistant sur l'over-crowding (14) au sein des urgences, attestent de la longueur des délais pour dispenser des thérapeutiques adaptés ou encore de la présence d'erreurs médicales.

L'over-crowding se manifeste de plusieurs façons comme le souligne la thèse de Nicolas NIEDER (2017 (14)).

En effet, celui-ci démontre que le surpeuplement de patients entraîne :

- un manque de communication entre IDE, entre médecins ou entre médecins et IDE ;
- une non disponibilité du personnel parce qu'insuffisant pour réaliser une titration efficace ;
- un défaut de surveillance idéale du fait de scope non disponibles.

Autant de raisons qui expliquent la sous-titration morphinique.

Facteur propre au patient

De multiples études ont, par ailleurs, démontré la difficulté de traiter la douleur chez la personne âgée non communicante ou avec des troubles neurocognitifs majeurs, rendant la perception de la douleur difficilement interprétable.

Selon la littérature (19), les personnes âgées reçoivent en effet moins de traitement antalgique que les patients jeunes et avec une utilisation plus modérée de morphiniques.

Une étude française de 2017 (19) a pourtant souligné l'intérêt de l'utilisation de l'échelle Algoplus sur l'évaluation de la douleur chez la personne âgée dans une structure d'urgence, améliorant ainsi la prise en charge de cette dernière.

En outre, une autre étude (20), publiée sur le journal européen des urgences, concernant le soulagement des douleurs aiguës sévères de la personne âgée, via une titration morphinique, ne fait pas apparaître de différences significatives d'efficacité ou de sécurité.

Au regard de toutes ces données, il est donc important de mettre en évidence l'intérêt de la titration chez la personne âgée et la sûreté de cet accompagnement.

Au facteur âge, s'ajoute le terrain du patient. Outre les contre-indications de la morphine, un article de la société française de médecine d'urgence (21) confirme que la prise en charge de la douleur chez un patient toxicomane est complexe. En effet, il existe un réel risque de disqualification de la plainte du toxicomane. Or, les mêmes principes d'antalgie doivent être appliqués pour le patient usagé de drogue que pour tout autre patient.

La morphinophobie s'applique au patient comme le montre l'étude de cas témoins, en 2019, ayant pour objectif d'évaluer les différents facteurs qui entraînent un refus d'analgésique. Cette étude objective une peur de la dépendance ainsi qu'une peur, de la part du patient, que le médecin sous-estime sa douleur.

Ces facteurs ont permis d'agréments notre grille.

b) Par les entretiens semi-dirigés

Pour compléter notre grille d'évaluation, 16 entretiens semi-dirigés ont donc été réalisés, étoffant l'identification des facteurs de sous-titration.

Ces entretiens prennent en compte l'effet centre propre aux urgences du CHU de Rouen.

Il en ressort plusieurs thématiques (extraits choisis en annexe 3) :

- la réévaluation de l'EVA par l'IDE ou le médecin, entraînant la non prescription voir la non dispensation de la morphine, remise en question constante de l'EVA ;
- l'échelle numérique souvent préférée à l'EVA ;
- l'EVA comme un mauvais initiateur de prescription morphinique mais entendu comme un bon indicateur dans le suivi de la douleur ;
- une antalgie-palier souvent pratiquée à la place d'une antalgie multimodale, voire à la place d'une antalgie adaptée à l'EVA ;
- un manque de communication médecin-IDE impliquant de mauvaises transmissions au sujet de l'EVA, notamment son évolution et sa possible augmentation ;
- des situations fréquentes où la titration ne peut être réalisée convenablement du fait du flux de patients ;
- un changement de comportement du soignant vis-à-vis du patient quand celui-ci est agressif avec de possibles retards de prise en charge.

Ces entretiens semi-dirigés ont permis, au final, de mettre en évidence une autre dimension de la sous-titration morphinique. En effet, a été saisi, par cette méthode qualitative, le rapport même du soignant avec la douleur : question peu décrite dans la littérature.

2) Réalisation de la grille test

Nous avons pu regrouper les items par pattern.

Pattern médicales et paramédicales :

- la réévaluation de l'EVA, subjectivement réinterprétée à la baisse par le médecin ;
- la priorité accordée aux paliers antalgiques inférieurs ;
- le traitement étiologique non analgésique (avec, comme exemple, une immobilisation pour une fracture).

Pattern patient :

- Terrain du patient ;
- Allergie ;
- Constantes limitant la prescription ;
- Morphinophobie dont refus par le patient et agressivité

Pattern environnemental :

- Transfert au bloc
- Manque de disponibilités des IDE

Ci-après, présentation de la grille d'évaluation (table 1).

Etiquette

N° saisie :

EPI

MORPH : FICHE INVESTIGATEUR**Titration morphinique chez les patients douloureux venant aux urgences****Compléter ce questionnaire pour les patients avec une EVA > 60 au SAU****Patient (Etiquette)**

Nom _____ Prénom _____ DDN _____ Sexe : H F
Date d'admission (Etiquette) : : ----/----/ 2019 **Heure d'admission :**-----
Mode de venue aux urgences : Moyens personnels VSAV (pompiers) Ambulance SMUR
Autres (forces de l'ordre)
Motif d'admission : ----- **EVA :** 6 7 8 9 10
Diagnostic de sortie : -----
Mode de sortie des urgences : Retour à domicile Mutation Décès

Médecin prescripteur (en charge du patient)

Interne Assistant/Chef de clinique Sénior (PH, PHC..)
Sexe H F

IDE en charge du patient (uniquement si partie 2 ou 3 à compléter)

