

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1681

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Cyril BALÉDENT**

le 14 octobre 2022

**ENQUÊTE DES PRATIQUES ANALGÉSQUES SUR LES  
FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR AUX  
URGENCES DE LOURDES**

Directeur de thèse : Dr Johann OLIVIER

**JURY**

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER

Président

Monsieur le Professeur Vincent BOUNES

Assesseur

Monsieur le Docteur Jean-Eudes BOURCIER

Assesseur

Monsieur le Docteur Emmanuel GURRERA

Assesseur

Monsieur le Docteur Johann OLIVIER

Suppléant



FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAULFÈ Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIF Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emerites

Professeur ARLET Philippe  
Professeur BOUTAULT Franck  
Professeur CARON Philippe  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur GRAND Alain  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MARCHOU Bruno  
Professeur PERRET Bertrand  
Professeur RISCHMANN Pascal  
Professeur RIVIERE Daniel  
Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves Mme BOURGEOIS Odile M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. PIPONNIER David M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	
 <b>P.U. Médecine générale</b> M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		 <b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b> Mme MALAUDA Sandra

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CURROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLIZEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

**Maîtres de Conférence Associés**

<b>M.C.A. Médecine Générale</b>	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leïla	
Mme PUECH Marielle	

# Remerciements

À **Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER**, vous me faites l'honneur de présider ma soutenance de thèse, je vous remercie pour votre implication dans notre formation et pour votre l'aide bienveillante que vous m'avez apporté récemment.

À **Monsieur le Professeur Vincent BOUNES**, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de siéger parmi les membres de mon jury. Je sais que le thème de la douleur vous tient à cœur ; c'est de vous que j'ai reçu ma première leçon d'analgésie en tant qu'interne.

À **Monsieur le Docteur Jean-Eudes BOURCIER**, je te remercie pour les six mois passés à Lourdes où tu m'as accompagné et formé, je te dois notamment ma première réalisation de BNFE et la découverte, parfois cynique mais toujours avec humour, du fonctionnement d'un hôpital. A ton contact j'ai notamment compris qu'il fallait se battre pour maintenir une certaine vision du soin. Merci pour ton aide récente.

À **Monsieur le Docteur Emmanuel GURRERA**, je te remercie de m'avoir le premier parlé du bloc ilio-fascial comme potentiel sujet de thèse. Merci de m'avoir enseigné une partie des gestes techniques et savoirs du médecin urgentiste.

À **Monsieur le Docteur Johann OLIVIER**, je te remercie pour ton aide dans la réalisation d'une partie de ce travail.

À vous, Papa et Maman, qui m'avez donné la vie et appris à m'en saisir, merci de m'avoir fait grandir par le don constant de vous-même.

À Jeanne, Arnaud et Maialen, vous êtes ma fratrie, mon ancrage.

À Grand-Père, cardiologue distingué s'il en est, mon simple hommage, en alexandrins s'il vous plaît, de votre deuxième petit-fils maintenant thésé.

À Grand-Mère qui aime en acte, vous m'avez appris que l'unité familiale est un travail.

À Mamita, chère grand –mère courageuse et aimante, ce travail vous est particulièrement dédié.

À Papili, votre confiance et votre affection sans bornes sont pour moi un socle solide sur lequel fonder.

À Thibaud, pour ces années studieuses d'externat où parfois, (souvent) tu venais me chercher lorsque je me « perdais » à la BU, pour m'avoir si souvent aidé à y voir clair, pour le cadeau de ton amitié, sois ici remercié.

À François, mon plus vieil ami, que le chemin parcouru est beau.

À Pierre M. mon frère, qui me rappelle que l'essentiel se cherche et se conquiert sans relâche.

Aux personnes dont l'amitié m'est précieuse et m'émerveille. Je ne peux vous citer tous ici, néanmoins <sup>1</sup>, mention spéciale à Matthieu dont c'est l'anniversaire aujourd'hui.

À mes deux petits filleuls, Octave et Baptiste, avoir été choisi pour vous aider à grandir est une fierté, une grande responsabilité et une immense joie !

À mes frères et sœurs d'ESM dispersé sur le globe, levain dans le monde.

À ceux qui m'ont accueilli pour travailler chez eux durant ces longues années d'études.

À ceux qui m'ont fait confiance et grandir en particulier Olivier et Anne-Claire, Emmanuel et Juliette, Stéphane et Milène.

À mes nombreux colocs depuis le début de mes études, mention spéciale à la maisonnée 2016 : Clément, Nicolas, Pierre, Jean, Matthieu et Thibaud, merci pour cette année fondatrice.

À Lazare Toulouse. Selon la formule consacrée : j'aime mes colocs ! Et on se marre bien !  
À Lionel, Dominique, Philou, Lucky, Riton, JD, Karl, Claire et Aurélien. Aux anciens Baptiste, Seb, Albert, Sindbad, Paulo, Thomas, François et Laure. Et à nos fantastiques familles marraines.

Aux urgentistes et anesthésistes de Lourdes, vous m'avez accueilli et formé, travailler et apprendre avec vous fut un réel plaisir. Merci Emeric pour ta gentillesse, ta compétence et ton soutien, merci Matthieu pour tes cours et mon premier BIF.

Aux patients.



*“ La grandeur d'un métier est avant tout d'unir les hommes ; il n'est qu'un  
lux véritable et c'est celui des relations humaines. ”*

Terre des Hommes, Antoine de Saint Exupéry

# Table des Matières

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>6</b>
2.1.	TYPE D'ETUDE .....	6
2.2.	OBJECTIF PRINCIPAL ET OBJECTIFS SECONDAIRES .....	6
2.3.	RETOMBES ATTENDUES.....	7
2.4.	SELECTION DES PATIENTS ET RECUEIL DES DONNEES .....	7
2.5.	ANALYSES STATISTIQUES .....	7
2.6.	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES .....	7
<b>3.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>8</b>
3.1.	DIAGRAMME DE FLUX.....	8
3.2.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	8
3.3.	TECHNIQUES ANALGESIQUES EN SERVICE D'URGENCE.....	10
3.1.1.	<i>Evaluation initiale de la douleur.....</i>	<i>10</i>
3.1.2.	<i>Prise en charge analgésique .....</i>	<i>10</i>
3.1.3.	<i>ALR.....</i>	<i>11</i>
3.1.4.	<i>Analgésie systémique.....</i>	<i>13</i>
3.1.5.	<i>Réévaluation de la douleur.....</i>	<i>13</i>
3.1.6.	<i>Résultats du questionnaire adressé aux urgentistes de Lourdes .....</i>	<i>14</i>
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>19</b>
<b>6.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>20</b>
<b>7.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>23</b>
7.1.	ANNEXE 1 : FICHE DE SURVEILLANCE DES BPN DES URGENCES DE LOURDES .....	23
7.2.	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX URGENTISTES DE LOURDES VIA UN GOOGLE FORM®	24
	<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>25</b>

# 1. Introduction

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) concerne plus de 65 000 patients par an en France avec une moyenne d'âge de 81 ans. (1) Avec le vieillissement de la population, cela pourrait atteindre 150 000 personnes en 2050. (2) Sa prise en charge constitue donc un enjeu du fait d'une morbi-mortalité non négligeable avec une mortalité à un an de 23,7% et près de 50 % des patients qui ne retrouveront pas leur autonomie antérieure. (3)

On distingue classiquement plusieurs types de fractures : la fracture du col fémoral, qui repose sur la classification de Garden dont le principal risque est l'ostéonécrose de la tête fémorale, la fracture per-trochantérienne dont le trait passe entre les trochanters et qui expose à un risque de raccourcissement de membre, les fractures sous trochantérienne qui sont rares et enfin les fractures sur matériel. Les fractures du col fémoral et per-trochantérienne comptent pour plus de 90 % des FESF. (4)

