



Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Adrien LOCK

Né le 1^{er} Octobre 1987 à ROCHEFORT sur MER (17)

TITRE

**Etude de l'analgésie des fractures de l'extrémité supérieure du fémur aux Urgences
du Centre Hospitalier de Niort**

Présentée et soutenue publiquement le 28 octobre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur ROSSET Philippe, Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur FOUQUET Bernard, Médecine Physique et de Réadaptation, Faculté de Médecine - Tours

Professeur REMERAND Francis, Anesthésiologie et Réanimation, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine - Tours

Docteur FARANPOUR Farnam, Médecine d'Urgence, PH, CH - Niort

Directeur de thèse :

Docteur MACE Jean, Médecine d'Urgence, PH, CH - Niort

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - G. BALLON - P. BARDOS - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BINET - P. BONNET - M. BROCHIER - P. BURDIN - L. CASTELLANI - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - B. GRENIER - A. GOUAZE - J.L. GUILMOT - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LANSAC - Y. LANSON - J. LAUGIER - P. LECOMTE - G. LELORD - E. LEMARIE - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINIE - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - M. ROBERT - J.C. ROLLAND - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - B. TOUMIEUX - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie

LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS - UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA - UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS - UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM - UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100

RAOUL William Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS 7292
 SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
 WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
 GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
 MONDON Karl Praticien Hospitalier
 PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
 MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Résumé :

La prise en charge de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est un enjeu de santé publique. La gestion de la douleur dans cette pathologie a un impact sur le pronostic vital et fonctionnel du patient. Elle commence dès l'admission dans le service des Urgences par l'utilisation d'une analgésie adaptée aux échelles d'évaluations validées.

Cette étude rétrospective, observationnelle et descriptive de type évaluation des pratiques professionnelles, repose sur une analyse des patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, admis aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort au cours de l'année 2015. Nous avons analysé la concordance entre la première prescription de thérapeutique antalgique et l'intensité initiale de la douleur à l'admission aux Urgences sur une cohorte de 115 patients.

Pour le groupe de patients présentant une douleur de stade 1 soit une échelle visuelle analogique (EVA) ou échelle numérique (EN) entre 0 et 3, 63,16% des patients ont reçu un antalgique de palier I seul. Pour le groupe stade 2, soit une EVA ou EN entre 4 et 6, 47,62% des patients ont reçu un antalgique de palier II (avec ou sans antalgique de palier I associé) et pour le groupe stade 3 soit une EVA ou EN entre 7 et 10, 28,57% des patients ont reçu un antalgique de palier III (avec ou sans antalgique de palier I associé). Trois patients ont bénéficié d'un Bloc Ilio-Fascial (BIF).

Cette étude montre que l'analgésie délivrée chez les patients inclus concorde de façon satisfaisante avec les recommandations pour les douleurs de stade I et II, mais que la prise en charge antalgique des douleurs de stade 3 est parfois insuffisante. Pour améliorer la prise en charge de ces patients, il faudrait entre autres, établir un protocole de service sur la prise en charge de la douleur dans cette pathologie, promouvoir la formation au BIF mais aussi mettre en place une filière d'ortho-gériatrie.

Title :

Study of the analgesia of the fractures of the superior extremity of the thighbone in the Emergencies of the Hospital center of Niort

Abstract :

The management of the fracture of the proximal femur is a public health issue. The management of pain in this disease has an impact on the vital and functional prognosis of the patient. It begins at admission in the emergency department by the use of analgesia adapted to the validated assessment scales.

This retrospective, observational and descriptive type of evaluation of the professional practices, is based on an analysis of patients with a fracture of the proximal femur, admitted to Niort's Hospital ER during 2015. We analyzed the correlation between the first prescription of analgesic therapy and the initial intensity of pain on admission to the emergency room in a cohort of 115 patients. For the group of patients with stage 1 being pain visual analogue scale (VAS) or numeric scale (NS) between 0 and 3, 63.16% of patients received a painkiller to alleviate I alone. For the group stage 2, an VAS or NS between 4 and 6, 47.62% of patients received a level II analgesic (with or without associated analgesic tier I) and for the group stage 3 or an VAS or NS between 7 to 10, 28.57% of patients received a tier III analgesic (with or without associated analgesic I level). Three patients benefited from a block Ilio-Fascial (BIF).

This study demonstrates that the analgesia delivered among patients included, agrees satisfactorily with the recommendations for the pains of stage I and II, but the management of analgesic pain stage 3 is sometimes insufficient. For improve the management of these patients would require among other things, to establish a service protocol about the management of pain in this disease, to promote the training in BIF and also to set up an ortho-geriatrics sector.

Mots clés : douleur, urgences, fracture extrémité supérieure du fémur, antalgiques

Keywords : pain, emergency, fracture proximal femur, analgesics

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe ROSSET,

En vous remerciant de nous faire l'honneur d'accepter de participer à cette thèse en tant que président du jury.

Veuillez, Monsieur le Professeur, accepter ma reconnaissance et mon sincère respect.

A Monsieur le Professeur Bernard FOUQUET,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.

Nous vous exprimons ici, Monsieur le Professeur, notre gratitude et le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Francis REMERAND,

Nous sommes très honorés de votre présence dans ce jury de thèse.

Nous vous sommes très respectueux et vous prions d'accepter, Monsieur le Professeur, toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR,

Nous avons apprécié votre disponibilité et vos conseils et nous sommes heureux de vous avoir dans notre jury. Merci de m'avoir donné la chance d'intégrer votre service et sachez que je mettrai tout en œuvre pour honorer ce poste.

A Monsieur le Docteur Jean MACE,

A mon directeur de thèse et ami, merci pour ton investissement et ton acharnement dans ce travail. Tu y as cru du début à la fin malgré le timing très serré.

Ton obstination, tes encouragements et ton envie m'ont été d'une grande aide dans la réalisation de cette thèse. Désormais, je continuerai à progresser à tes côtés. Merci.

A ma Mère,

Pour ton énergie débordante (parfois trop) et ton soutien sans égal qui m'ont permis de m'accrocher quand je n'y croyais plus. Tes sacrifices, je l'espère, sont récompensés aujourd'hui.

A mon Père,

Pour m'avoir appris à me passionner dans un tout autre domaine, qui m'a apporté rigueur et précision dans ce travail, j'espère te rendre fier aujourd'hui.

A mes sœurs Amélie et Cécilia,

A ma grande sœur qui a découvert les joies de Poitiers au travers d'une « coloc » animée, et qui n'a jamais cessé d'être à mes côtés. A ma petite sœur qui a grandi si vite, je te souhaite la même réussite.

A mes beaux-parents Joël et Sophie,

Merci de m'avoir accueilli comme votre propre fils, j'espère vous rendre fiers par ce travail.

A mes grands-parents Joseph et Christiane,

Pour m'avoir appris que les choses simples sont les meilleures et que le travail finit toujours par payer. Vive la Vendée.

A ma famille,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accepté et fait une si belle place parmi vous.

A mes Amis,

Merci d'avoir toujours répondu présent, dans les (très) bons comme dans les mauvais moments.

A Meghane,

Toi qui a cru en nous deux en trois mots. Merci de me rendre encore plus heureux chaque jour et d'avoir accepté de devenir ma femme. Pour tout l'amour que j'ai pour toi, je te dédie cette thèse.