Age <30 ans 30-45 ans >45 ans Ancienneté SAU : -----ans Sexe H. F

1- PRESCRIPTION INITIALE ECRITE OUI **NON** *Si OUI passer à la partie 2- PRESCRIPTION MAINTENUE**Si NON mettre une croix à chaque ligne blanche en interrogeant le médecin en charge du patient*

	Oui	Non
Urgence vitale		
Douleur intense non signalée en zone		
EVA <70 (recommandation du service)		
Contre indication à la morphine		
Allergie		
Terrain du patient		
Constantes		
Hypovigilance		
Non indication à la morphine en 1ere intention liée à la typologie douloureuse		
Céphalées		
Lumbago, rachialgie		
Traumatisme mineur		
Réduction prévue aux urgences-geste nécessitant une sédation procédurale		
Colique néphrétique		
Traitement étiologique		
Antibiotique, immobilisation....		
Non indication à la morphine		
1 ^{ère} dose de morphine hors titration avant arrivée aux urgences ou dès l'accueil		
Réévaluation de la douleur par le médecin		
EVA réinterprétée et minorée par le médecin		
EVA réévaluée par le patient à la demande du médecin		
Echelle cognitive simplifiée '(ECS) réalisée et contradictoire		
Morphinophobie/Freins à la prescription/Peur des effets secondaires		
Médecin ne souhaite pas voie veineuse		
Patient désagréable/agressif avec l'équipe		
Refus du patient d'une autre classe d'antalgique		
Peur de l'inefficacité avec des doses standards trop basses pour le terrain		
Peur de la dépendance		
Age élevé		
Toxicomane		
Patient alcoolisé		
Association médicamenteuse sédative		
Syndrome occlusif (majoration possible des vomissements)		
Autres dépresseurs respiratoires déjà prescrits		

Environnement ne permettant pas la titration selon le médecin		
Absence de scope disponible dans les 30 minutes pour initier la prescription		
Transfert au bloc opératoire /dans un service /examens dans les 30 minutes		
Absence de box disponible dans les 30 minutes pour initier la prescription		
Morphinique non disponible		
Manque de disponibilité de l'IDE pour initier*/sous effectif ressenti		
Surveillance de la titration non faisable toutes les 5 minutes		
Absence de scope disponible		
Manque de disponibilité de l'IDE pour surveiller		

2- PRESCRIPTION MAINTENUE

OUI

NON

Si OUI passer à la partie 3 –PRESCRIPTION DISPENSEE

Si NON mettre une croix à chaque ligne grisée en interrogeant l'IDE qui a pris en charge le patient

	Oui	Non
Prescription annulée		
2° EVA/EN <60		
Relève médicale avec changement de prescription		
Par l'expert « douleur »		
Protocole de recherche en cours		
Décision IDE/médecin négociée d'alternative thérapeutique		
Par le sénior (si prescription par l'interne)		

3- PRESCRIPTION REALISEE : TITRATION REALISEE

OUI NON

Si OUI le questionnaire s'arrête

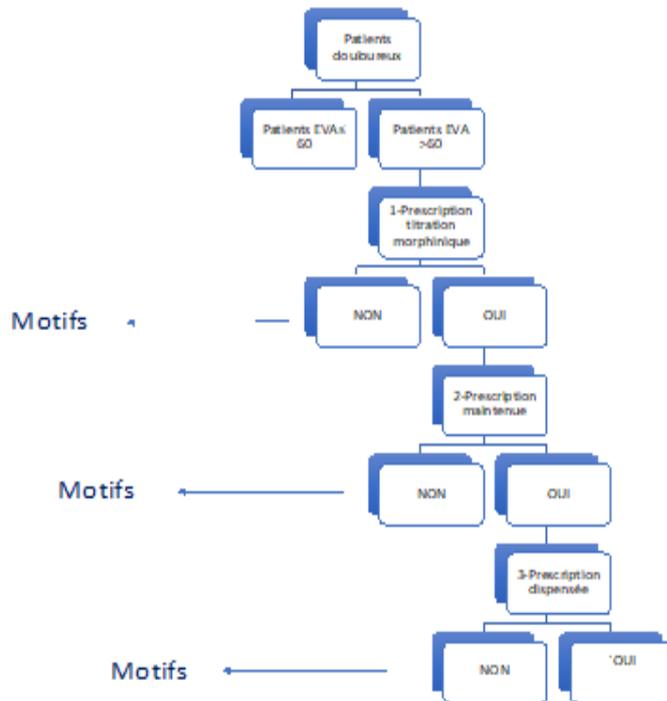
Si NON mettre une croix à chaque ligne grisée en interrogeant l'IDE qui a pris en charge le patient

	Oui	Non
Prescription non applicable		
<i>Lié au patient</i>		
Voie veineuse périphérique indisponible		
Patient trop agité		
EVA réévaluée <6/10		
Refus du patient de tout antalgique		
Refus du patient de la morphine (lié à la peur de la dépendance)		
<i>Lié à l'environnement</i>		
Transfert au bloc opératoire /dans un service /examens dans les 30 minutes qui suivent la prescription		
Absence de scope disponible dans les 30 minutes pour initier la prescription		
Absence de box disponible dans les 30 minutes pour initier la prescription		
Morphinique non disponible		
Pas de contact oral avec le médecin pour accompagner la prescription écrite		
Pas de transmission de l'AS ou du manip radio vers l'IDE sur l'EVA		
Pas de transmission de l'EVA aux transmissions IDE		
Manque de disponibilité de l'IDE pour initier*/sous effectif ressenti		
Surveillance de la titration non faisable toutes les 5 minutes		
Absence de scope disponible		
Manque de disponibilité de l'IDE pour surveiller*		
Prescription non suivie par l'IDE après réévaluation de la douleur		
EVA réinterprétée et minorée par l'IDE		
Echelle cognitive simplifiée '(ECS) réalisée et contradictoire		
Morphinophobie/Freins à la dispensation/Peur des effets secondaires		
Patient agressif avec l'équipe		
Peur de l'inefficacité avec des doses standards trop basses pour le terrain		
Peur de la dépendance		