Une prise en charge chirurgicale dans les 48h est recommandée pour diminuer la mortalité. (2) Or, cette pathologie qui est douloureuse au repos l'est également lors de la mobilisation, par exemple lors d'un nursing ou d'un transfert. Juguler la douleur dès l'arrivée aux urgences et dans l'attente de la chirurgie est donc un enjeu majeur car les effets délétères d'une douleur aiguë mal contrôlée sont bien documentés, comme rapporté par l'International Association for the Study of Pain dans le *Tableau 1*. (5)

<p><i>Perspective clinique</i></p> <p>Cicatrisation retardée en raison d'une augmentation de la tonicité sympathique</p> <p>Augmentation du taux d'insuffisance anastomotique</p> <p>Risque accru de morbidité pulmonaire, y compris la pneumonie due à une respiration altérée par la douleur</p> <p>Risque accru de thrombose</p> <p>Risque accru de la mortalité</p> <p>Réponse de stress hyperadrénergique avec hypertension</p> <p><i>Perspective du patient</i></p> <p>Souffrance inutile</p> <p>Sommeil de mauvaise qualité</p> <p>Rétention urinaire</p> <p>Mobilité ou respiration limitée et faible autonomie du patient</p> <p>Peur et anxiété</p> <p>Incapacité partielle ou totale inutile avec perte de productivité au travail</p> <p>Rétablissement plus lent que nécessaire de la fonction normale et du mode de vie</p> <p>Qualité de vie réduite durant le rétablissement</p> <p><i>Perspective administrative</i></p> <p>Durée accrue du séjour en unité de soins intensifs ou à l'hôpital</p> <p>Taux plus élevés de complications et de coûts associés</p> <p>Risque accru de développement d'une douleur chronique avec les coûts de soins de santé en découlant</p> <p>Implication selon laquelle un mauvais contrôle de la douleur équivaut à une mauvaise qualité des soins</p>
<b>Tableau 1 : Impact de la douleur aiguë non contrôlée</b>

L'étude PALIERS en 2010 montrait déjà l'insuffisance de la prise en charge de la douleur, tous patients confondus, dans les services d'urgence français. (6)

Parmi les patients se présentant aux urgences, les sujets âgés reçoivent moins d'antalgiques et moins rapidement qu'une population plus jeune et en particulier pour les FESF. (7,8)

Cette oligo-analgésie est influencée, entre autres, par le flux de patient auquel est soumis les services d'urgences et de leur taux d'occupation. (9) Or, ces derniers ont vu leur fréquentation doubler entre 2002 et 2019 pour atteindre 22 millions de passages. (10) Dans le même temps, 79 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés depuis 2003. (11) C'est pourquoi, le temps de l'urgentiste dévolu aux soins se réduit.

La prise en charge de la douleur aiguë et en particulier celle causée par les FESF a fait l'objet de recommandations de la part de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (12,13)

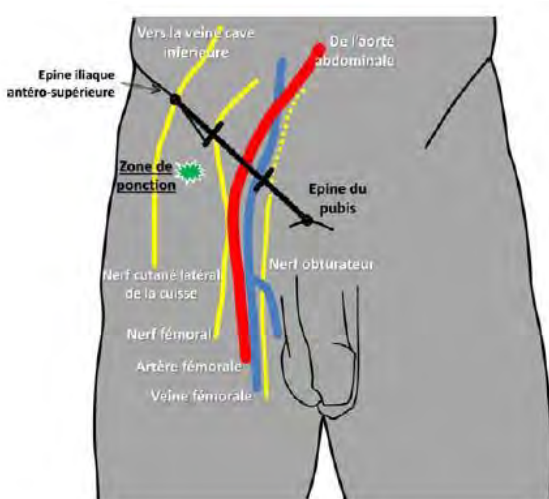
Ces recommandations insistent en premier lieu sur l'évaluation de la douleur, préalable indispensable à sa bonne prise en charge. Elle repose ensuite sur l'administration d'antalgiques systémiques morphiniques et non morphiniques, les gaz médicaux tels que le MEOPA ou l'anesthésie locorégionale (ALR) avec les bloc péri-nerveux (BPN). Les ALR périmédullaire sont réservées aux anesthésistes et donc hors du champ des recommandations analgésiques aux urgences et donc de ce travail. La traction du fémur dans l'axe, bien que pratiquée en service d'urgence, n'est jamais citée dans ces recommandations.

La SFMU, dès 2002 recommande le bloc ilio-fascial (BIF) ou le bloc fémoral pour l'analgésie des fractures de la diaphyse fémorale. C'est la technique d'anesthésie locorégionale (ALR) la plus éprouvée en urgence. Elle procure de manière prévisible une analgésie d'excellente qualité, chez l'enfant comme chez l'adulte, pour l'urgence pré- et intra hospitalière. Selon ces recommandations, elle aurait une efficacité partielle sur les FESF. (12)

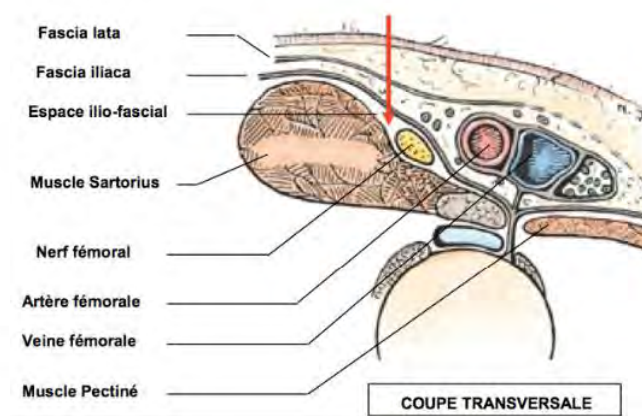
L'ALR agit en bloquant le signal nerveux via des anesthésiques locaux (AL) injectés au contact du nerf véhiculant l'information nociceptive. Ces techniques, fiables et simples d'utilisation, induisent de rares complications si elles sont utilisées dans le respect des procédures et ont prouvé leur supériorité sur les morphiniques. (7,14,15) Idéalement, elles doivent être utilisées dans le cadre d'un protocole de service comme recommandé par les sociétés savantes de médecine d'urgence et d'anesthésie-réanimation. (12,15-17)

La procédure se déroule du côté homolatéral à la fracture selon les règles de l'asepsie avec tonte du triangle de Scarpa, désinfection en 4 temps et pose de champs chirurgicaux collants. Le médecin réalisant le BPN, après un lavage des mains chirurgical, s'habille avec callot et masque ainsi qu'avec gants et casaque stériles. Le patient doit être sous surveillance scopée et informé des prodromes d'intoxications aux anesthésiques locaux pour pouvoir alerter l'équipe soignante le cas échéant. L'injection d'anesthésique local doit se faire de manière lente et fractionnée avec test d'aspiration avant injection. En cas de signes d'intoxication aux AL la procédure doit être immédiatement stoppée et l'injection intraveineuse d'une émulsion lipidique stockée à proximité doit être réalisée. A Lourdes, le médecin a la possibilité, selon le protocole local défini avec les anesthésistes, de laisser un cathéter en place pour permettre les réinjections d'AL.