Table des matières

1. Introduction.....	13
2. Matériel et méthodes.....	14
2.1. Schéma d'étude	14
2.2. Objectifs de l'étude.....	14
2.3. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion	14
2.4. Recueil de données	15
2.5. Critères de jugement	15
3. Résultats	17
3.1. Caractéristiques de la population étudiée	18
3.2. Type de fractures de l'extrémité supérieure du fémur	19
3.3. Analgésie et stadification de la douleur.....	20
3.4. Délais de prise en charge et hospitalisation.....	21
3.5. Complications survenues au cours de l'hospitalisation	22
3.6. Devenir des patients à la sortie d'hospitalisation	22
4. Discussion	23
4.1. Limites de l'étude	23
4.2. Discussion en rapport avec l'objectif principal.....	24
4.3. Discussion en rapport avec les objectifs secondaires	25
4.4. Perspectives	27
5. Conclusion	28
6. Bibliographie.....	29

1. Introduction

L'incidence en France de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur représente actuellement 60 000 opérations par an, avec près de 8 800 décès dans les six premiers mois et près de 19 000 patients, dont la perte d'autonomie, nécessite une institutionnalisation (1,2).

Cela devrait atteindre près de 150 000 opérations en 2050 du fait du vieillissement de la population (3) et ne cessera d'augmenter de façon exponentielle dans les pays « industrialisés » (4).

L'âge moyen dans cette pathologie est de plus de 80 ans, avec une large prédominance féminine et un pronostic vital, fonctionnel et social sévère (4,5). On observe une mortalité de 5,3% à un mois, 10,4% à trois mois et 14,7% à six mois (2).

En outre, la fracture de l'extrémité supérieure du fémur représente un véritable enjeu de santé publique de lutte contre la morbi-mortalité (1).

La prise en charge de cette pathologie est orthopédique mais nécessairement médicale et gériatrique. La démarche du praticien aux Urgences est complexe et doit prendre en compte autant le terrain (polypathologies, polymédications, autonomie et qualité de vie) que les causes et conséquences du traumatisme (6). La prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur devrait dans le même temps traiter la lésion fracturaire aigüe, préserver le plus possible l'autonomie antérieure ainsi que prévenir au maximum l'apparition de complications liées au terrain (4). La notion de « fast-track » (ou parcours rapide du patient) s'impose peu à peu et induit un raccourcissement du délai d'intervention chirurgicale qui est notamment susceptible de diminuer la mortalité et améliorer la récupération, ainsi que la réhabilitation (1,7).

Un des indicateurs de qualité de la prise en charge de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est la gestion de la douleur (6). Or, une prise en charge précoce et continue de la douleur a un effet positif sur la mortalité à six mois et un an (8,9). Son évaluation par des échelles validées dès l'admission et tout au long du séjour fait partie des recommandations actuelles tout comme la formation continue des équipes et la mise en place de protocole (10). Mais la difficulté d'exprimer la douleur dans cette classe de population et la peur du surdosage médicamenteux explique que la dose d'antalgique est inversement proportionnelle à l'âge (8). De plus, les comorbidités et la physiologie de la personne âgée rendent délicate l'utilisation des antalgiques usuels (11-13).

Ainsi, le but de cette étude est d'évaluer, dès l'admission du patient dans le service des Urgences du Centre Hospitalier de Niort, si la thérapeutique antalgique initiale utilisée concorde avec le seuil de la douleur retenu à la première évaluation de celle-ci.

2. Matériel et méthode

2.1. Schéma d'étude

Cette étude monocentrique, observationnelle, descriptive, de type évaluation des pratiques professionnelles, repose sur une analyse rétrospective des dossiers informatiques des patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur admis aux Urgences-Samu-Smur adultes du Centre Hospitalier de Niort (Deux-Sèvres), du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2015.

2.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser la concordance entre la première prescription de thérapeutique antalgique et l'intensité initiale de la douleur à l'admission des patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur admis aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort en 2015.

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'évaluer le délai d'administration du premier traitement antalgique, la réévaluation de l'efficacité de la première analgésie, l'administration de la première analgésie avant ou après la radiographie, le temps total passé aux Urgences, le délai entre l'admission du patient aux Urgences et l'intervention chirurgicale, le nombre de patients ayant plus de 5 traitements habituels, la survenue d'une complication post-opératoire, le nombre de décès, le nombre de placements en institution et la reprise de la marche.

2.3. Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion

Tous les patients âgés de 18 ans ou plus, admis aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort, du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2015 présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ont été inclus.

Les critères de non-inclusion étaient les fractures multiples (>1 fracture sur le même os), les fractures sur os ostéoporotique, les fractures et/ou luxations sur matériel fémoral (prothèse, clou, vis, plaque), les fractures diaphysaires, métaphysaires ou isolées du grand trochanter, ainsi que les fractures de bassin associées.

Nous avons exclu les patients dont l'évaluation initiale de la douleur est absente ou non retranscrite dans le dossier médical informatique, les patients pris en charge initialement par un autre centre de soins ou transférés secondairement dans un autre centre de soins, ainsi que les patients dont les dossiers médicaux informatiques étaient incomplets.

2.4. Recueil de données

Cette étude repose sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux informatiques des patients admis aux Urgences pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur entre le 1^{er} Janvier et le 31 Décembre 2015. Pour cela, nous avons utilisé le logiciel Urqual^R de la société éditrice MainCare^R afin d'effectuer une recherche des patients dont la conclusion du dossier médical comprenait les mots « fracture fémorale », mais aussi les patients dont le diagnostic CIM10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) était « fracture du fémur » (codage S72 de la CIM10).

Enfin, nous avons effectué une seconde sélection de patients toujours à l'aide du logiciel Urqual^R en collaboration avec le Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier de Niort.

Une fois les patients sélectionnés, les données ont été classées à l'aide du logiciel Excel^R de la société éditrice Microsoft^R puis les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.5 de la société éditrice SAS Institute Incorporation^R et en collaboration avec le Docteur Marc-Arthur Loko du DIM du Centre Hospitalier de Niort.

2.5. Critères de jugement

Différentes variables épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été analysées afin de réaliser cette étude des pratiques concernant la prise en charge de la douleur des fractures de l'extrémité supérieure du fémur aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort.

Le critère de jugement principal de cette étude est la concordance entre le palier du premier antalgique administré dans la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, en fonction du stade de la douleur selon la stadification du Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER)(14).

Pour cela, les patients inclus dans l'étude ont été classés en trois groupes en fonction du stade de la douleur initiale. En effet, les patients présentant une douleur dont l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) ou l'Echelle Numérique (EN) était comprise entre 0 et 3 ont été classés stade 1, ceux dont l'EVA ou l'EN était comprise entre 4 et 6 ont été classés stade 2 et ceux dont l'EVA ou L'EN était comprise entre 7 et 10 ont été classés stade 3.

Ensuite, l'analgésie initiale de chaque patient a été classée en fonction de son palier qui lui a été administré soit I, II ou III et pour chaque patient celle-ci a été comparée au stade d'évaluation de sa douleur initiale afin de savoir si l'analgésie administrée respectait la stadification de la COFER.

Soit un antalgique de palier I seul pour les douleurs de stade 1, un antalgique de palier II (avec ou sans antalgique de palier I associé) pour les douleurs de stade 2 et un antalgique de palier III (avec ou sans antalgique de palier I associé) pour les douleurs de stade 3.

Pour les critères de jugement secondaire, nous avons étudié l'heure, la date d'entrée et de sortie du service des Urgences, l'heure de la prescription de la première analgésie, l'heure de la radiographie ainsi que l'heure et la date de la prise en charge chirurgicale. De plus, nous avons noté si les patients avaient bénéficié d'une réévaluation de leur douleur aux Urgences ainsi que la date, l'heure et le service dans lequel ils ont été admis après leur passage aux Urgences.

Enfin, nous avons analysé le nombre de traitements habituels de chaque patient, la survenue ou non de complications en post-opératoire, ainsi que le type de complication, la reprise de la marche ou non et le devenir de nos patients à leur sortie de l'hospitalisation.