Age élevé		
Toxicomane		
Patient alcoolisé		
Association médicamenteuse sédatrice		
Syndrome occlusif (majoration possible des vomissements)		
Priorisation des autres paliers prescrits, méconnaissance de la multimodalité		
*Indiquer alors pour l'IDE concerné		
Sous effectif : nbre d'IDE : absents/ prévus	/	
Nombre de patients pris en charge en même temps au moment de l'horaire de prescription		
Nb de patients avec sonde urinaire		
Nb de patients avec Sonde Naso Gastrique		
Nb de patients avec Pansements brûlés		
Nb de patients avec Réanimation		
Heure de relève		

3) Study protocol

Le Flow Chart final de l'étude EPIMORPH qui a été choisi au terme des études préliminaires est le suivant :



Le patient douloureux sévère est screené via le logiciel des urgences. Par la suite, les enquêteurs recueillent la confirmation écrite ou non de la prescription de la titration morphinique.

Si la prescription n'est pas formalisée, les investigateurs interrogent le médecin, à partir d'une grille d'évaluation (cf. table 1) et l'étude est ensuite stoppée.

Si la prescription est écrite, les investigateurs confirment alors que celle-ci est maintenue.

Deux cas sont alors possibles :

- si la prescription est maintenue, les investigateurs recueillent la confirmation de la dispensation de titration morphinique (si prescription réalisée, l'étude s'arrête) ;

- si la prescription n'est pas dispensée, les investigateurs interrogent alors l'infirmier en charge du patient sur la base d'une grille d'évaluation.

Ainsi, avec cette méthode, il a été calculée la prévalence de la titration morphinique et ont été identifiés les facteurs exhaustifs de non-titration, à chaque étape de la prescription.

4) Résultats de l'étude Epimorph

La prévalence de la titration morphinique intraveineuse au service des urgences de Rouen a ainsi pu être évaluée à 6.1% IC à 95% (2.4-9.8), soient 10 titrations sur 164 patients éligibles. L'analyse épidémiologique des dossiers des patients est la suivante : 54.2% de femmes et 45,8% d'homme avec une moyenne d'âge de 45.9 ans (de 18 ans à 96 ans). L'EVA moyenne était de 75,5/100 (SD = 13.1), avec un minimum de 60 et un maximum de 100. Les motifs douloureux étaient très divers et n'ont pas été catégorisés.

Ainsi, ont été mis en évidence 93.9% de non prescription et 0% de non dispensation.

Les résultats exhaustifs de l'étude sont présentés en table 2 ci-après

Tableau des résultats (table 2)

N=154	n
Urgence vitale	0
Douleur intense non signalée en zone	1
EVA <70 (recommandation du service)	2
Contre indication à la morphine	
Allergie	1
Terrain du patient	13
Constantes	1
Hypovigilance	0
Non indication à la morphine en 1ere intention liée à la typologie douloureuse	
Céphalées	10
Lumbago, rachialgie, neuropathie	5
Traumatisme mineur	13
Réduction prévue aux urgences-geste nécessitant une sédation procédurale	1
Colique néphrétique	6
Autre Traitement	
Traitement étiologique (antibiotique, immobilisation, antineuropathique...)	21
Priorisation des autres paliers (paracetamol ...)	55
Non indication à la morphine	
1 ^{ère} dose de morphine hors titration avant arrivée aux urgences ou dès l'accueil	1
Réévaluation de la douleur par le médecin	
EVA réinterprétée et minorée par le médecin	75
EVA réévaluée par le patient à la demande du médecin	18
Echelle cognitive simplifiée '(ECS) réalisée et contradictoire	1
Morphinophobie/Freins à la prescription/Peur des effets secondaires	
Médecin ne souhaite pas voie veineuse	1
Patient désagréable/agressif avec l'équipe	2
Refus du patient d'une autre classe d'antalgique	5
Peur de l'inefficacité avec des doses standards trop basses pour le terrain	0
Peur de la dépendance	1
Age élevé	2
Toxicomane	0
Patient alcoolisé	0
Association médicamenteuse sédative	3
Syndrome occlusif (majoration possible des vomissements)	1
Autres dépresseurs respiratoires déjà prescrits	0
Environnement ne permettant pas la titration selon le médecin	
Absence de scope disponible 1	0
Transfert au bloc opératoire /dans un service /examens dans les 30 minutes	2
Absence de box disponible dans les 30 minutes pour initier la prescription	0
Morphinique non disponible	0
Manque de disponibilité de l'IDE pour initier*/sous effectif ressenti	1
Surveillance de la titration non faisable toutes les 5 minutes	1
Manque de disponibilité de l'IDE pour surveiller	1

IV. DISCUSSION

- 1) Evaluer la prévalence de la titration morphinique c'est mesurer sa sous-utilisation

Le premier paramètre identifié à travers l'étude EPIMORPH est la prévalence de la titration morphinique IV aux urgences de Rouen.

En effet, sur 164 patients inclus, la titration est de 6.1%. Une étude française récente multicentrique (11) et prospective de 2011 (12) confirme la réalité de l'oligo-analgésie, notamment une prévalence d'utilisation de la morphine intraveineuse chez les patients douloureux sévères, identifiée à 9%.

