

Prise en charge de la douleur aux urgences du Maghreb : état des lieux en Tunisie

M. METHAMEM

Point essentiels

- En Tunisie, le traitement de la douleur constitue une priorité de la santé publique.
- La douleur continue à être mal évaluée et mal prise en charge en pré-hospitalier et aux urgences.
- Les principales causes d'oligo-analgésie retrouvées sont : prioriser les détresses vitales, la phobie de la morphine, le manque de formation et l'absence de protocole.
- L'amélioration de la prise en charge de la douleur passe obligatoirement par : le renforcement de l'apprentissage, l'application des recommandations des sociétés savantes et une meilleure organisation des urgences.

1. Introduction

En Tunisie, le traitement de la douleur constitue depuis plusieurs années une priorité de santé publique. La mise en place de directives et de recommandations nationales témoigne de la volonté des institutions et des professionnels pour optimiser la prise en charge de la douleur aux urgences (1).

Peu d'études ont été réalisées aux urgences et en préhospitalier pour évaluer la prise en charge de la douleur aiguë sévère.

Correspondance : Mehdi Methamem, SAMU 03-CHU-SAHLOUL 4054 Sousse Tunisie.
Tél. : +21673369090. Fax : +21673369191. E-mail : methamem_mehdi@yahoo.fr

2. État des lieux

2.1. Enquête nationale

Une enquête a été réalisée en 2008 auprès de 100 médecins exerçant dans quatre SAMU de Tunisie (SAMU 03 de Sousse, SAMU 01 de Tunis, SAMU 04 de Sfax et SAMU 06 de Gafsa).

Les médecins ont été interrogés sur :

- leur profil,
- le nombre de gardes assurées par mois aux urgences ou au SAMU,
- l'existence ou non d'un protocole de prise en charge de la douleur dans leur service,
- quelle échelle utilisent-ils pour évaluer l'intensité de la douleur,
- comment définissent-ils la douleur aiguë sévère,
- les antalgiques immédiatement disponibles aux urgences et aux SAMU,
- la dose initiale de morphine utilisée pour la titration,
- la dose d'entretien,
- les critères d'arrêt de la titration de morphine.

En Tunisie, la population exerçant en médecine d'urgence est très hétérogène. Il s'agit dans 29 % des cas de médecins ayant un master en médecine d'urgence, dans 20 % des cas de résidents en anesthésie-réanimation, 51 % des vacataires. Chacun des médecins assure en moyenne 5 ± 3 gardes par mois.

18 % des médecins interrogés connaissent les recommandations de la SFAR pour la prise en charge de la douleur aux urgences. Deux médecins interrogés sur trois n'ont pas de protocole propre au service. 44 % des médecins exerçant en médecine d'urgence n'ont pas eu de formation pour le traitement de la douleur en situation d'urgence. Seulement un médecin sur deux utilise une échelle pour évaluer la douleur. La morphine, produit de référence dans le traitement de la douleur aiguë sévère, n'est utilisée en première intention que dans 37 % des cas. Le produit le plus utilisé est le Paracétamol (48 % des cas). Aucun médecin n'a mentionné le MEOPA comme produit analgésique utilisable en pré-hospitalier et aux urgences. 67 % des médecins interrogés affirment disposer de la Morphine dans les ambulances de réanimation. Seulement 28 % des médecins connaissent la dose initiale à administrer pour une titration de morphine. Aucun médecin ne connaît l'objectif thérapeutique. 27 % des médecins connaissent les doses à réinjecter pour continuer la titration. Nos résultats sont comparables à une enquête nationale réalisée auprès des médecins SMUR en France (2).

2.2. La médecine d'urgence

En Tunisie, la médecine d'urgence est reconnue comme une spécialité depuis 2005. Les résidents en formation reçoivent des enseignements théoriques visant à améliorer la prise en charge de la douleur. Ces résidents exercent essentiellement dans les centres hospitalo-universitaires.

Les urgences périphériques et de l'intérieur du pays sont souvent couvertes par des médecins généralistes ayant eu une formation accélérée en médecine d'urgence.

Dans le cadre de la promotion de la médecine d'urgences plusieurs référentiels ont été élaborés par le ministère de la santé publique afin d'améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences (3, 4).

3. Les causes de l'oligo-analgésie en Tunisie

3.1. Dogmes erronés

Certains dogmes erronés restent encore trop présents dans notre pays.

3.1.1. Priorités aux détresses vitales

La priorité aux détresses vitales est un argument souvent employé par les médecins d'intervention, reléguant la douleur au second plan.

3.1.2. Le traitement de la douleur fausse le diagnostic

La crainte d'interférer avec le diagnostic est un dogme erroné souvent avancé par les équipes d'intervention. Aucune étude dans la littérature ne justifie cette crainte.

3.1.3. Fatalité de la douleur

La notion de fatalité de la douleur est encore présente dans les esprits et se manifeste par la non réclamation d'un antalgique par les patients. Nos patients doivent être informés que des techniques d'analgésie existent et peuvent être utilisées en toute sécurité en situation d'urgence.

3.2. Principaux facteurs de l'oligo-analgésie en Tunisie

3.2.1. Facteurs organisationnels

Les problèmes d'organisation dans nos urgences sont souvent mis en avant pour expliquer l'oligo-analgésie : le manque de personnel, les services surchargés, le défaut de temps pour bien évaluer la douleur. Bien que le personnel soignant considère la douleur comme une détresse vitale, il est conscient qu'un patient algique doit être évalué traité et surtout surveillé. Cette prise en charge nécessite la mobilisation d'un infirmier pour chaque patient algique surtout en cas d'utilisation de morphinique.