3. Résultats de l'étude

Au cours de l'année 2015, 44 616 patients ont consulté aux Urgences, 181 d'entre eux ont été retenus après requête informatique et 115 patients ont été finalement inclus dans notre étude (Figure 1).

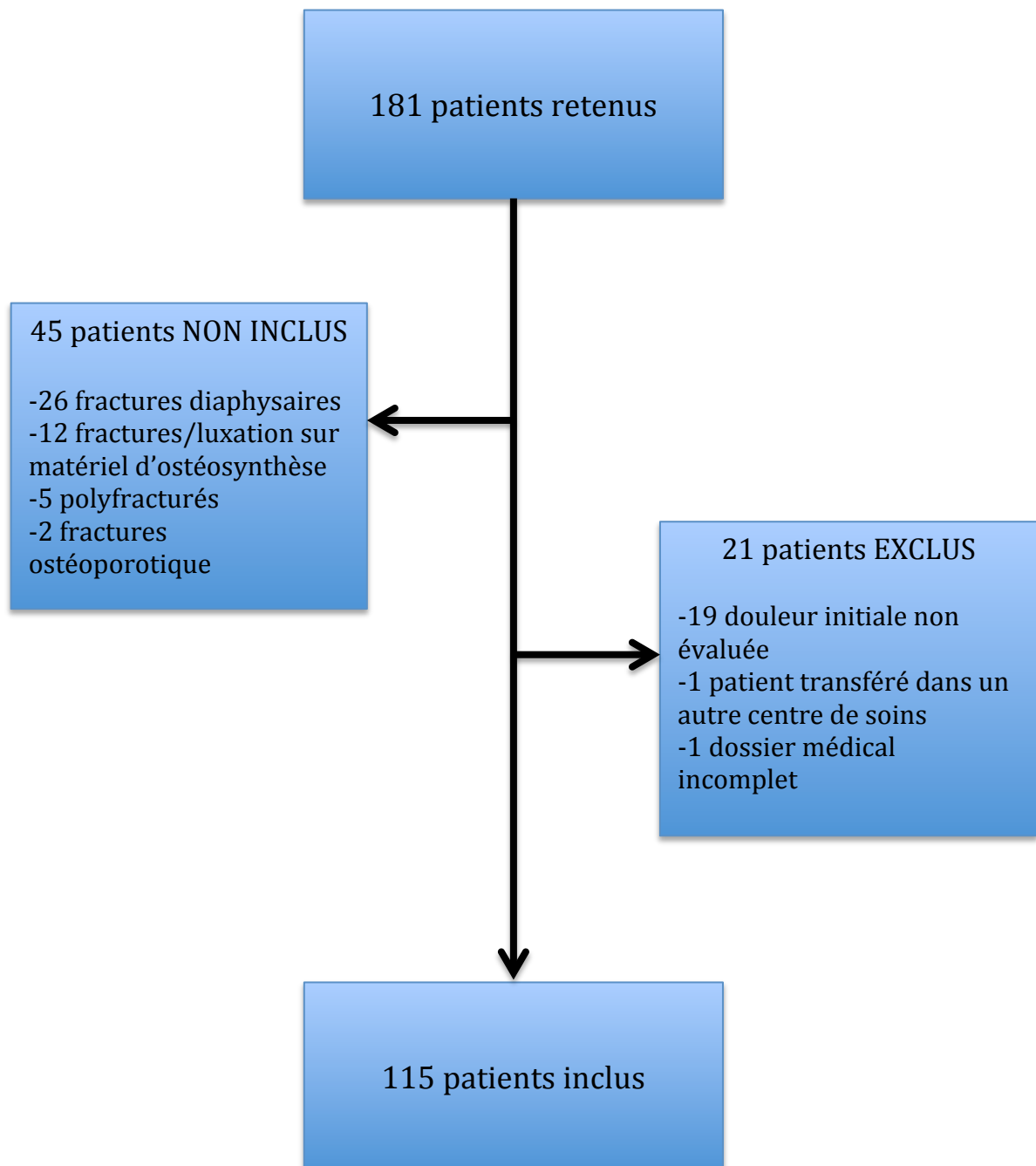


Figure 1: Diagramme de flux

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

La population d'étude était majoritairement féminine avec un sex-ratio de 3 femmes pour 1 homme (*Figure 2*). L'âge moyen est de 82 ans et 7 mois pour une médiane de 85 ans, le quartile inférieur étant de 77 ans et le quartile supérieur de 91 ans. Les extrêmes sont de 22 ans pour le plus jeune contre 102 ans pour le plus âgé.

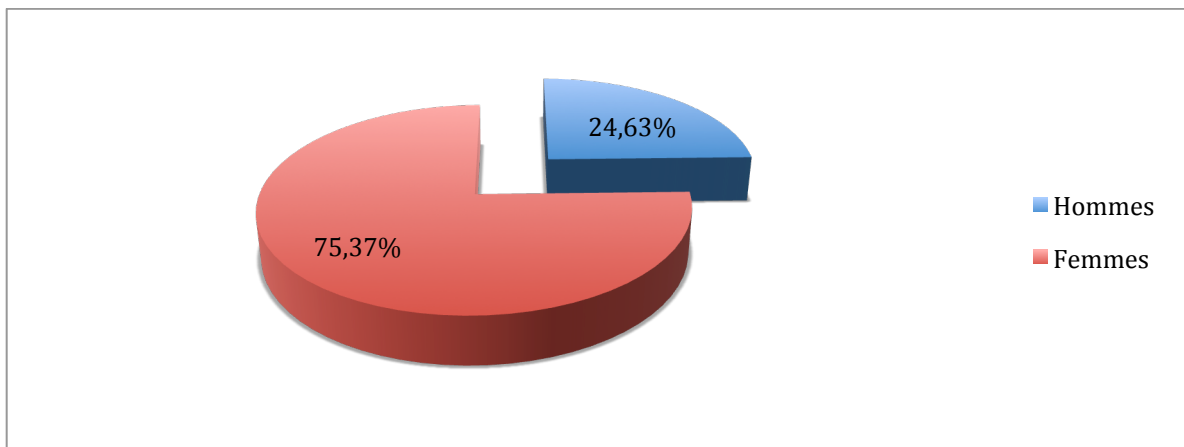


Figure 2 : Répartition hommes-femmes

Nos patients étaient autonomes à domicile pour 57,46% d'entre eux contre 42,54% qui étaient dépendants et vivaient en institution (*Figure 3*).

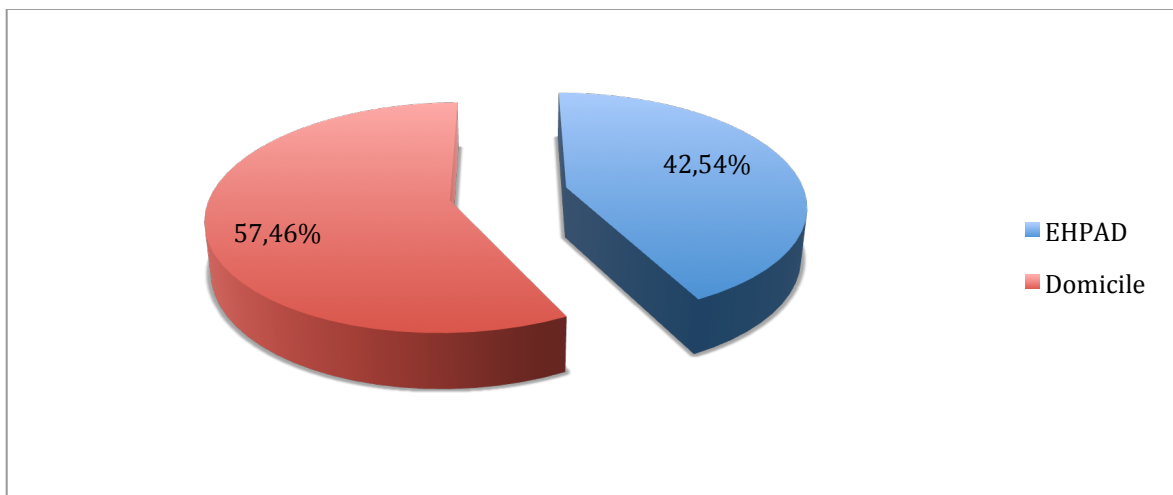


Figure 3 : Répartition des patients selon leur mode de vie antérieur à leur fracture

Concernant le nombre de traitements habituels de la population étudiée, on note que près de trois patients sur quatre ont plus de 5 traitements journaliers (*Figure 4*).