Le bloc ilio fascial se réalise uniquement avec les repères anatomiques. L'AL agit par un effet de volume dans l'espace ilio-fascial où passent les trois nerfs innervant l'extrémité supérieure du fémur : le nerf fémoral, le nerf sciatique et le nerf obturateur (4) Le point de ponction se situe 2 cm en dessous de la jonction tiers externe, 2/3 médian du ligament inguinal qui relie l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis homolatérale. (Figure 1a) La progression se fait biseau de l'aiguille vers le bas afin de percevoir les deux ressauts au passage du fascia lata et du fascia iliaca ; l'injection se fait sans résistance dans l'espace de diffusion. (Figure 1b)

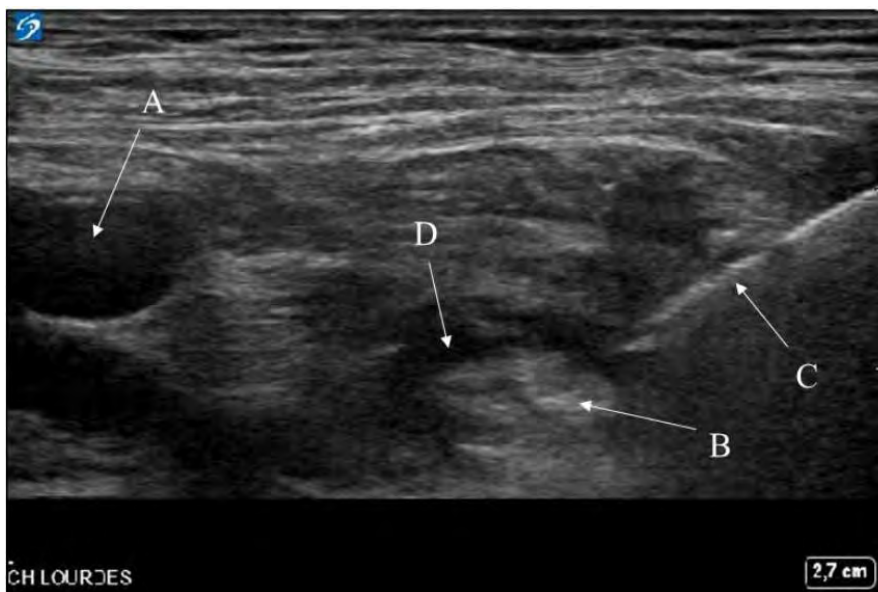


**Figure 1a :** Repères anatomiques



**Figure 1b :** Coupe transversale de la cuisse droite passant par le ligament inguinal. La flèche rouge indique le lieu de l'injection d'anesthésique local

Le bloc du nerf fémoral se réalise par échoguidage selon les recommandations de 2019. (17), l'injection d'anesthésique local se fait au contact du nerf sous contrôle échographique. (Figure 2)



**Figure 2 :** Coupe échographique de la zone de réalisation du bloc du nerf fémoral.

A : artère fémorale ; B : nerf fémoral ; C : aiguille dans le plan de la sonde ; D : Diffusion de l'anesthésique autour du nerf fémoral.

Le centre hospitalier de Lourdes où se déroule l'étude est situé dans le département des Hautes-Pyrénées (65) qui compte environ 230 000 habitants. Quasiment 35% de ces habitants ont 60 ans ou plus. (18) Le département, et plus particulièrement la ville de Lourdes bénéficie d'un attrait touristique important, 1,2 millions de touristes ont été accueillis dans le département en 2018. (19)

En 2019, ce service d'urgence a reçu 20 168 patients selon les données de l'Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie. (20)

L'objectif de ce travail était de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur causée par les FESF dans le service d'urgence du centre hospitalier de Lourdes.

## **2. Matériel et méthodes**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une enquête de pratique professionnelle rétrospective, observationnelle, monocentrique, réalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019 au sein du service des urgences du Centre Hospitalier (CH) de Lourdes, Hautes –Pyrénées, France.

### **2.2.Objectif principal et objectifs secondaires**

L'objectif principal est d'analyser les méthodes d'analgésies utilisées au CH de Lourdes dans les FESF.

Les objectifs secondaires sont au nombre de trois.

Étudier l'évaluation de la douleur aiguë par les urgentistes à l'arrivée du patient aux urgences et au cours de son séjour. Dans notre étude, différentes échelles, non recueillies, ont été utilisées en fonction de l'état clinique du patient, son âge, sa capacité à exprimer sa douleur. Les différents moyens d'évaluation de la douleur ont été recueillis de manière standardisée selon 4 stades : 0 pour aucune douleur ; 1 pour douleurs légères (EN :1-3 exclus ; EVS 1 ; EVA 1 à 29) ; 2 pour modérées (3 à 6 exclus ; EVS 2 ; EVA : 30 à 59) et 3 pour intenses (EN  $\geq$  6 ; EVS 3 et 4 ; EVA 60 à 100).

Mesurer l'impact des analgésiques utilisées par l'évolution de la cotation de la douleur et le test au froid à trente minutes pour le BPN. Ce dernier était considéré comme efficace si la sensation de froid à la face interne de la cuisse à trente minutes du geste était totalement abolie ; partiellement efficace si la sensation était diminuée par rapport au côté controlatéral ; le test au froid était réalisé par un infirmier diplômé d'Etat (IDE) ou un aide-soignant et consigné sur une feuille de suivi du BPN située en annexe 1, le patient était en aveugle lors de la réalisation du test.

Identifier les raisons et les freins à l'utilisation des blocs péri-nerveux par les urgentistes via un questionnaire Google Form® adressé aux praticiens des urgences de Lourdes comprenant quatre questions : la fréquence à laquelle était réalisée un BPN sur les FESF, leur formation à ce geste, le suivi éventuel du protocole de service et les principaux freins à sa réalisation. Leurs réponses étaient rendues anonymes. Les détails du questionnaire se trouvent en annexe 2.

### **2.3.Retombées attendues**

Améliorer la prise en charge antalgique et rationaliser son usage selon les caractéristiques des patients et les données de la science.

Connaître la proportion des blocs péri-nerveux (BPN) pour les FESF aux urgences de Lourdes et démocratiser son usage aux urgences.

### **2.4. Sélection des patients et recueil des données**

Tous les patients admis aux urgences de Lourdes au cours de l'année 2019 (12 mois) et ayant pour diagnostic final une fracture de l'extrémité supérieure du fémur étaient éligibles. Les patients étaient extraits via le codage S72 de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision (CIM10) par la Direction de l'Informatique Médicale du groupement hospitalier auquel appartient le CH de Lourdes. Les patients avec un dossier incomplet ne comprenant pas la prise en charge analgésique étaient exclus.

Le recueil des données d'intérêt a été effectué sur dossier papier comprenant l'observation, les prescriptions médicales et la fiche de traçabilité des blocs du nerf fémoral, ; et sur dossier informatique avec le logiciel Crossway®.

### **2.5.Analyses statistiques**

Les données statistiques rendues confidentielles ont été recueillies et analysées dans un tableau Microsoft Excel® ainsi qu'avec le logiciel STATA (StataCorp, Texas, USA). Les données sont présentées en nombre et pourcentage pour les variables qualitatives ; en valeur moyenne avec leurs écarts type, en valeur médiane avec les interquartiles pour les variables quantitatives. La comparaison des moyennes de Durée Moyenne de Séjour des patients entre les groupes ayant reçu un BPN et celui n'en ayant pas bénéficié ont été comparé par un test de Mann-Whitney.