Ces résultats semblent concorder avec ceux retrouvés dans notre étude (chiffres également confirmés par l'étude rétrospective d'amélioration des pratiques de la SFMU-Meah) (22).

A la lumière de ces tendances, il était donc essentiel de s'interroger sur les causes de l'oligo-analgésie et, plus précisément, sur la sous-utilisation de la morphine.

Le livre blanc de la douleur de 2017 (10) rapporte que la question de la douleur et de l'oligo-analgésie en service d'urgence est une donnée connue de longue date et qui se pose, avec plus de difficultés encore, lorsqu'il s'agit de patients douloureux chroniques (entraînant des contraintes spécifiques d'évaluation et de traitement).

La difficulté à la prescription d'opioïdes au sein même des urgences (celui-ci n'étant pas le lieu le plus adapté à la prescription au regard de la complexité médicale et sociale de ce dernier) est ainsi mise en évidence, comme présentée dans notre propre study protocole.

Ceci valide la pertinence de nos étapes préliminaires, du fait de la nécessité d'identifier les raisons de ce résultat de 93.9% de non titration, que seule une méthode qualitative peut aider à expliciter.

Les étapes principales, identifiées « in situ », conduisant à une non-prescription de la titration morphinique sont les suivantes :

- une hétéroévaluation intuitive de la douleur par le médecin, avec réévaluation de l'EVA ;

- une antalgie par palier avec des tests thérapeutiques à des paliers inférieurs.

Résultats cohérents au regard des données des étapes préliminaires. A noter que certains critères, surreprésentés, permettent d'ouvrir d'autres pistes à la détermination de la sous-titration en analysant le rapport de l'EVA par le médecin et l'IDE.

2) Les causes de la sous-utilisation de la titration morphinique

a) Un manque d'adhésion à l'EVA

L'EVA est un score clinique qui guide dans le choix des thérapeutiques antalgiques. Pour autant, comme nous l'avons constaté, moins de 10% des patients sont titrés.

En effet, l'étude démontre que, dans 45,7% des cas, l'EVA est réinterprétée et minorée par le médecin. Il apparaît donc une contradiction entre le score de l'EVA et le ressenti du médecin par rapport au patient.

La douleur, étant par essence subjective, l'EVA varie sensiblement en fonction du patient et ne semble pas être un outil optimal pour l'initiation du traitement.

L'échelle numérique est volontiers plus utilisée par les IDE de l'accueil car jugée plus fiable.

Les écrits retiennent la validité de l'EVA (23), concernant l'intensité de la douleur, tout en soulignant la présence d'une réelle difficulté tant sur la compréhension que sur l'utilisation de l'EVA par le patient.

Dans la revue du rhumatisme de 2002 (24)(25), deux études prospectives rapportent :

- que la variation de l'EVA au cours d'une consultation ne diffère pas et demeure constante dans le temps ;
- qu'il n'existe pas de différences significatives entre l'EVA et d'autres échelles numériques.

A l'examen des résultats de ces études, l'EVA ne semble pas significativement varier au cours du temps, ni par rapport à d'autres échelles.

Ce qui nous conduit à nous interroger sur les raisons qui motivent un médecin à minorer et réévaluer la valeur de l'EVA initial.

Les données de la littérature, se rapportant aux variations de l'EVA, initialement décrites par le patient et ressenties par le médecin, sont assez pauvres.

Ce constat nous encourage à développer cette thématique.

b) Une antalgie par palier et non pas multimodale

L'étude EPIMORPH montre en effet que dans 33.5% des cas, la priorité est accordée aux paliers inférieurs, avec un palier 1 pour « commencer », puis un palier 2 et un palier 3.

Pourtant, une étude publiée dans le journal européen des urgences de 2008 (26) souligne que les patients sont soulagés de manière significative quand ceux-ci reçoivent la titration morphinique et qu'il s'agit, vraiment, d'une méthode efficace et sûre.

De plus, plusieurs enquêtes ont insisté sur le fait que les connaissances relatives aux mécanismes de la douleur et aux traitements pharmacologique influençaient l'utilisation de la morphine (Edwards et al., 2001; Broekmans et al, 2004; McCaffery et al, 1999). (27)(28)

Sur la base de ces données il apparaît important de repréciser le caractère urgent de la douleur. L'antalgie doit être adaptée, rapide et efficace. De nombreuses pratiques attestent encore de l'hésitation à utiliser d'emblée du palier 3, alors que l'indication est formelle.

Le livre blanc de la douleur de 2017 (10) recommandait déjà une mise en place d'actions de formation auprès des professionnels de santé (médecin et infirmiers) ainsi que la valorisation des services d'urgences quant à leur fonction d'accueil, par une redéfinition des pratiques exigibles et prioritaires des procédures de certification.

c) Autres facteurs

Les autres facteurs pouvant conduire à une non titration n'ont pas été mis en évidence de façon formelle dans l'étude EPIMORPH, notamment concernant le pattern patient et environnement.

Cependant, il est important d'en débattre à la lumière de la littérature. A noter que si même dans l'étude EPIMORPH ces données n'apparaissent pas, il est évident que tous ces facteurs jouent un rôle dans l'oligo-analgésie

Dans les pratiques courantes nous constatons que la pratique de l'antalgie-palier est réalisée souvent par peur de la morphine et des éventuels effets secondaires avec, au premier plan, la dépression respiratoire.