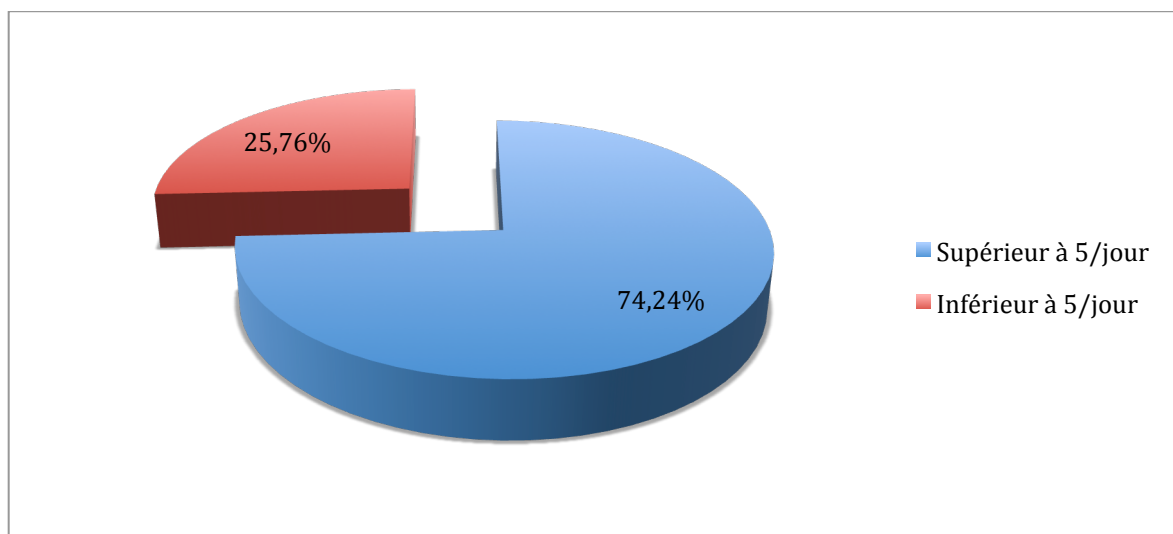


Figure 4 : Nombre de traitements habituels

3.2. Type de fractures de l'extrémité supérieure du fémur

Pour les différents types de fractures de l'extrémité supérieure du fémur, on retrouve 79,84% de fractures du col fémoral (Garden 1, 2, 3 ou 4), 12,69% de fractures per-trochantériennes, 4,48% de fractures de la tête fémorale, 2,24% de fractures sous-trochantériennes et 0,75% de fractures basi-cervicales. (*Figure 5*)

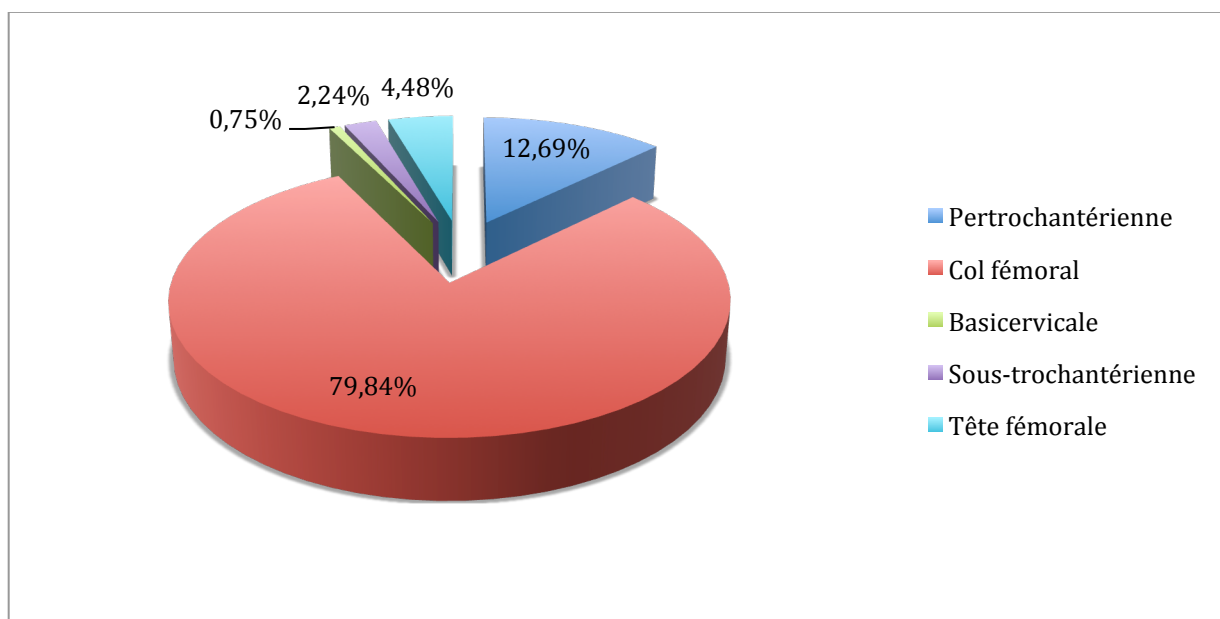


Figure 5 : Type des fractures observées

3.3. Analgésie et stadification de la douleur

La répartition des patients en fonction des stades de la douleur est de 38 patients (33,04%) dans le groupe stade 1, 42 patients (36,52%) dans le groupe stade 2 et 35 patients (30,43%) dans le groupe stade 3 (*Figure 6*).