### **2.6.Aspects éthiques et réglementaires**

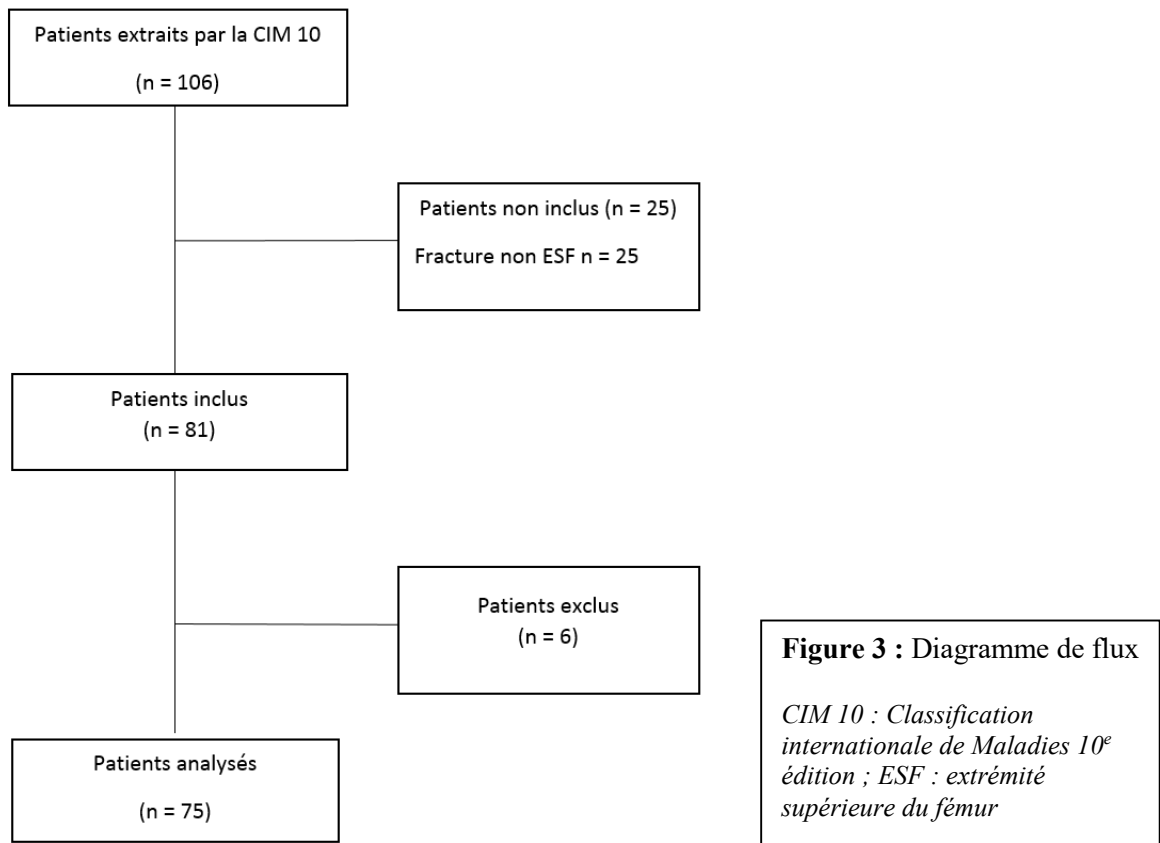
Cette étude est hors Loi Jardé, sous statut MR 004.



### 3. Résultats

#### 3.1. Diagramme de flux

Concernant la population avec un diagnostic de FESF sur l'année 2019, soixante-quinze ont été recueillis et analysés, 6 ont été exclus à cause de dossiers d'analgésie manquants. Le détail est consigné dans le diagramme de flux. (*Figure 3*)



#### 3.2. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population ont été résumé dans le *Tableau 2*.

<b>Population</b>	CH Lourdes n = 75
<b>Age moyen années ± DS</b>	82,5 ± 11,6
<b>Sexe n (%)</b>	
<b>Hommes</b>	20 (26,7)
<b>Femmes</b>	55 (73,3)
<b>Délai opératoire médian (heure) (1<sup>er</sup> quartile ; 3<sup>e</sup> quartile)</b>	24,3 (13,8 ; 44,6)
<b>Durée médian de séjour aux urgences (heure) (1<sup>er</sup> quartile ; 3<sup>e</sup> quartile)</b>	3,0 (2,0 ; 4,0)
<b>Type de fracture n (%)</b>	
<b>Per-trochantérienne</b>	36 (48)
<b>Cervicale</b>	30 (40)
<b>Sur prothèse</b>	5
<b>Sous trochantérienne</b>	3
<b>Arrachement du grand trochanter</b>	1
<b>Type de prise en charge chirurgicale n (%)</b>	
<b>Clou type ZNN</b>	41 (54,7)
<b>Prothèse</b>	17 (22,7)
<b>Orthopédique</b>	8 (10,7)
<b>Ostéosynthèse par vissage</b>	6 (8,0)
<b>Données manquantes</b>	3
<b>Orientation post urgences n (%)</b>	
<b>Chirurgie</b>	56 (74,7)
<b>UHCD</b>	7 (9,3)
<b>USC</b>	4
<b>RAD</b>	1

**Tableau 2** : Caractéristiques de la population  
*DS : déviation standard ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; USC : unité de soins continus ; RAD : retour à domicile*

Près des  $\frac{3}{4}$  de la population de l'étude était des femmes, la moyenne d'âge était de 82 ans.

Concernant les fractures, les deux principaux types étaient des fractures per-trochantériennes et des fractures du col cervical retrouvées respectivement dans 48 % et 40 % des cas.

Dans 85,3 % des cas la prise en charge était chirurgicale dont la majorité par enclouage centromédullaire (54,7 % des FESF), seuls 10 % des patients ont été pris en charge de manière orthopédique.

Le délai opératoire médian était de 24,3 heures (1<sup>er</sup> quartile 13,8 h ; 3<sup>e</sup> quartile 44,6 h) et la durée médiane du séjour était de 3,0 heures (1<sup>er</sup> quartile 2,0 h ; 3<sup>e</sup> quartile 4,0 h).

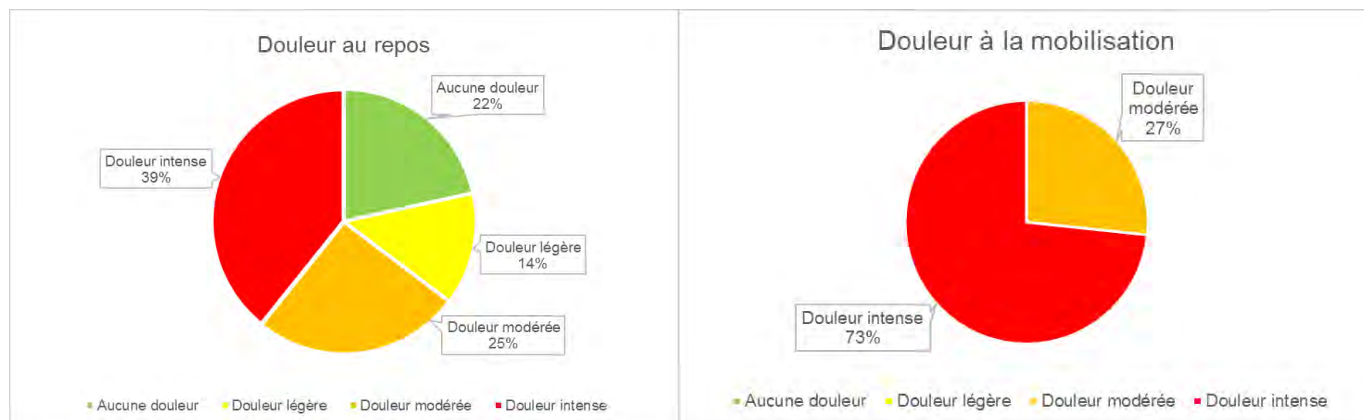
### 3.3. Techniques analgésiques en service d'urgence

#### 3.1.1. Evaluation initiale de la douleur

La douleur était évaluée à l'entrée pour 56 patients soit 74,6 % des cas et comprenait une évaluation de la douleur à la mobilisation (transfert, brancardage, déshabillage) pour un peu moins d'un tiers des cas.

A l'arrivée aux urgences, les scores moyens de douleur au repos étaient de 1,8/3 et de 2,7/3 à la mobilisation. Présenté autrement, la douleur au repos et à la mobilisation était modérée à intense dans respectivement 64 % et 100% des cas.

Les proportions sont représentées dans la *Figure 4*.