Du fait d'un échantillon d'étude restreint, toutes les causes d'oligo-analgésie, analysées dans la littérature scientifique disponible, n'ont pu être complètement appréhendées. De plus, d'autres études mériteraient d'être approfondies, notamment sur l'EVA « patients-médecins » afin de préciser au mieux les facteurs clé d'explication.

V. CONCLUSION

L'étude EPIMORPH, réalisée au SAU du CHU de Rouen auprès d'IDE et des médecins du service, avait pour but de déterminer une prévalence et de dégager les facteurs de sous-titration morphinique. Ces résultats soulignent à cet égard la faible prévalence de titration morphinique malgré le score EVA systématiquement réalisé à l'accueil des urgences, recommandé par les sociétés savantes.

Cette investigation a permis de nous interroger sur les améliorations qu'il serait utile d'apporter dans la prise en charge de la douleur aiguë sévère aux urgences, au regard de la faible prévalence de la titration morphinique. Or, l'objectif est de rendre inacceptable le fait qu'un patient puisse souffrir dans un service d'urgence, tel pourrait être le but à atteindre, en référence à la devise : « primum non nocere ».

Grace à notre grille originale de test, nous avons mis en évidence que la subjectivité de la douleur engendre des incertitudes quant à l'interprétation de l'EVA pour les soignants. Apparaît alors une dichotomie manifeste entre le ressenti par le patient et la perception par le médecin.

Pourtant, bien d'autres études soulignent la reproductibilité de l'EVA et valident son utilisation, notamment en médecine d'urgence. Dans le prolongement de ces démonstrations, il s'avèrerait très opportun de poursuivre la recherche sur la perception de l'EVA par le médecin dans une situation de médecine d'urgence, et ceci, afin de cerner les éventuelles variations et en déceler les raisons par des études qualitatives préliminaires supplémentaires.

Par ailleurs, l'antalgie multimodale est, selon les résultats de notre étude, encore trop peu prescrite et ce critère avait été peu anticipé. Il conviendrait de faire évoluer les pratiques et de rappeler, en effet, comme souligné, que l'antalgie doit être adaptée, rapide et efficace. En ce sens, la titration en morphine répond exactement à ces critères, à la différence de l'antalgie par palier.

Au final, la douleur demeure un sujet scientifique en mouvement et cela au regard des défis médicaux que représente la prise en charge de celle-ci de manière régulière, afin de répondre au mieux à l'urgence.

Les études qualitatives préliminaires aux études quantitatives in situ sont donc indispensables pour tenir compte de cette évolution constante. La formation des professionnels de santé et des chercheurs sur ces méthodologies constitue, en ce domaine, un enjeu majeur.

Bibliographie

1. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur:
http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2006/ca01/html/ca01_43/01_43.htm
2. Payen PJ-F. Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur (65). :15. Aubrun PF.
3. FMPMC-PS - Pharmacologie - Niveau DCEM1 [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur:
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/POLY.Chp.11.3.html>
4. DGOS. La douleur [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
5. Ducassé JL, Bounes V. L'utilisation de la morphine par l'urgentiste. 2007;14.
6. titration_morphinique_sfar99.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/titration_morphinique_sfar99.pdf
7. Approche multimodale de l'analgésie. :16.
8. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. Réanimation. nov 2007;16(7-8):652-9.
9. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann Fr Med Urgence. janv 2011;1(1):57-71.
10. tfe-audrey-coupeau.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-coupeau.pdf>
11. Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study. European Journal of Anaesthesiology (EJA). févr 2011;28(2):97.
12. Albrecht E, Taffe P, Yersin B, Schoettker P, Decosterd I, Hugli O. Undertreatment of acute pain (oligoanalgesia) and medical practice variation in prehospital analgesia of adult trauma patients: a 10 yr retrospective study. British Journal of Anaesthesia. 1 janv 2013;110(1):96-106.

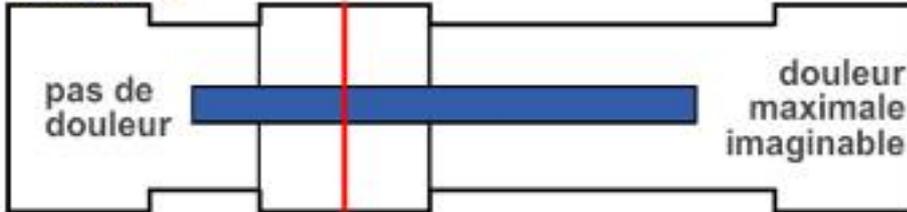
13. Debongnie JC. Morphino-phobie. J Afr Hepato Gastroenterol. sept 2014;8(3):108-108.
14. Nieder N. Evaluation de l'efficacité d'un plan de lutte contre la surcharge de patients dans une structure d'urgences. :130.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
16. Verloo H, Cohen C, Borloz C, Kabengele Mpinga E, Chastonay P. Risks associated with the use of morphine for analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland. Nursing. 2013;3:1-8.
17. Douleur-Morphino-phobie-rad-2015-6108.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.hes-so.ch/data/documents/Douleur-Morphino-phobie-rad-2015-6108.pdf>
18. Livre blanc de la douleur 2017, Société française d'étude et de traitement de la douleur - APHP DAJ [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/livre-blanc-de-la-douleur-2017-societe-francaise-detude-et-de-traitement-de-la-douleur/>
19. Intervention Study with Algoplus®: A Pain Behavioral Scale for Older Patients in the Emergency Department - Moustafa - 2017 - Pain Practice - Wiley Online Library [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papr.12498>
20. Lvovschi VE, Aubrun F. Prise en charge de la douleur aux urgences : mise au point. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 1 avr 2014;26(1):3-15.
21. Jaouen Y. Les difficultés liées à la prise en charge du patient toxicomane aux Urgences. :11.
22. . gp292.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/gp292.pdf>
23. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. Réanimation. nov 2007;16(7-8):652-9.
24. Masson E. L'EVA (échelle visuelle analogique) se modifie-t-elle au cours d'une consultation ? Expérience rhumatologique [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/7504/article/l-eva-echelle-visuelle-analogique-se-modifie-t-ell>