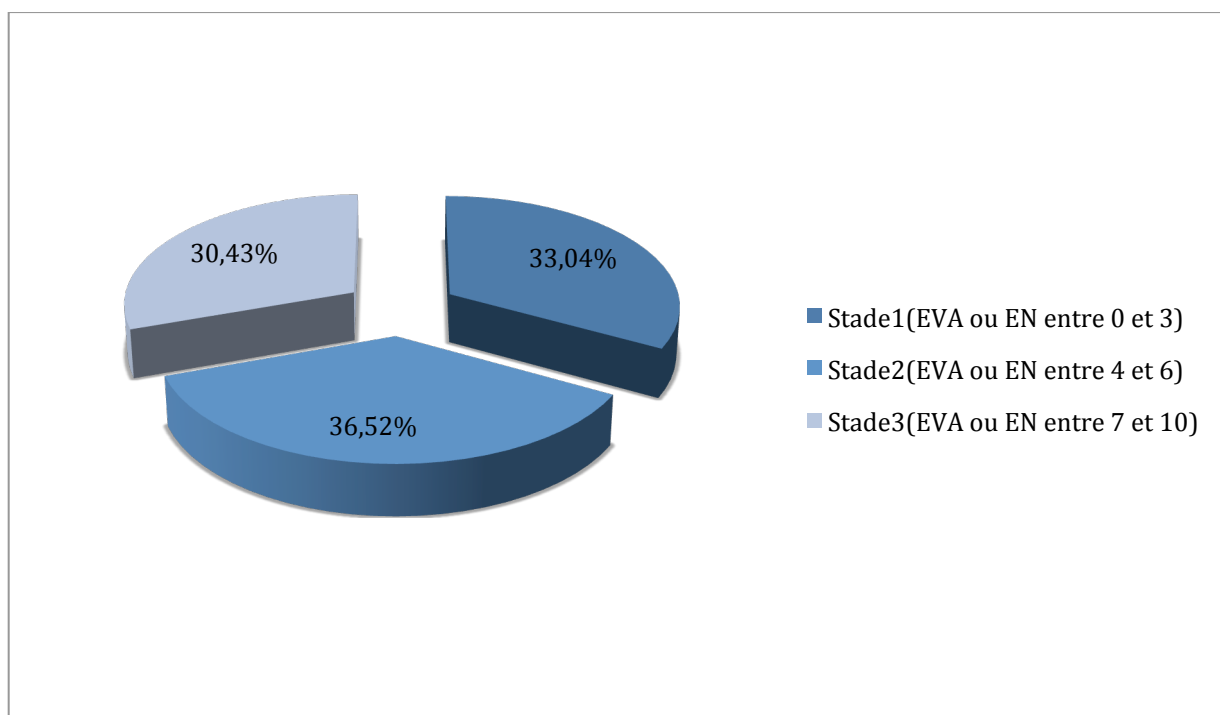


Figure 6 : Pourcentage de patients par stade de la douleur

Pour les patients du stade 1, 24 d'entre eux soit 63,16% ont reçu un antalgique de palier I seul, 4 d'entre eux ont reçu un antalgique de palier II (avec ou sans antalgique de palier I associé) soit 10,53%, 2 patients ont reçu un antalgique de palier III (avec ou sans antalgique de palier I associé) soit 5,26% et 8 patients soit 21,05% n'ont pas reçu de traitement contre la douleur (*Figure 7*).

Pour les patients du stade 2, 14 d'entre eux soit 33,33% ont reçu un antalgique de palier I seul, 20 d'entre eux ont reçu un antalgique de palier II (avec ou sans antalgique de palier I associé) soit 47,62%, 7 patients ont reçu un antalgique de palier III (avec ou sans antalgique de palier I associé) soit 16,67% et 1 patient a bénéficié d'un Bloc Iléo-Facial (BIF) (*Figure 7*).

Pour les patients du stade 3, 9 d'entre eux soit 25,71% ont reçu un antalgique de palier I seul, 14 d'entre eux ont reçu un antalgique de palier II (avec ou sans antalgique de palier I associé) soit 40%, 10 patients ont reçu un antalgique de palier III (avec ou sans antalgique de palier I associé) soit 28,57% et 2 patients ont bénéficié d'un BIF (*Figure 7*).

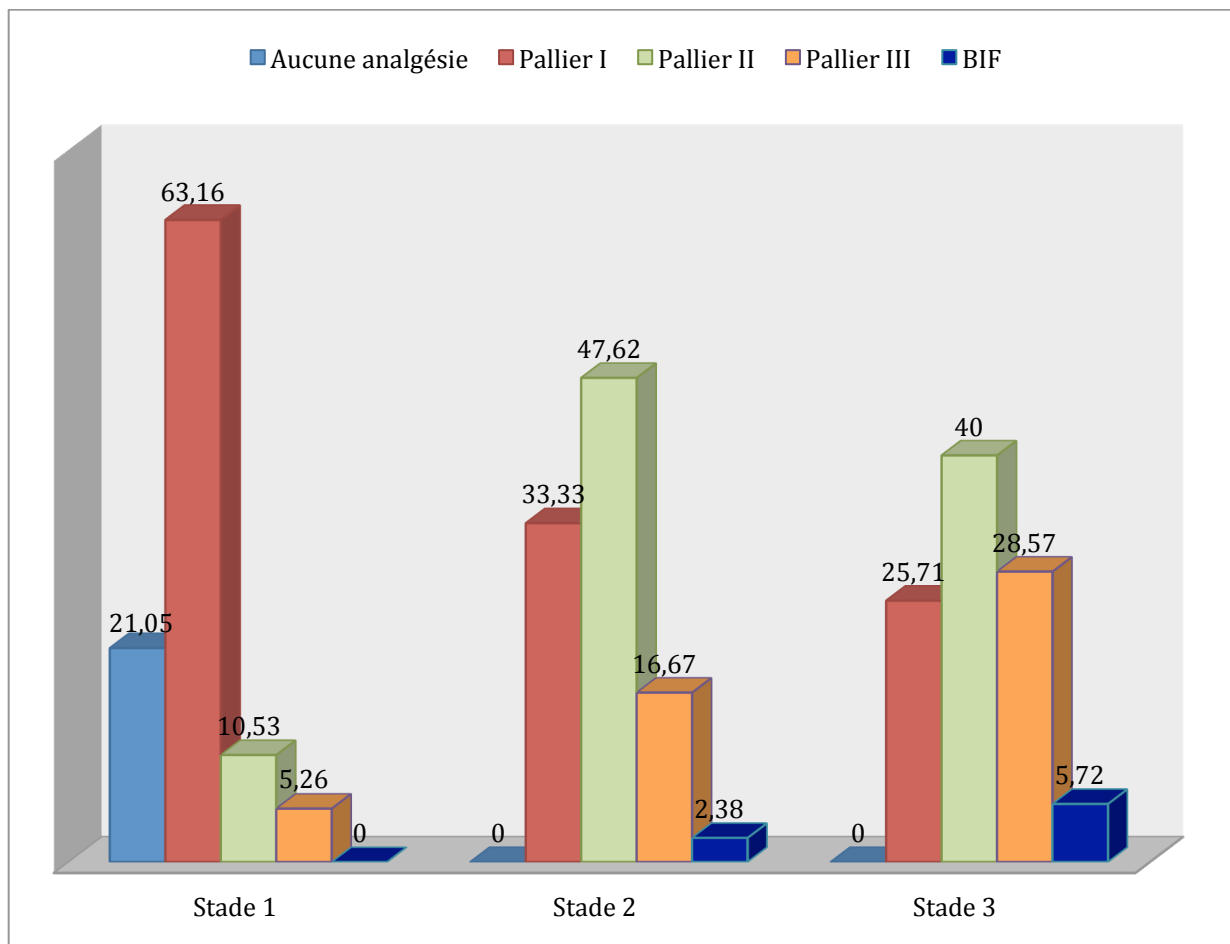


Figure 7 : Pourcentage de patients par stade de la douleur et par antalgie administré

Trente trois patients sur les 115 inclus (28,7%), n'ont pas bénéficié d'une analgésie avant la radiographie.

3.4. Délais de prise en charge et hospitalisation

On note pour tous les patients un temps total moyen passé aux Urgences de 5 heures 13 minutes avec une médiane de 4 heures 39 minutes le quartile inférieur étant de 3 heures 25 minutes et le quartile supérieur de 6 heures 3 minutes.

Le délai moyen d'administration de la première thérapeutique antalgique est de 83 minutes avec une médiane de 66 minutes, le quartile inférieur étant de 37 min et le quartile supérieur de 105 minutes.

Le délai médian de la prise en charge chirurgicale des patients, à compter de leur admission aux Urgences, est de 19 heures 47 minutes, et 62,37% des patients ont été opérés dans un délai inférieur ou égal à 24 heures après leur admission aux Urgences.

Les patients ont été admis pour 77,44% d'entre eux en Chirurgie Orthopédique, 8,27% en Chirurgie Générale, 6,02% en Chirurgie Viscérale, 2,26% en Chirurgie Vasculaire, 1,5% en Gériatrie, 1,5% en Urologie, 0,75% en Neurologie, 0,75% en Médecine Polyvalente, 0,75% en Soins de Suite et Rééducation et 0,75% d'entre eux en Cardiologie.