**Figure 4 :** Douleur à l'arrivée aux urgences au repos (n = 56) et à la mobilisation (n = 16)

#### 3.1.2. Prise en charge analgésique

Ses modalités sont reportées dans le *Tableau 3* et les délais médians d'antalgie dans le *Tableau 4*.

<b>Analgésie :</b>	n = 70 (93,3 %)
<b>ALR</b>	35 (46,7)
<b>BPN par les urgentistes</b>	33 (44,0)
<b>Refus de BPN</b>	2
<b>Péridurale par les anesthésistes</b>	2
<b>Analgésie systémique</b>	66 (88,0)
<b>Traction</b>	2
<b>MEOPA</b>	2
<b>Aucune prise en charge analgésique</b>	5 (6,7)
<b>Analgésie supplémentaire</b>	7 (9,3)

**Tableau 3 :** Prise en charge analgésique des patients avec une FESF

*ALR : Anesthésie Locorégionale ; BPN : bloc péri-nerveux ; MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote.*

Type analgésie	Délai Médian et interquartiles (minutes)
1 <sup>ère</sup> action analgésique (BPN et/ou AS) (n = 70)	34 min. (18 ; 67)
1 <sup>er</sup> analgésique systémique (n = 66)	32 min. (16 ; 67)
1 <sup>er</sup> analgésique systémique si non refus (n = 62)	30 min. (15 ; 65)
1 <sup>er</sup> analgésique systémique si refus (n = 4)	92 min. (74 ; 118)
BPN (n = 35)	114 min. (75 ; 135)
BPN comme 1 <sup>er</sup> analgésie (n = 9)	60 min. (55 ; 105)

**Tableau 4** : délais et interquartiles des actions analgésiques  
*BPN : bloc péri-nerveux*

Le délai médian avant la première intervention d'analgésie systémique était de 32 minutes (1<sup>er</sup> quartile 16 min. ; 3<sup>e</sup> quartile 67 min.) et le délai moyen de 51 minutes.

Sur le total des 75 patients, seuls 7 d'entre eux ont bénéficié d'une nouvelle action analgésique au cours de leur séjour aux urgences.

L'association ALR et morphiniques n'est retrouvée que dans 17 % des cas.

Pour trois patients, une intervention par l'équipe SMUR Lourdaise a été réalisée avec une prise en charge antalgique préhospitalière par Morphinique et Kétamine

Quatre patients ont notifié leur refus initial d'antalgique malgré une douleur évaluée comme intense au repos à l'arrivée aux urgences. Tous ont finalement reçu une antalgie systémique qui était uniquement un palier 1 dans un délai médian de 92 minutes contre 30 minutes pour ceux n'ayant pas refusé l'analgésie.

Dix personnes avaient pris des antalgiques avant leur arrivée aux urgences, tous par du paracétamol ou une association galénique en contenant.

Un patient sur les soixante-quinze avait une intolérance à la morphine notifiée dans le dossier.

### 3.1.3. ALR

Durant la période étudiée, trente-cinq BPN ont été réalisés dont douze BIF, dix-neuf BNFE et 2 BPN sans précisions sur le type de bloc, l'AL utilisé ou l'efficacité.

On note deux refus de BPN par les patients pour des raisons non notifiées dans le dossier, deux ALR par péridurales réalisées par les anesthésistes aux urgences et aucune contre-indication à un BPN.

Pour 16 des BPN, une injection intraveineuse adjuvante de Dexaméthasone de 8 à 10 mg a été réalisée pour prolonger l'action du bloc.

Pour 3 BPN, 2 BNFE et un BIF, un cathéter de type péridural a été laissé en place pour réinjection d'anesthésique local.

La durée moyenne de réalisation du geste était de 11 minutes et était réalisé dans un délai médian de 114 minutes (1<sup>er</sup> quartile 75 min. ; 3<sup>e</sup> quartile 135 min.)

L'anesthésique local le plus utilisé était la Ropivacaïne. Pour 8 BPN, les données concernant l'anesthésique local et la dose utilisée étaient manquantes. (Tableau 5)

AL utilisé : Ropivacaïne Concentration - dose	n =
0,5 % - 30 cc	12
0,5 % - 25 cc	6
0,375 % - 40 cc	3
0,375 % - 30 cc	2
Ropivacaïne 0,375 % 30 cc + 5 cc Lidocaïne 1%	1
Données manquantes	8

**Tableau 5 :** anesthésiques locaux utilisés pour les BPN  
AL : anesthésique local ; cc : centimètre-cube

Le BPN était efficace dans 77,4 % des cas et partiellement efficace dans 13 % des cas. Le détail de l'efficacité des PNB est donné dans la figure 5.



**Figure 5 :** efficacité du BIF (n = 12) et du BNFE (n = 19) évalué par le test au froid à 30 minutes du geste.  
BIF : bloc ilio-fascial ; BNFE : bloc du nerf fémoral

Un seul patient, après échec du BIF au test au froid a bénéficié d'un 2<sup>e</sup> BPN par BNFE, avec à 30 minutes une pleine efficacité au test au froid et aucune douleur de repos.

Aucune complication de BPN n'a été relevée dans notre étude.

### 3.1.4. Analgésie systémique

Soixante-six patients soit 88 % des patients ont été traité par une analgésie systémique, parmi les molécules les plus utilisées figurent le paracétamol. (Tableau 6)

La morphine n'a été utilisée que pour 22 patients, 25 si on compte son usage pré hospitalier. Elle a été utilisé dans l'attente de BPN dans 6 cas. Son délai médian d'utilisation était de 50 minutes avec (34 min. ; 83 min.) comme interquartile et était le premier antalgique reçu par le patient, souvent en synergie avec le paracétamol, dans 68% des cas.

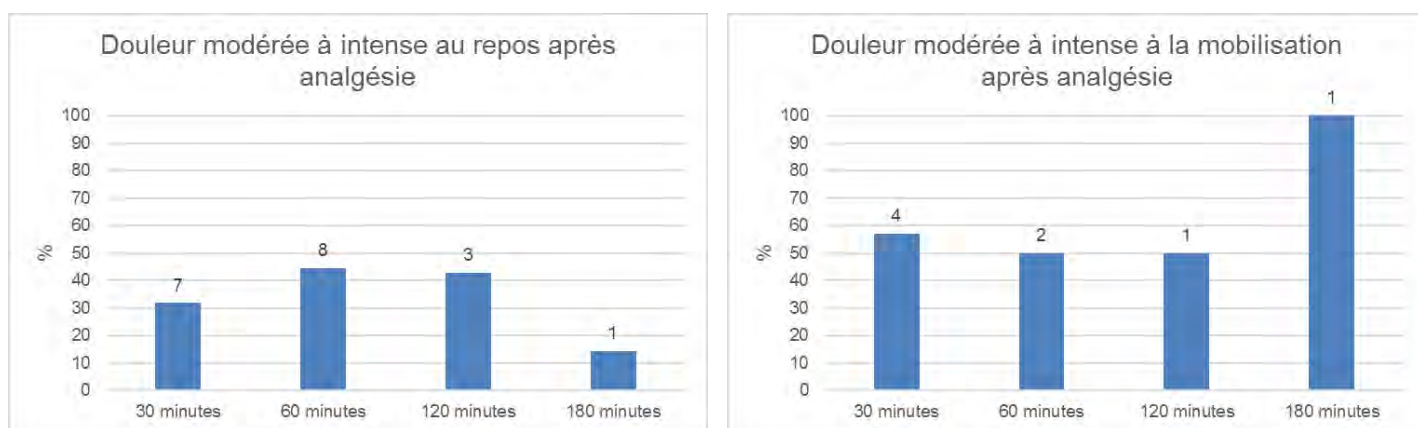
<b>Analgésie systémique</b>	<b>n (%)</b>
<b>Total</b>	66 (88,0)
<b>Palier 1</b>	60 (80)
- Paracétamol 1000 mg	49 (65,3)
- Kétoprofène 100 mg	3
- Association des deux	8 (10,7)
<b>Palier 2</b>	17 (22,6)
- Acupan 20 mg	7 (9,3)
- Tramadol 100 mg	6 (8,0)
- Acupan 5 mg et Kétoprofène 20 mg	4
<b>Palier 3 Morphinique</b>	22 (29)
<b>Dose moyenne mg ± DS</b>	4,6 ± 2,6
<b>Dose médiane mg (interquartile)</b>	4 (2,0 ; 7,0)

**Tableau 6** : Analgésiques systémiques utilisés

### 3.1.5. Réévaluation de la douleur

La douleur du patient était réévaluée au moins une fois dans les 3h suivant le premier acte analgésique pour seulement 40 patients soit 53,3 % des cas. La douleur à la mobilisation était moins réévaluée que la douleur au repos.