- 25 . Masson E. Évaluation de la reproductibilité et de la validité de construit d'une forme modifiée de l'indice algofonctionnel de Lequesne dans l'arthrose du genou [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/18692/evaluation-de-la-reproductibilite-et-de-la-validit>
26. Lvovschi V, Aubrun F, Riou B. Titration morphinique intraveineuse aux urgences. *Journal Européen des Urgences*. 1 juin 2008;21(2):45-55.
27. Yaakup et al. - 2014 - Does Clinical Experience Help Oncology Nursing Staff to Deal with Patient Pain Better than Nurses from other Disciplines? Knowledge and Attitudes Survey Amongst Nurses in a Tertiary Care in Malaysia/links/0f31753bf4b30d3d7d000000/Does-Clinical-Experience-Help-Oncology-Nursing-Staff-to-Deal-with-Patient-Pain-Better-than-Nurses-from-other-Disciplines-Knowledge-and-Attitudes-Survey-Amongst-Nurses-in-a-Tertiary-Care-in-Malaysia.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Chai_Tan2/publication/263745810_Does_Clinical_Experience_Help_Oncology_Nursing_Staff_to_Deal_with_Patient_Pain_Better_than_Nurses_from_other_Displines_Knowledge_and_Atitudes_Survey_Amongst_Nurses_in_a_Tertiary_Care_in_Malaysia/links/0f31753bf4b30d3d7d000000/Does-Clinical-Experience-Help-Oncology-Nursing-Staff-to-Deal-with-Patient-Pain-Better-than-Nurses-from-other-Disciplines-Knowledge-and-Attitudes-Survey-Amongst-Nurses-in-a-Tertiary-Care-in-Malaysia.pdf
28. Yaakup H, Eng TC, Shah SA. Does Clinical Experience Help Oncology Nursing Staff to Deal with Patient Pain Better than Nurses from other Disciplines? Knowledge and Attitudes Survey Amongst Nurses in a Tertiary Care in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 30 juin 2014;15(12):4885-91.

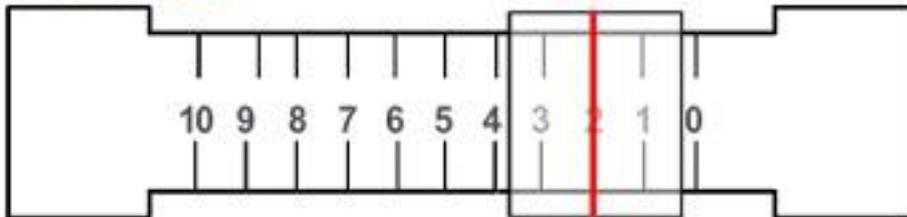
. ANNEXE 1

Échelle visuelle analogique (EVA)

Face patient



Face de mesure



ANNEXE 2.

Guide d'entretien

Objectif : Identifier à travers des entretiens semi-dirigés d'IDE et d'élèves IDE des facteurs responsables d'une absence de titration morphiniques chez des patients avec une EVA >60.

Introduction

Nous nous intéressons aux pratiques autour du recours à la morphine dans les douleurs aiguës. Il arrive que certains patients avec une EVA >60 ne soient pas titrés en en antalgiques de palier 3. Nous aimerions comprendre à travers vos retours d'expérience quelles situations peuvent générer un non titration de ces douleurs aiguës. Pour permettre une analyse des données nous procéderons à un, enregistrement de l'entretien. L'ensemble des données seront anonymisées.

1. CONDITIONS GENERALES DE REALISATION DE LA TITRATION MORPHINIQUE

- Comment procédez-vous lors de la titration pour la sécurité du patient ?
- Devez-vous rester à coté du patient tout le temps de la titration morphinique ?
- Dans quelles situations cliniques vous estimez qu'il faudra d'emblée de la morphine ?

2. FIABILITE DE L'EVA/REALITE DU TERRAIN

- Une EVA sup ou égale à 6 vous parait-il justifier/suffisant pour réaliser une titration morphinique chez tous les patients ?
- A quelle fréquence on surveille l'EVA lorsqu'il n'y a pas de prescription claire ? (Une fois par quart, ça dépend du motif de recours ?)
- A-t-on le temps de suivre les EVA et de réévaluer dans des délais acceptables ?
- Comment gérez-vous une incohérence entre EVA et attitude du patient ? (Le patient qui sur joue sa douleur)

3. RELATION PARA-MEDICALE/MEDICALE

- Dans quelles situations vous suggérer au médecin de recourir à de la morphine ?
- Est-ce que c'est facile avec tous les médecins ? (Médecins caractériels...etc)
- Dans quelle mesure ou dans quelles situations vous influencez la prise en charge médicale de la douleur ?
- Les prescriptions médicales vous paraissent-elle justifier ?
- Lorsqu'un médecin propose une prise en charge de la douleur avec palier I et palier III si EVA > 6 comment procédez-vous ? (Progressivement, tout d'emblée, palier III en mettant de côté le palier I)

4. RELATION PARA-MEDICALE/PATIENT

- Comment gérez-vous un patient désagréable/agressif/dément productif dans votre pratique de la titration morphinique ?
- Rencontrez-vous une typologie de patient non demandeur de morphinique ? Existe-t-il encore une phobie de la morphine ? (Symbole de patient en fin de vie)
- L'ATCD de toxicomanie ? (Fait-on moins de palier III de principe) jugements de valeur ?

5. ENVIRONNEMENT/CONDITIONS DE TRAVAIL

- La titration morphinique quand elle est indiquée est-elle tous le temps réalisable ? Pourquoi ?
- Dans quelle situation êtes-vous mis à défaut pour réaliser une titration dans de bonnes conditions ?
Comment hiérarchiser plusieurs patients EVA > 6 en même temps ? quels sont vos choix dans ces conditions ?

ANNEXE 3.

Exemple de retranscription d'un entretien, (I=IDE interrogés, Q=médecins questionneur), extrait de chaque problématique développé

1. Conditions générales/ Environnement-conditions de travail

Q : Bon bah merci en tout cas à vous d'avoir répondu présent à l'appel, donc je prépare ma thèse au terme, fin autour du sujet de la douleur donc heu la principale préoccupation qu'on a c'est de bien prendre en charge nos patients et on a quand même remarquer que nos prise en charge parfois y a des choses à améliorer et là on s'intéresse à la prise en charge de la douleur et notamment des douleurs graves donc avec une EVA supérieur à 6 et on a remarqué que certain de nos patients n'avait pas de prise en charge optimal souvent on dit qu'il faut titre en morphine ses patients et on a pu remarquer qu'il y avait pas systématiquement une titration de ces patients pour divers raisons et pour répondre à ces questions on veut être au cœur de l'action donc c'est vous qui êtes au cœur de l'action et on voulait voir un petit peu ce que vous vous aviez a nous donné du terrain pour voir un petit peu et essayer de répondre en parti à ces question. Donc heu, bon on, je vais commencer par l'un d'entre vous et voir un petit peu déjà est ce que vous pour vous c'est facile de faire une titration en morphine et quelles sont les conditions dans lesquelles vous la réalisez ? les conditions de sécurité exigées et est-ce que ces conditions sont toujours remplies pour le faire ?

I : Absolument pas, c'est pas facile de faire une titration en morphine puisque quand on nous la prescrit du coup cela veut dire que l'un doit injecter toutes les cinq minutes entre 2 ou 3 milligrammes selon le protocole on a la feuille de surveillance qui nous demande de vérifier la fréquence respiratoire l'état de conscience en fait en gros quand on titre un patient on est avec lui dans la chambre on a pas le temps de ressortir et de faire autre chose donc forcément c'est compliqué d'être la toute les cinq minutes après je pense que tout le monde ne fait pas cette fameuse surveillance à chaque fois qu'on titre en morphine mais voilà je pense que la notion du temps c'est hyper important enfin c'est vraiment quelque chose qui fait que les titrations en morphine ne sont pas faites, dans les règles de l'art en tout cas et du tout elle ne soulage pas forcément tout le temps le patients quoi parce que si on revient toute les dix minutes ça change un peu la donne.

Q : D'accord

I : Après hum

Q : Donc tu nous dis que le protocole institutionnel il n'est pas adapté au final ?

I : Bah je pense qu'on manque de temps pour le réaliser en tout cas si on n'a pas beaucoup de patient c'est facile

Q : Ouais

I : Mais si y a énormément de monde bah forcément je pense que, moi ça m'arrive de revenir plutôt toute les 6 7 minutes et bah forcément la douleur on la soulage moins bien que si on était là toutes les cinq minutes ont injecté hum

Q : Et du coup, on est obligé de faire des choix finalement, si t'as plusieurs patients qui ont des EVA supérieur à 6 comment, comment tu établis les choses, tu me dis on doit rester au lit du patient mais finalement on ne le fait jamais parce que on a d'autre chose à faire et que notre temps est précieux

I : Bah ouais ça devient compliqué

2. Fiabilité de l'EVA et réalité du terrain

Q : il y a quand même ce regard là que vous avez et que nous aussi on peut avoir parfois de se dire que il y a certains patients à qui on se dit il y a un décalage entre son EVA peut-être qu'il va avoir un EVA, il va vous dire j'ai mal à 10 je vous fait l'exemple du footballeur qui se roule par terre et on a l'impression que c'est la fin du monde et comme tu me dis une fois qu'ils sont dans le service ils jouent avec leur téléphone ils se marrent où ils passent des coups de fil et quand tu passes devant la porte ils refont une mini grimace pour que tu les oublie pas. Est-ce que ces patients-là vous avez tendance à vous dire bah non je ne vais pas lui faire de morphine

I : Ouais ça peut arriver

Q : Même s'il dit qu'il a une EVA à 8

I : ah oui ça peut arriver, oui dans ces cas-là moi j'ai tendance à faire ce qu'elle disait tout à leur tu temporise avec les antalgiques de palier 2 qui ont été prescrits avant.

Q : et ça suffit pour vous ? Fin on ... c'est du cas par cas

Q : ont fait au cas par cas

I : c'est vraiment du cas par cas de la gestion de la douleur, il y a des gens chez qui tu vas mettre un gramme de paracétamol et puis c'est terminé par ce que le produit a été efficace parce que tu t'es occupé d'eux aussi et que mine de rien ça leur fait du bien aux gens.

Q : donc vous ne prenez pas forcément en compte l'EVA moi je vois je prends mon exemple je vais prescrire un palier un et je vais mettre pallier trois si EVA supérieure à six. Chaque infirmier fait comme il le sens c'est-à-dire qui va d'emblée commencer par le palier un et puis ensuite voir ou si l'EVA est d'emblée supérieure à six ont fait de la morphine, comment vous faites en général ?