3.2.2. L'enseignement

Les services d'urgence sont soumis au renouvellement fréquent des équipes médicales et paramédicales, ce qui nécessite la répétition fréquente de la formation. L'absence de transmission de l'information est une cause majeure de la non application des protocoles.

3.2.3. *La phobie de la morphine*

La phobie des effets indésirables de la morphine est une cause souvent évoquée par le personnel soignant. Bien qu'actuellement la titration de morphine permette une analgésie efficace avec peu d'effets indésirables la morphine continue à être peu utilisée dans nos urgences (5).

3.2.4. *L'absence de protocole d'analgésie*

La plupart des services d'urgence ne possèdent pas un protocole bien codifié selon les recommandations internationales pour la prise en charge de la douleur. Le personnel soignant pense que la rédaction d'un protocole propre au service ou l'application d'un protocole national permet de traiter efficacement les personnes algiques dans nos services.

4. Comment améliorer la prise en charge de la douleur en Tunisie

4.1. **L'adhésion aux recommandations internationales**

L'évaluation et le traitement de la douleur sont souvent aléatoires dans nos urgences. Peu d'équipes soignantes appliquent les recommandations des sociétés savantes. Tout le personnel soignant est pourtant convaincu de l'importance de l'adhésion à ces recommandations (6). Dans le cadre de formation des résidents de médecine d'urgence et du master, l'intégration d'un enseignement de la physiologie de la douleur de son retentissement néfaste sur les grandes fonctions vitales et de son traitement selon les recommandations internationales est obligatoire. Valider ces recommandations et les adapter aux conditions pré-hospitalières et aux urgences de notre pays permettra de mieux prendre en charge les patients algiques en Tunisie.

4.2. **La mise en place de protocoles**

La mise en place d'un protocole propre à chaque service est indispensable. Ce protocole doit être inspiré des recommandations internationales et adapté aux conditions de nos urgences. Ce protocole doit être adapté aux antalgiques existants dans notre pays, aux connaissances de nos médecins et aux pathologies les plus fréquentes rencontrées en préhospitalier et aux urgences.

4.3. **Le renforcement de l'apprentissage**

Il est actuellement admis que la formation des médecins et du personnel soignant améliore la qualité des soins aux urgences. Renforcer l'évaluation de la douleur et le démarrage d'un traitement antalgique est indispensable. La réactualisation des connaissances acquises lors des études médicales et la mise en place des règles de bonnes pratiques semblent améliorer la prise en charge des malades algiques en préhospitalier et aux urgences (7).

4.4. L'organisation des urgences

Il est important de créer une équipe médicale structurée. Il faut établir un rôle de chef, organiser l'équipe, résoudre les conflits. Il est important également de proposer des conduites pour des situations précises. Il est également utile de prioriser les tâches, de surveiller et de corriger chaque action. L'évaluation de la douleur et son traitement doivent être pris en considération d'emblée dès l'admission du patient. Les patients algiques doivent être triés et traités rapidement. La responsabilisation du cadre paramédical et sa formation sont indispensables. Nos urgences souffrent encore d'un manque d'organisation et de sectorisation. Le triage n'est pas fait systématiquement pour tous les patients et plusieurs malades restent algiques pendant plusieurs heures en attendant d'être examinés par un médecin. Actuellement, l'organisation des urgences est la priorité des autorités à l'échelle du ministère de la santé publique. Aujourd'hui, la médecine d'urgence est une spécialité individualisée dans notre pays et plusieurs services d'urgences offrent actuellement une excellente qualité de soins et d'organisation.

5. Conclusion

Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur en Tunisie, une mise à jour du code déontologique paraît nécessaire dans le but d'adapter les règles professionnelles s'appliquant aux médecins dans le contexte social, juridique et scientifique. Cette nouvelle édition du code déontologique doit tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles et des grands débats contemporains de la bioéthique. Certains changements sont en effet nécessaires du fait de l'évolution de la médecine, des connaissances qui la fondent, de ses conditions d'exercice ainsi que des mutations de la société dans laquelle elle se pratique et qu'elle est censée servir.

Bibliographie

1. Abir Aissaoui, Nidhal Haj Salem, Ali Chedly. Vers un nouveau code de déontologie médicale tunisien. *La Tunisie Médicale* 2010 ; 88 (06) : 373-77.
2. Galinski, M. Ruscev, F. Pommerie, G. Hubert, M. Srij, F. Lapostolle, F. Adnet. National survey of emergency management of acute pain in prehospital setting. *M. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2004 ; 23 : 1149-1154.
3. La douleur abdominale aiguë non traumatique aux urgences. Référentiels en Médecine d'Urgence. Ministère de la santé publique Tunisien, janvier 2009.
4. Prise en charge des coliques néphrétiques aux urgences. Référentiels en Médecine d'Urgence. Ministère de la santé publique tunisien, mai 2006.
5. J.L. Ducassée, V. Bounes. L'utilisation de la morphine par l'urgentiste. *Urgences* 2007 : 163-75.
6. Albert Trinh-Duc, Aline Santin, Christophe Sureau, Gilles Bagou, Sandrine Charpentier, James Couvreur, Olivier Fougeras, Jorge Miranda, Jean-Marc Philippe, Christophe Perrier, Valérie Raphaël, Catherine Le Gall. Actualisation 2007 de la III^e Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence. *Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement* 2008 ; 9 : 248-278.
7. Trevor S., Langan. Formation par simulation pour les résidents en médecine d'urgence : c'est le temps d'aller de l'avant. *CJEM* 2008 ; 10 (5) ; 470-3.