Malgré le fait qu'une proportion élevée de patients aient une douleur réévaluée comme modérées à intense, seuls sept d'entre eux ont bénéficié d'une analgésie supplémentaire (6 par morphine, un par Tramadol). *Figure 6*



**Figure 6 :** Réévaluation de la douleur au repos et à la mobilisation à 30, 60, 120 et 180 minutes de la première action analgésique

### 3.1.6. Résultats du questionnaire adressé aux urgentistes de Lourdes

Onze praticiens ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé via leur chef de Pôle. Cela équivaut au nombre d'équivalents temps pleins exerçants au sein des urgences du CH de Lourdes.

Dix estiment réaliser fréquemment un BPN et un urgentiste le réalise parfois. Leurs formations à ces gestes sont, par ordre de fréquence : une formation officielle au sein du service d'urgence (8/11), un apprentissage auprès d'anesthésistes pour six d'entre eux et auprès de collègues urgentistes pour les autres. Quatre d'entre eux ont effectué des recherches personnelles pour se former de manière continue. Tous ont connaissance du protocole pour la réalisation des BPN et s'y réfèrent. Cinq urgentistes estiment qu'un flux important est un obstacle à la réalisation d'un BPN quand quatre disent manquer de temps pour réaliser ce geste. Trois urgentistes ne trouvent aucun frein à sa réalisation. Pour les praticiens interrogés, l'analgésie procurée par les antalgiques systémiques ou un patient semblant peu douloureux ne justifie pas l'absence de réalisation d'un BPN. Tous estiment que leur maîtrise du geste n'est pas un frein à la réalisation d'un BPN et considère que la balance bénéfique /risque est en faveur des BIF et BNFE.

## 4. Discussion

Notre EPP a montré qu'au début de la prise en charge d'un patient souffrant de FESF, la douleur était évaluée dans trois quart des cas et réévaluée pour seulement un patient sur deux dans les trois heures suivant son admission. Nous ignorons si les méthodes de cotations de la douleur étaient pertinentes et adaptées au patient selon les recommandations

de la Société Française de Médecine d'Urgence et de la Haute Autorité de Santé. (17,21)

Ainsi, malgré les recommandations sur la douleur aiguë aux urgences préconisant que la première évaluation de la douleur soit réalisée dès l'entrée dans le service, puis renouvelée en fonction des thérapeutiques antalgiques et des diverses investigations, la traçabilité des scores de douleurs dans le dossier patient reste faible et incomplète. La douleur à l'arrivée semble pourtant considérée car la majorité des patients ont reçu une analgésie. Cette prise en compte de la douleur ne semble pas être la norme lors de la suite du séjour aux urgences puisque la douleur a peu été réévaluée avec très peu d'analgésie supplémentaire administrée.

Parmi les patients se présentant aux urgences pour FESF, une analgésie est réalisée dans plus de 90 % des cas avec un délai médian de 34 minutes. Quarante-quatre pour cent d'entre eux bénéficiaient d'un BPN par les urgentistes et 88 % d'une analgésie systémique. Des morphiniques étaient utilisés dans un tiers des cas avec un délai d'administration médian de 50 minutes.

Holdgate and al. dans une étude de 2010 multicentrique sur un an portant sur la prise en charge analgésique aux urgences des FESF retrouvait un délai médian de première analgésie de 75 minutes avec 28 % de patients n'ayant pas d'analgésiques reportés et une proportion de 7% de BPN (22) Dans notre étude les urgentistes avaient une action analgésique plus rapide et utilisaient plus les BPN ; les patients sans analgésie y étaient quatre fois moins nombreux, en revanche les morphiniques y étaient utilisés pour 58 % des patients contre 29 % au CH de Lourdes.

Plusieurs patients avaient reçu des antalgiques avant leur arrivée aux urgences, soit en automédication, soit par le SMUR. De plus certaines personnes ont exprimé leur désir de ne pas recevoir d'analgésie soit systémique, soit par ALR. En revanche ce choix n'était pas définitif car toutes ont finalement reçu une analgésie. Ainsi, les choix personnels et l'histoire analgésique sont à prendre en compte pour adapter les thérapeutiques

Dans notre étude, les antalgiques systémiques étaient les plus utilisés et la première analgésie mise en place avec un délai médian de 30 minutes en l'absence de refus. Les avantages sont nombreux : simplicité d'utilisation, de prescription et de mise en œuvre, peu chronophage pour le médecin mais nécessitant une réévaluation fréquente de son action tant antalgique que des effets indésirables avec une consommation de ressource IDE. Les inconvénients des analgésiques systémiques, morphiniques ou non, chez cette population de



patients fragiles physiologiquement et âgés sont néanmoins nombreux et peuvent grever la morbi-mortalité. (7,14,23)

L'utilisation du Mélange Equimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote (MEOPA), qui est un gaz médical aux propriétés anxiolytiques et analgésiques peut être utilisé dès la phase de déshabillage. De par le nombre limité de ses contre-indications, son délai d'action court et sa simplicité de mise en œuvre il semble être un antalgique de premier recours réalisable et efficace, il a néanmoins peu été utilisé dans notre étude. (24,25)

Concernant la traction du fémur dans l'axe en préopératoire, une méta-analyse Cochrane de 2011 portant sur 11 études et 1654 patients ne retrouve pas de bénéfices à la traction pré opératoire. (26) Son utilisation, répandue dans les services d'urgences n'a que très peu été utilisée dans notre étude.

Les BPN ont été utilisés dans 44% des cas, or, les recommandations de la SFMU concèdent une efficacité partielle des BPN sur les FESF. Pourtant, notre étude retrouve une efficacité complète des BPN au test au froid à 30 minutes dans plus de 80 % des cas. Ces données d'efficacité des BPN sur les FSEF sont en accord avec la méta-analyse Cochrane de 2020 de Guay and al. qui montrait qu'un BIF ou un bloc du nerf fémoral permettait une réduction du score de douleur de -2,5 point sur 10 à la mobilisation. Ils réduiraient la confusion et sembleraient réduire le risque de pneumopathie et le temps avant la première mobilisation. (27)

Il est intéressant de noter que si le BPN était positionné comme premier analgésique, son délai médian de réalisation passait de 114 minutes à 60 minutes, ce qui reste le double du délai d'analgésie systémique. Pour raccourcir encore ce délai, il serait possible de réaliser le BPN dès l'arrivée avant la même la radiographie si la présomption clinique est forte. (28)

L'anesthésique local utilisé à Lourdes était la Ropivacaïne, selon le protocole mis en place avec les anesthésistes. La SFMU recommande d'utiliser la Lidocaïne de délai d'action plus courte car la Ropivacaïne avec une durée d'action plus longue, n'est pas validée dans ce contexte. (12) Avec une dose injectée de Ropivacaïne proche de la dose maximale, aucun effet indésirable n'a été renseigné sur les fiches de recueil. L'analgésie procurée est ainsi plus longue et ne semble pas être plus risquée. (7) Dans près d'un cas sur deux de la Dexaméthasone était utilisée en adjuvant pour prolonger l'effet du bloc, dans l'attente de données supplémentaires, la RFE de 2019 ne peut la recommander comme traitement adjuvant. (17) En revanche cette recommandation de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation recommande l'utilisation de l'échoguidage pour réduire les doses d'AL et ainsi

diminuer le risque de toxicité. Notre étude semble aller dans ce sens puisque les BNFE y sont majoritaires.