I : je pense que c'est vraiment infirmiers dépendants et patients dépendants du coup

Q : Et les prescriptions dépendantes aussi que ?

I : les prescriptions dépendantes ouais

Q : D'accord

I : c'est ça qui est compliquée avec l'antalgie

3. Relation paramédicale/médicale

Q : Alors ça, c'est une chose que je voulais aborder avec vous aussi c'est, est-ce que vous avez l'impression d'influencer les prescriptions du médecin ? Est-ce que par exemple si un moment un médecin vous a mis juste du paracétamol ou un pallier deux vous vous dites non coco là il a super mal il va falloir aller d'emblée sur de la morphine

I : Bah heu, sans le non coco, mais heu, une fois ça arrive quand même tu vois à la clinique, fin à la manière dont les gens se tiennent qu'effectivement ça ne va pas être suffisant

Q : Et vous avez le temps d'aller rechercher le médecin pour qui vous refasse ...

I : les prescriptions antalgiques elles sont hyper médecin dépendant on le sait, fin on sait qu'avec la personne avec qui on travaille il y a des médecins qui

rechignent pas du tout à prescrire de la morphine on sait qu'on va y aller directement

Q : ouais

I : des fois je, j'avoue ça me fait un peu râler parce que je me dis bon bah on ne fait que ça on titre en morphine mais au moins on est efficace fin

Q : d'accord

I : je le sais , je prends du temps avec ce médecin la et t'as des médecins derrière qui vont prescrire du paracétamol après ils vont nous dire : non bah plutôt de l'ACUPAN l'antalgique on aime pas il est vieux, ah la morphine on voudrait éviter quand même sauf que du coup on perd du temps parce qu'on sait très bien que ce patients là il est hyper douloureux il a sa fracture du col et ben on sait que, on va avoir besoin de le titrer en morphine sauf que on perd du temps parce qu'ils rechignent un petit peu à prescrire la morphine

Q : Et comment vous vous placez vis-à-vis de tout ça c'est-à-dire que vous placez en acteur en spectateur, comment ça se passe ?

I : Je sais que je vais réclamer, fin je vais lui dire au médecin

Q : Et est-ce que tu vas freiner aussi comme quand ça ne te semble pas adapté ?

I : Oui des fois, quand on nous prescrit tous les antalgiques et que je vois le patient il a mal, il a une EVA a 8 ou 6 mais qu'on sent qu'on peut temporiser un petit peu de s fois je vais essayer de moi-même vous me dire je vais mettre le paracétamol le SPASFON, l'ACUPAN, je vais voir et puis bon bah ok on est à une demi-heure il a toujours aussi mal je vais mettre la morphine de moi-même, après je sais que les prescription je les temporise aussi,

Q : D'accord

I : Ça c'est notre rôle proche je pense

4. Relation paramédicale et patients

Q : et vous m'avez parlé de typologie de patients ou des fois il y a une discordance l'exemple du patient toxicomane comment vous, s'il y a un patient qui a un antécédent de toxicomanie qui vient pour des douleurs et ce qu'il y a comme ça des profils où on se méfie on se dit il vient chercher sa dose ?

I : bah, je pense qu'on se méfie après c'est compliqué parce que ces patients là ils sont plus résistants donc ça ne sert souvent à rien de commencer avec du paracétamol et l'ACUPAN, ils ont besoin d'être titrés s'ils ont vraiment mal. Après moi je sais qu'aux d'urgence on m'a déjà fait titrer avec du sérum phi pour voir comment le patient réagissait mais ça ne sert à rien puisque si c'est un toxicomane je pense que l'effet de la morphine...

Q : oui je pense qu'il va...

I : voilà c'est ça donc souvent ça finissait, fin ça m'est arrivé deux trois fois ça finissait quand même avec de la morphine et l'idée c'est que si lui il a mal ce n'est pas à nous de juger

Q : Et tu en penses quoi toi de faire de la titration de sérum phi ? Finalement c'est aberrant non ?

I : Bah sur un patient qui est tordu de douleurs je trouve ça un peu délicat

Q : ouais

Abréviations

IDE : infirmier diplômé d'état

EVA : échelle visuelle analogique

CHU : centre hospitalier universitaire

SAU : service d'accueil des urgences

IV : intra-veineuse

EN : Echelle numérique

EVS : Echelle verbale simple

OMS : Organisation mondiale de la santé

SFAR : Société française d'anesthésie réanimation

SFMU : Société française de médecine d'urgence

TA : Tension artérielle

FC : Fréquence cardiaque

FR : Fréquence respiratoire

ATCD : Antécédant

Identifier les raisons de sous-titration morphinique chez les patients douloureux sévères aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles

Résumé :

Le premier motif de consultation aux urgences est la douleur, du fait de son caractère multidimensionnel et subjectif. Ainsi, l'oligo-analgésie est fréquente en médecine d'urgence pour ces raisons. Au travers de cette thèse, ont été identifiées les différentes causes de sous-titration morphinique, au regard de la littérature et sur la base de la réalisation d'entretiens semi-dirigés. A partir de ces résultats, nous avons pu entreprendre un study-protocol concernant l'étude EPIMORPH sous la forme d'une grille d'évaluation. Notre démarche valide le fait que les études qualitatives demeurent adaptées à l'appréhension de ce vaste sujet qu'est la douleur avant même la conduite d'études purement quantitatives.

Mots clés : médecine d'urgence, oligo-analgésie, titration morphinique

Université de Rouen

Faculté de Médecine de Rouen

22, Boulevard Gambetta

76 000 Rouen