3.5. Complications survenues au cours de l'hospitalisation

On retrouve 20 complications survenues en post-opératoire soit 14,9% de notre effectif. Celles-ci se décomposent en 11 syndromes confusionnels (9,56% de l'effectif), 3 pneumopathies, 2 détresses respiratoires, un accident vasculaire cérébrale (AVC), un infarctus du myocarde (IDM), un œdème aigüe pulmonaire (OAP) et une hémorragie digestive.

Sur les 11 syndromes confusionnels, 2 étaient observés dans le groupe dont la douleur initiale était de stade 1 (5,26%), 7 dans le groupe dont la douleur initiale était de stade 2 (16,67%) et 2 dans le groupe dont la douleur initiale était de stade 3 (5,71%).

L'âge moyen des patients ayant présenté une confusion lors de l'hospitalisation est de 81 ans et l'âge moyen des patients ayant présenté une complication au cours de l'hospitalisation est de 86 ans.

Dix patients sont décédés pendant l'hospitalisation soit 8,7% de l'effectif total. Parmi ces 10 décès, 2 faisaient suite à un syndrome confusionnel, 5 étaient liés aux autres complications précédemment citées et 3 décès n'avaient pas de cause sémiologique retrouvée.

3.6. Devenir des patients à la sortie d'hospitalisation

Dans cette étude, la durée moyenne de séjour est de 8,7 jours (ou 8 jours et 19 heures) avec une médiane de 8 jours, le quartile inférieur étant de 6 jours et le quartile supérieur de 11 jours.

De plus, 14,78% des patients ont été institutionnalisés à la suite de leur séjour et 31,07% n'ont pas repris la marche de façon satisfaisante à 6 mois.

4. Discussion

Cette cohorte de 115 patients est une analyse des pratiques sur la prise en charge de la douleur des patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort pendant l'année 2015. Malgré une étude limitée à un seul Centre, l'intérêt de cette étude épidémiologique est multiple. Elle a permis d'établir un profil épidémiologique des patients atteints d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et d'analyser la prise en charge de ces patients aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort, permettant une comparaison des résultats avec des études similaires. De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles a l'avantage de souligner la nécessité d'un renforcement des acquis en matière de prise en charge de la douleur chez les urgentistes.

4.1. Limites de l'étude

Notre étude est construite sur une analyse rétrospective de dossiers et possède donc les biais et les limites inhérents à cette méthodologie. Cependant, nous avons effectué une large sélection de dossiers afin de parvenir à un nombre satisfaisant d'inclusion.

Le caractère monocentrique de notre étude limite la généralisation de nos résultats mais permet d'analyser la nécessité d'une réactualisation des acquis.

Le « remplissage » inadéquat des dossiers implique que 19 patients ont été exclus avant l'inclusion définitive malgré la présence d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

L'évaluation de la douleur, essentiellement réalisée par le personnel paramédical, met en évidence un biais de mesure dans cette étude. En effet, les échelles utilisées sont reconnues mais leur interprétation ou encore leur utilisation ont de grandes variabilités individuelles.

De plus, les échelles d'évaluation de la douleur Algoplus ou encore l'Echelle Verbale Simple (EVS) ne sont pas ou peu utilisées comme le préconisent les recommandations (10,11).

Une autre source de biais, non modifiable, est celle de la différence entre l'heure d'administration de la première analgésie notée dans le dossier informatique et l'heure réelle à laquelle elle a été administrée.

Fréquemment et en lien direct avec ce type de service (affluence, urgence vitale), l'administration d'antalgique de palier I est réalisée sans retranscription dans le dossier médical, entraînant une modification de l'évaluation rétrospective de la douleur initiale et donc du palier du premier antalgique administré.

En outre, le service des Urgences de Niort est organisé en deux filières de soins. Une filière destinée aux soins de courte durée et une filière destinée aux patients dont les soins nécessitent une hospitalisation. Or, les patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur devraient tous être admis dans la filière de soins de longue durée. En effet, les patients admis en filière courte, ne sont pas perfusés ni monitorés en première intention. De plus, l'analgésie initiale délivrée aux patients en première intention dans cette filière est de palier I. On peut alors penser que certains patients inclus, présentant une douleur de stade 2 ou 3 ont eu une analgésie initiale inadaptée à l'intensité de leur douleur liée à leur admission en filière courte.

Enfin, d'autres paramètres tels que l'apparition d'une complication (confusion, décès) ou la reprise de la marche n'ont pu être analysés de manière exhaustive, par absence de retour de certains comptes rendus des services de réhabilitation externe au Centre Hospitalier de Niort.

4.2. Discussion en rapport avec l'objectif principal

L'analyse des résultats de notre étude montre que l'utilisation d'un palier I est réalisée chez 63,16% des patients présentant une douleur de stade 1. Par extrapolation, les 21,05% de patient n'ayant reçu aucune thérapeutique antalgique, par absence de douleur, peuvent se cumuler au résultat précédant et ainsi montrer que 84,21% des patients de ce groupe ont reçu la thérapeutique adaptée au stade de leur douleur (14).

Pour les patients présentant une douleur de stade 2, l'utilisation d'un antalgique de palier II associé ou non à un palier I n'est plus que de 47,62%. Par ailleurs, on note une utilisation inappropriée d'un antalgique de palier I seul pour 33,3% d'entre eux.

Enfin, pour les patients présentant une douleur de stade 3, pour lesquels il est recommandé l'utilisation d'emblée d'un morphinique seul ou en analgésie multimodale (10), seulement 28,57% de nos patients ont bénéficié de la thérapeutique adaptée. En outre, dans ce groupe, un plus grand nombre de patients (40%) ont reçu un palier II associé à un palier I, ce qui n'est pas adapté aux douleurs de stade 3 selon les recommandations (10).

On peut déduire de ces résultats, que l'analgésie délivrée initialement chez les patients admis aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort en 2015, concorde de façon satisfaisante avec les recommandations (10) pour les douleurs d'intensité légère à modérée (stade 1 et 2), mais que la prise en charge antalgique des patients présentant une douleur d'intensité sévère (stade 3) est parfois insuffisante. Cela peut s'expliquer par différentes raisons.

D'une part, car la majorité des douleurs liées à la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est due à la mobilisation des patients (installation, brancardage, radiographie) (3). Or l'évaluation de la douleur initiale effectuée par le personnel paramédical pendant la mobilisation ne correspond pas toujours à celle effectuée par le médecin à distance de celle-ci. Par extrapolation, ces situations peuvent expliquer pourquoi des antalgiques de palier I ou II ont été délivrés à des patients présentant une douleur initialement évaluée au stade 3.

D'autre part, car la fracture de l'extrémité supérieure du fémur intéresse les patients d'âge élevé (l'âge médian des patients inclus dans l'étude étant de 85 ans). Or, la difficulté d'exprimer la douleur chez ces patients âgés et la peur du surdosage en morphinique des praticiens chez les patients de cette tranche d'âge, explique en partie que la dose d'antalgique soit inversement proportionnelle à l'âge (6). En effet, la réticence des praticiens à l'utilisation d'emblée des morphiniques est encore présente dans nos pratiques, alors qu'elle reste le traitement de première intention des douleurs d'intensité sévère (7,15). Cependant, elle doit être adaptée et réduite selon l'âge, compte tenu des comorbidités et de la notion d'épargne morphinique, afin de diminuer ses effets secondaires (6).

De plus, afin de limiter les effets secondaires des thérapeutiques de palier II et III ainsi que d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, il faut promouvoir la formation et l'utilisation par les praticiens urgentistes du Bloc Iléo-fémorale (BIF) (16,17). Or, notre étude montre que cette technique est réalisée aux Urgences de Niort mais de façon encore insuffisante puisque seulement 3 des patients inclus (2,61%) sur l'année 2015 ont pu en bénéficier.

Dorénavant, il est discuté que dès que l'anamnèse et la clinique concordent avec une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, le BIF peut-être réalisé avant même la radiographie (1). Ainsi le blocage nerveux réalisé réduit la nécessité d'une analgésie supplémentaire systémique et réduit le risque d'effet secondaire des antalgiques usuels (18).

Le BIF peut être pratiqué par tout médecin urgentiste (3) préalablement formé par des médecins anesthésiste-réanimateur (19). Sa faisabilité, son efficacité sur la douleur et le peu de contre-indications permettraient de diminuer le risque de iatrogénie tout en améliorant l'analgésie (20).

4.3. Discussion en rapport avec les objectifs secondaires

La médiane d'âge des patients inclus dans notre étude est de 85 ans, ce qui est similaire à celle retrouvée dans la littérature, tout comme le sex-ratio de trois femmes pour un homme (2,3,5,12).

Le pourcentage de patients institutionnalisés avant leur admission aux Urgences est plus élevé (42%) que celui retrouvé dans la littérature (10 à 18%) (1,3). La population vieillissante dans notre département en est peut-être la cause, d'autres recherches permettraient de le confirmer.

Selon certaines études, il est prouvé que le fait d'avoir plus de 5 traitements journaliers augmente le risque d'évènement indésirable (3). Or, notre effectif comporte 74,24% de patients avec plus de 5 traitements habituels. Cela renforce alors la notion de complexité de prise en charge de la personne âgée traumatisée et le risque de iatrogénie (15).

La médiane du délai d'administration de la première thérapeutique antalgique (prescrit dans le dossier médical) est inférieure à 66 minutes. Cependant, ce délai pourrait être raccourci par la mise en place d'un protocole de prise en charge antalgique initiale des patients admis aux Urgences avec une suspicion de fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Dans notre étude, le temps médian de passage aux Urgences est de 4 heures et 39 minutes. Aucune donnée de la littérature ne prend en compte ce délai, mais son estimation apparaît nécessaire pour évaluer ultérieurement la mise en place future d'une filière de soin spécialisé.

Notre étude montre que 62,73% de nos patients ont été opérés dans les 24 premières heures. Or, il a été démontré qu'une prise en charge opératoire précoce (dans les 24 premières heures) des fractures de l'extrémité supérieure du fémur permet de réduire les complications post-opératoires (12). En effet, un délai opératoire supérieur à 24 heures pourrait augmenter la mortalité à un mois de 41% (20). De plus, une prise en charge chirurgicale précoce permet une mobilisation plus rapide et réduit le déconditionnement du patient (21).

Au sein de notre cohorte, nous retrouvons 20 complications organiques survenues pendant l'hospitalisation et plus de 50% sont des syndromes confusionnels (11 sujets) ce qui représente 9,56% de notre effectif global. On ne retrouve pas de données comparables dans la littérature. Mais plus les scores de douleurs sont élevés, et plus le risque d'apparition d'une confusion augmente au cours des 3 premiers jours post-opératoires (22).

Or, nos données montraient que 7 patients présentant une douleur initiale de stade 2 et 2 patients présentant une douleur initiale de stade 3 ont présenté un syndrome confusionnel en post-opératoire. A noter qu'une étude a montré que des faibles doses d'opioïdes réduisent significativement le risque de développer une confusion (23). On pourrait alors penser que ces confusions sont survenues à la suite d'un défaut d'analgésie initiale. Mais notre étude ne peut le démontrer.

Le taux de mortalité des patients inclus dans notre étude est de 8,7% pour un taux de 5,2% à 13,3% dans la littérature (1,2,21).

L'analyse du pronostic fonctionnel des patients inclus dans l'étude montre que 31,07% d'entre eux n'ont pas repris une marche satisfaisante à 6 mois soit un chiffre légèrement supérieur au 26% retrouvé dans la littérature (1). De plus, 17 patients soit 14,78% de notre effectif ont été institutionnalisés. Le pourcentage est similaire aux différentes données analysées pour lesquelles on retrouve une moyenne de 15% de patients institutionnalisés de façon définitive (1,3).

4.4. Perspectives

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur est extrêmement fréquente chez les personnes âgées et constitue ainsi un des motifs d'admission les plus courants dans un service de traumatologie (5). De plus, en raison de la moyenne d'âge élevée de ces patients (82 ans) et du nombre important de médicaments que comprend leur traitement habituel (74,24% de notre effectif ont plus de 5 traitements journaliers), le risque de iatrogénie et de survenue de complications telles que la confusion est importante (8).

Ce qui pourrait expliquer que dans notre étude, l'analgésie délivrée initialement chez les patients inclus, concorde de façon satisfaisante avec les recommandations (10), pour les patients présentant des douleurs d'intensité légère à modérée (stade 1 et 2). Mais, que la prise en charge antalgique des patients présentant une douleur d'intensité sévère (stade 3) est parfois insuffisante.

Pour y remédier et parfaire la prise en charge de ces patients, plusieurs pistes d'amélioration sont en cours de réalisation.

Dans un premier temps, le travail porte sur l'élaboration d'un nouveau protocole permettant d'inclure le BIF dans la prise en charge de la douleur des fractures de l'extrémité supérieure du fémur dès l'admission des patients aux Urgences. Ce protocole permettrait, entre autres, une évaluation optimale de la douleur par des échelles validées et adaptées à l'état cognitif de chaque patient afin de s'assurer de l'efficacité antalgique comme le préconisent les recommandations (3). Ces protocoles ont déjà montré leur efficacité dans le contrôle et le suivi continu de la douleur (11,22).

Dans un second temps, l'enseignement et la pratique du BIF par les praticiens urgentistes, dès l'admission, doivent être valorisés (7,10). Afin d'atteindre cet objectif, deux formations à l'anesthésie locorégionale ont déjà été réalisées aux Urgences de Niort et une troisième est prévue au cours de l'année 2017. Son intégration dans le protocole de prise en charge spécifique de cette pathologie permettra de faire évoluer les pratiques. Les blocs nerveux permettent en effet l'amélioration du rapport bénéfice/risque et une réhabilitation plus rapide des patients (3,18). Le BIF fait partie des recommandations actuels dans le cadre de l'analgésie multimodale (10).

Enfin, dans le but de réduire la morbi-mortalité et d'améliorer le pronostic fonctionnel de ce type de patient (5,24), une unité médico-chirurgicale a été créée au Centre Hospitalier de Niort il y a deux ans. Bien que cette unité permette une prise en charge très satisfaisante de ces patients, la création d'une unité ortho-gériatrique pourrait être préférable. En effet, celle-ci débutant avec l'urgentiste (6) puis se poursuivant en collaboration avec un gériatre et un chirurgien permettrait une prise en charge optimisée, immédiate et efficace du patient âgé (6). Afin d'aboutir à la création d'une telle filière, il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sur les facteurs favorisant l'apparition de complications chez les patients atteints d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

5. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence que l'analgésie initiale délivrée aux patients admis aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort, sur l'année 2015, présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, concorde de façon satisfaisante avec les recommandations pour les patients présentant une douleur initiale d'intensité légère à modérée (stade I et II), mais que la prise en charge antalgique des patients présentant une douleur d'intensité élevée (stade 3) est parfois insuffisante. En effet, nous avons observé qu'à ce stade de la douleur, les praticiens urgentistes sont encore réticents à l'utilisation des antalgiques de palier III compte tenu de l'âge moyen élevé des patients et du risque de iatrogénie qui s'y associe.

Dès l'arrivée aux Urgences, la prise en charge de la douleur doit se faire de façon plus précoce et avec une thérapeutique mieux adaptée afin de prévenir la survenue de complications. Cela conditionne l'autonomie ultérieure des patients et diminue le risque de survenue de complications post-opératoires.

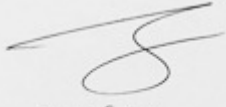
Pour y remédier et parfaire la prise en charge de ces patients, il faudrait entre autres, établir un nouveau protocole de prise en charge globale des patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en y incluant le BIF, promouvoir et poursuivre la formation de l'utilisation du BIF par les urgentistes et créer une filière d'ortho-gériatrie.

6. Bibliographie

- (1) BELLAMY L, REYRE H, EYROLLE L, ROSENCHER N. La fracture du col du fémur : un enjeu de santé publique. *Prat En Anesth Réanimation*. juin 2010;14(3):146-50.
- (2) ROSENCHER N, VIELPEAU C, EMMERICH J, FAGNANI F, SAMAMA CM. Venous thromboembolism and mortality after hip fracture surgery: the ESCORTE study^{1,2}. *J Thromb Haemost*. 1 sept 2005;3(9):2006-14.
- (3) LESTAVEL PH, JANKOWIAK G, LECLERCQ M, GUERIoT S. Fractures de la hanche: les problèmes posés à l'urgentiste. Congrès SFMU et SAMU de France 2008.
- (4) MERLE V, MORET L, JOSSET V, PIDHORZ L, PIETU G, GOUIN F., et al. Facteurs de qualité de la prise en charge des sujets âgés opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. *Rev Chir Orthopédique Réparatrice Appar Mot*. 1 oct 2004;90(6):504-16.
- (5) PARKER M, JOHANSEN A. Hip fracture. *BMJ*. 1 juill 2006;333(7557):27-30.
- (6) COHEN-BITTAN J, FOREST A, BODDAERT J. Fracture du col du fémur et urgences gériatriques : prise en charge, organisation et indicateurs. *Ann Fr Anesth*. 2011;30:e41-e43.
- (7) AUBRUN F. Approche multimodale de l'analgésie. Congrès SFAR. 2013.
- (8) BRUYERE M, TALEB A. Anesthésie pour fracture du col fémoral chez le sujet âgé. *Prat En Anesth Réanimation*. févr 2011;15(1):3-12.
- (9) BODDAERT J, COHEN-BITTAN J, KHIAMI F. Postoperative Admission to a Dedicated Geriatric Unit Decreases Mortality in Elderly Patients with Hip Fracture. *PLoS One*, vol 9, no1. 2014.
- (10) VIVIEN B, ADNET F, BOUNES V, CHERON G, COMBES X, DAVID J-S, et al. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Réactualisation 2010 de la Conférence d'experts de la Sfar de 1999. *Ann Fr Anesth Réanimation*. avr 2012;31(4):391-404.
- (11) GALINSKI M, ADNET F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. *Réanimation*. nov 2007;16(7-8):652-9.
- (12) JOHANSSON I, BAATH C, WILDE-LARSSON B. Acute confusion states, pain, health, functional status and quality of care among patients with hip fracture during hospital stay. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, vol 17, no 3. 2013.
- (13) CHIBNALL J, TAIT R. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain*. 2001.
- (14) Collège Français des Enseignant en Rhumatologie, COFER. Item 66: Thérapeutiques Antalgiques. 2011.

- (15) RICARD-HIBON A, DUCHATEAU F-X, VIVIEN B. Prise en charge préhospitalière de la traumatologie de la personne âgée : quelles spécificités ? *Ann Fr Anesth Réanimation*. janv 2012;31(1):e7-10.
- (16) PINSON S. Fascia Iliaca (FICB) block in the emergency department for adults with neck of femur fractures: A review of the literature. *Int Emerg Nurs*. oct 2015;23(4):323-8.
- (17) SIMON P, GOUIN F, VEILLARD D, LAFFARGUE P, EHLINGER M, BEL J-C, et al. Les fractures du col du fémur après 50 ans. *Rev Chir Orthopédique Réparatrice Appar Mot*. oct 2008;94(6, Supplement):108-32.
- (18) ABOU-SETTA AM, BEAUPRE LA, RASHIQ S, DRYDEN DM, HAMM MP, SADOWSKI CA, et al. Comparative Effectiveness of Pain Management Interventions for Hip Fracture: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 16 août 2011;155(4):234-45.
- (19) Conférences d'experts SFAR, SAMU de France, SFMU. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 mars 2004;23(2):167-76.
- (20) FERRE F, MINVILLE V. Stratégie de prise en charge préopératoire visant à diminuer la morbidité et la mortalité de la fracture du col fémoral. *Ann Fr Anesth Réanimation*. oct 2011;30(10):e45-8.
- (21) WONG SSC, IRWIN MG. Anaesthesia for fractured neck of femur. *Anaesth Intensive Care Med*. mars 2015;16(3):103-7.
- (22) HALL-LORD ML, LARSSON BW, BÅÅTH C, JOHANSSON I. Experiences of pain and distress in hip fracture patients. *J Orthop Nurs*. nov 2004;8(4):221-30.
- (23) MONZON DG, ISERSON KV, VAZQUEZ JA. Single Fascia Iliaca Compartment Block for Post-Hip Fracture Pain Relief. *The Journal of Emergency Medicine*. avr2007;32(3):257-62.
- (24) COUTAZ M, MORISOD J. L'unité d'ortho-gériatrie : mariage de raison entre orthopédiste et gériatre ? - *Revue Médicale Suisse*. 2010.

Vu, le Directeur de Thèse



Dr Naci Jean

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

LOCK Adrien

33 pages – 7 figures

Résumé :

La prise en charge de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est un enjeu de santé publique. La gestion de la douleur dans cette pathologie a un impact sur le pronostic vital et fonctionnel du patient. Elle commence dès l'admission dans le service des Urgences par l'utilisation d'une analgésie adaptée aux échelles d'évaluations validées.

Cette étude rétrospective, observationnelle et descriptive de type évaluation des pratiques professionnelles, repose sur une analyse des patients présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, admis aux Urgences du Centre Hospitalier de Niort au cours de l'année 2015. Nous avons analysé la concordance entre la première prescription de thérapeutique antalgique et l'intensité initiale de la douleur à l'admission aux Urgences, sur une cohorte de 115 patients.

Pour le groupe de patients présentant une douleur de stade 1 soit une échelle visuelle analogique (EVA) ou échelle numérique (EN) entre 0 et 3, 63,16% des patients ont reçu un antalgique de palier I seul. Pour le groupe stade 2, soit une EVA ou EN entre 4 et 6, 47,62% des patients ont reçu un antalgique de palier II (avec ou sans antalgique de palier I associé) et pour le groupe stade 3 soit une EVA ou EN entre 7 et 10, 28,57% des patients ont reçu un antalgique de palier III (avec ou sans antalgique de palier I associé). Trois patients ont bénéficié d'un Bloc Ilio-Fascial (BIF).

Cette étude montre que l'analgésie délivrée chez les patients inclus, concorde de façon satisfaisante avec les recommandations pour les douleurs de stade I et II, mais que la prise en charge antalgique des douleurs de stade 3 est parfois insuffisante. Pour améliorer la prise en charge de ces patients, il faudrait entre autres, établir un protocole de service sur la prise en charge de la douleur dans cette pathologie, promouvoir la formation au BIF mais aussi mettre en place une filière d'ortho-gériatrie.

Mots clés : douleur, urgences, fracture extrémité supérieure du fémur, antalgiques

Jury :

Président du Jury : Professeur ROSSET Philippe

Directeur de thèse : Docteur MACE Jean

Membres du Jury : Professeur FOUQUET Bernard
Professeur REMERAND Francis
Docteur FARANPOUR Farnam