Dans le questionnaire adressé aux médecins des urgences de Lourdes concernant la réalisation de bloc péri nerveux pour les FESF, tous estiment maîtriser le geste, ses modalités et contre-indications et pensent qu'un patient semblant peu douloureux avec ou sans analgésie pourrait bénéficier d'un BPN dont la balance bénéfice risque est favorable. Pourtant, la majorité d'entre eux estimait que le flux et le manque de temps étaient un frein à sa réalisation. Or, avec la présence de Kit d'ALR et la préparation du geste en condition d'asepsie par l'équipe paramédicale, la réalisation du bloc péri-nerveux en lui-même dure en moyenne 11 minutes dans notre étude. Une thèse d'exercice datant de 2016 réalisée sur les mêmes urgences pour évaluer l'efficacité du BNFE par l'urgentiste dans les FESF retrouvait pour 283 BNFE une durée moyenne de réalisation de 12 minutes. (29) Beaudoin et al. en 2010 trouvaient pour 13 patients avec une procédure échoguidée un temps médian de 8 minutes. (30) De plus notre étude ne retrouve pas de différence statistiquement significative (test de Mann-Whitney) pour la durée moyenne de séjour dans le groupe des patients ayant reçu un BPN et dans le groupe ne l'ayant pas reçu. Si dans notre questionnaire aucun médecin ne semble avoir de problème avec le geste, ce qui pourrait constituer un biais de sélection, le fait qu'au moins 8 praticiens différents, dont des internes, aient pratiqué le geste confirme sa simplicité et la rapidité de son apprentissage après une formation institutionnelle et un compagnonnage comme rapporté dans le même questionnaire. Ceci est en accord avec l'étude de Hannah and al. où les jeunes médecins réalisaient des BPN avec un bon taux de succès et d'efficacité. (31)

Les limites de notre étude sont le caractère rétrospectif, monocentrique, le manque de données malgré le recueil sur une année complète et la présence de dossiers incomplets. Le manque de réévaluation de la douleur ne nous a pas permis de mesurer l'impact des thérapeutiques sur la douleur.

La population étudiée est comparable avec celle des études en termes d'âge et de sexe ratio. (1,3) De plus nous avons relevé au moins huit opérateurs différents pour les BPN dont des internes, ce qui confère une bonne reproductibilité à la réalisation de BPN par d'autres centres. La présence d'une fiche de recueil pour les BPN avec test au froid permet de juger de son efficacité.

L'évaluation de la douleur à l'arrivée devrait être systématiquement notifiée au repos et à la mobilisation, au même titre que les paramètres vitaux sur la fiche de l'infirmier d'accueil et d'orientation, pour juger du bon contrôle de la douleur après la première analgésie. De la

même façon, l'évaluation de l'efficacité de l'analgésie devrait être systématique à intervalle régulier par exemple toutes les 30 minutes après une action analgésique durant 2 h puis notifiée de manière horaire sur une fiche de recueil. Sa cotation doit se faire par les échelles validées en fonction du statut communicant ou non du patient et par des tests cliniquement significatifs tels que le test au froid sur la face antérieure de la cuisse pour le BIF et BNF.

Le recours aux BPN dont les avantages en termes de morbidité et d'analgésie sont établis doit être amélioré et inscrit comme antalgique socle de la prise en charge des FESF associés aux analgésiques systémiques. Ces derniers doivent être positionnés comme solution d'attente du BPN ou de rattrapage d'analgésie du fait du risque d'effets délétères chez cette population. Une réflexion est également à mener sur la prolongation des effets du bloc dans l'attente de la chirurgie, soit par des adjuvants soit par la mise en place de cathéters permettant la réinjection itérative protocolisée d'AL par les IDE ou continue via des polymères (« biberons ») ou des pousses seringues électriques.

## 5. Conclusion

La prise en charge de la douleur est multimodale et doit faire l'objet d'une évaluation systématique, ainsi, le recours à l'ALR dont les avantages en termes de morbidité et d'analgésie sont établis devrait trouver une place centrale en association avec les analgésiques systémiques. Ces derniers devraient être positionnés en attendant une ALR ou en cas d'échec de celle-ci. Dans notre travail les urgentistes ne recourent à l'ALR que dans 44 % des cas. Le manque de temps ne devrait pas être un frein à son utilisation, puisque nous avons vu que la réalisation d'une ALR est effective en 12 minutes.

Une prise en charge optimale des patients passe donc par la mise en place de protocoles où l'évaluation de la douleur et l'utilisation de techniques d'ALR devrait devenir la norme.

Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



Professeure Sandrine Charpentier  
Cheffe de service des Urgences adultes  
1 av. du Pr Jean Poulhès CHU Toulouse Rangueil  
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan  
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tel. : 05 61 32 33 54  
RPPS : 10002872827

## 6. Bibliographie

1. Aubrun F. Fracture de l'extrémité supérieure du fémur du patient âgé : aspect épidémiologique, facteurs de risque. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. oct 2011;30(10):e37-9.
2. Aubrun F, Baillard C, Beuscart JB, et al. Recommandation sur l'anesthésie du sujet âgé : l'exemple de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. *Anesthésie & Réanimation*. mars 2019;5(2):122-38.
3. DREES. Risque de décès à un an après une fracture du col fémoral. *Enquête & Résultats*. 2016
4. Dizdarevic A, Farah F, Ding J, et al. A Comprehensive Review of Analgesia and Pain Modalities in Hip Fracture Pathogenesis. *Curr Pain Headache Rep*. oct 2019;23(10):72.
5. Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, et al. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 1 févr 2008;23(1):S15-27.
6. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, et al. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. *Ann Fr Med Urgence*. 1 sept 2011;1(5):312.
7. Scurrah A, Shiner CT, Stevens JA, et al. Regional nerve blockade for early analgesic management of elderly patients with hip fracture – a narrative review. *Anaesthesia*. 2018;73(6):769-83.
8. Jones JS, Johnson K, McNinch M. Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 mars 1996;14(2):157-60.
9. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. janv 2008;51(1):1-5.
10. DREES. Les établissements de santé - édition 2021. *Panoramas de la DREES*. 2021. La médecine d'urgence.
11. DREES. Les établissements de santé - édition 2021. *Panoramas de la DREES*. 2021. Les capacités d'accueil à l'hôpital.
12. Freysz M, Auroy Y, Averland B, et al. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences. :10.
13. Trinh-Duc A, Santin A, Sureau C, et al. Actualisation 2007 de la III<sup>e</sup> 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*. 2008.
14. Tosounidis TH, Sheikh H, Stone MH, et al. Pain relief management following proximal femoral fractures: Options, issues and controversies. *Injury*. 1 nov 2015;46:S52-8.

15. Beaudoin FL, Haran JP, Liebmann O. A Comparison of Ultrasound-guided Three-in-one Femoral Nerve Block Versus Parenteral Opioids Alone for Analgesia in Emergency Department Patients With Hip Fractures: A Randomized Controlled Trial. *Academic Emergency Medicine*. 2013;20(6):584-91.
16. Foss NB, Virkelyst C. Fascia Iliaca Compartment Blockade for Acute Pain Control in Hip Fracture Patients. 2007;106(4):6.
17. Carles M, Beloeil H, Bloc S, et al. Anesthésie loco-régionale périmerveuse (ALR-PN). *Anesthésie & Réanimation*. mai 2019;5(3):208-17.
18. Insee. Dossier complet – Département des Hautes-Pyrénées (65). 2022
19. Département des Hautes-Pyrénées. Tableau de bord du Tourisme en 2018. 2020
20. Observatoire Régional des Urgences Occitanie. Panorama Occitanie - Activité des structures d'urgence en 2019. 2020
21. HAS. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. 2022
22. Holdgate A, Shepherd SA, Huckson S. Patterns of analgesia for fractured neck of femur in Australian emergency departments. *Emerg Med Australas*. févr 2010;22(1):3-8.
23. Chau DL, Walker V, Pai L, et al. Opiates and elderly: Use and side effects. *Clin Interv Aging*. juin 2008;3(2):273-8.
24. Ducassé JL, Siksik G, Durand-Béchu M, et al. Nitrous oxide for early analgesia in the emergency setting: a randomized, double-blind multicenter prehospital trial. *Acad Emerg Med*. févr 2013;20(2):178-84.
25. Gao LL, Yu JQ, Liu Q, et al. Analgesic Effect of Nitrous Oxide/Oxygen Mixture for Traumatic Pain in the Emergency Department: A Randomized, Double-Blind Study. *J Emerg Med*. oct 2019;57(4):444-52.
26. Handoll HH, Queally JM, Parker MJ. Pre-operative traction for hip fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;(12).
27. Guay J, Kopp S. Peripheral nerve blocks for hip fractures in adults. *Cochrane Anaesthesia Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 25 nov 2020;2021(4).
28. Baudon M, Majourau M, Redonnet JP, et al. Performance diagnostique de l'examen clinique lors des fractures du col du fémur : le bloc ilio-fascial est-il réalisable dès l'admission ? *Journal Européen des Urgences*. 1 juin 2009;22:A60-1.
29. Borderes S. Efficacité du bloc fémoral écho guidé réalisé par l'urgentiste pour la prise en charge antalgique des fractures de hanche du sujet âgé [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.
30. Beaudoin FL, Nagdev A, Merchant RC, Becker BM. Ultrasound-guided femoral nerve blocks in elderly patients with hip fractures. *Am J Emerg Med*. janv 2010;28(1):76-81.

31. Hanna L, Gulati A, Graham A. The role of fascia iliaca blocks in hip fractures: a prospective case-control study and feasibility assessment of a junior-doctor-delivered service. *ISRN Orthop.* 2014;2014:191306.





## 7.2. Annexe 2 : Questionnaire adressé aux urgentistes de Lourdes via un Google Form®

### ALR par les urgentistes dans la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je cherche à évaluer votre expérience sur le bloc ilio fascial (BIF) et bloc du nerf fémoral échoguidé (BNFE).

1. Vous arrive-t-il de réaliser des BIF / BNFE sur les fractures de l'extrémité supérieure du fémur ? (Une réponse possible)
  - a. Souvent
  - b. Parfois
  - c. Rarement
  - d. Jamais
- 2.
3. Avez-vous reçu une formation à ces techniques ? (Une à plusieurs réponses possibles)
  - a. Oui de manière formelle dans mon service
  - b. Oui auprès de confrères urgentistes
  - c. Oui auprès de confrères anesthésistes
  - d. Oui par mes recherches personnelles
  - e. Non je n'ai pas été formé
4. Concernant le protocole de service sur les BIF et BNFE, lorsque vous les réalisez (Une réponse possible)
  - a. Je m'y réfère
  - b. Je ne m'y réfère pas
5. Les principaux freins au BIF ou BNFE sont : (Une à plusieurs réponses possibles)
  - a. Je manque de temps
  - b. Le flux est trop important
  - c. L'analgésie systémique me semble suffisante pour juguler la douleur
  - d. Les patients me semblent peu douloureux
  - e. La balance bénéfique / risque me semble insuffisante
  - f. Je ne me sens pas à l'aise sur ce geste
  - g. Autre : *réponse libre*

## Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

---

## Enquête des pratiques analgésiques des fractures de l'extrémité supérieure du fémur aux urgences de Lourdes

---

### RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

**Objectif :** L'objectif de notre étude était d'analyser la prise en charge analgésique des fractures de l'extrémité supérieure du fémur aux urgences de Lourdes en 2019

**Méthode :** Enquête de pratique rétrospective mono centrique sur un an des patients se présentant aux urgences avec un diagnostic de fracture de l'extrémité supérieure du fémur extrait via la CIM 10. L'objectif principal était d'évaluer les méthodes d'analgésies utilisées aux urgences de Lourdes dans les fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Les objectifs secondaires étaient d'étudier l'évaluation de la douleur par les urgentistes, de mesurer l'impact des méthodes sur l'analgésie et d'analyser par le biais d'un questionnaire adressé aux urgentistes de Lourdes quels sont les freins à l'utilisation de l'anesthésie locorégionale (ALR).

**Résultats :** Quarante-vingt-un patients ont été inclus et soixante-quinze ont été analysés. La douleur à l'arrivée était notifiée dans un peu moins de 75 % des cas et était modérée à intense au repos et à la mobilisation dans respectivement 64 % et 100 % des cas. Quarante-vingt-huit pour cent des patients ont reçu une analgésie systémique et 44 % un bloc péri-nerveux par les urgentistes ; au total, 93,3 % ont bénéficié d'une action analgésique. Le bénéfice de ces actions n'a été réévalué que dans 53,3 % des cas. Il ressort de l'enquête auprès des urgentistes que le manque de temps et le flux important étaient les principaux freins à la réalisation d'un bloc péri-nerveux

**Conclusions :** La prise en charge de la douleur est multimodale et doit faire l'objet d'une évaluation systématique. Le recours aux BPN devrait trouver une place centrale dans les FESF en association avec les analgésiques systémiques et le manque de temps ne devrait pas être un frein à son utilisation. Une prise en charge optimale des patients passe donc par la mise en place de protocoles où l'évaluation de la douleur et l'utilisation de techniques d'ALR devraient devenir la norme.

---

### Analgésic practices survey for proximal femur fractures in the Lourdes emergency department.

#### ABSTRACT IN ENGLISH :

**Objective:** The objective of this study was to analyze the analgesic care for proximal femur fractures in the Lourdes emergency department (ED) in 2019.

**Methodology:** Enquiry of the mono-centric retrospective practice over the course of one year for ED patients diagnosed with a proximal femur fracture using ICD-10 classification system. The principal objective was to evaluate the analgesic methods used by the Lourdes ED for proximal femur fractures. The secondary objectives were to study for the ED physicians the pain assessment, to measure the impact of the analgesic methods and with a questionnaire sent to Lourdes's ED physicians which are the barriers to using peripheral nerve blocks (PNB).

**Results:** Eighty-one patients were included and seventy-five were analyzed. The pain upon arrival was reported for around 75 % of the cases and was moderate or intense during rest and movement for approximately 64 % to 100 % of the cases. Eighty-eight percent of patients received a systemic analgesia and 44 % received a PNB from the ED physicians; in total 93.3% of patients receiving some form of analgesia. The benefits of these actions were reevaluated in only 53.3% of the cases. According to the survey by the ED physicians, a lack of time and a large stream were the principal barriers to the usage of a PNB.

**Conclusions:** Pain management is indeed multimodal and must be subjected to systemic evaluation. The use of PNBs should play a great role in systemic analgesics and a lack of time should not be a barrier to its utilization. In order to achieve optimal care of patients, protocols should therefore be implemented where evaluation of pain and use of PNBs is standard practice.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : analgésie, fracture de l'extrémité supérieure du fémur, Bloc du nerf fémoral, BIF, ALR, douleur aiguë, médecine d'urgence, enquête de pratique

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse