

Evaluation du recours au MEOPA en médecine de ville

Anne Verrat (1), Esther Soyeux (2), Michel Galinski (3)

1.Médecin SAU Hôpital Saint-Louis, Paris 2.Médecin Coordinateur Directeur LCD, Paris 3.Médecin Anesthésiste Hôpital Jean Verdier, Bondy

CONTEXTE

Les médecins généralistes (MG) et infirmiers (IDE) de ville sont confrontés à la problématique des douleurs induites, de par les soins effectués, les actes diagnostiques et thérapeutiques prescrits. La prise en charge de ces douleurs est une priorité de Santé Publique développée dans le Plan de lutte contre la douleur 2006-2010.

Le recours à l'inhalation du MEOPA, un gaz aux propriétés antalgiques, est l'une des stratégies de prise en charge de ces douleurs.

Alors que sa restriction d'usage au milieu hospitalier a été levée en novembre 2009 [1], aucune étude n'a été menée sur ce produit en médecine de ville.

OBJECTIF et MÉTHODE

L'objectif principal de notre étude, élaborée dans le cadre du Réseau Lutter Contre la Douleur (LCD), est d'effectuer un état des lieux des gestes/soins douloureux effectués et/ou prescrits par un échantillon de MG et IDE libéraux et d'identifier d'éventuelles indications du MEOPA en médecine de ville.

L'objectif secondaire étant la mise en évidence des freins de mise en place et de sa faisabilité en ambulatoire.

Cette étude a été menée sous la forme d'une enquête téléphonique, par un investigateur unique, entre les mois de mai et novembre 2011, auprès des IDE libéraux et MG du 11ème arrondissement de Paris. Un questionnaire standardisé a été conçu avec l'aide réseau LCD. Le réseau ayant répondu à un appel à projet du CNRD pour une aide méthodologique.

RÉSULTATS

160 MG et 99 IDE ont été interrogés avec respectivement 31% et 38% de réponses, soit un total de **87 questionnaires** remplis et analysés.

GESTES

Pour les **MG interrogés** : les injections sous-cutanées (100%) et intramusculaires -vaccination, IDR...- (100%), les ponctions articulaires/infiltrations (45%), la petite chirurgie -excision d'abcès non chirurgicaux- 27%, excision de thrombose hémorroïdaire externe (35%) et sutures (76%), l'extraction de verrue ou de molluscum contagiosum (24%) ou encore la pose d'implant diffuseur de progestérone -stérilet/implanon®- (29%) étaient les principaux gestes et soins douloureux réalisés en ville par les MG.

En ce qui concerne **les gestes douloureux induits par la prescription du MG** : **les soins d'escarres (67%), les réfections de pansement -soins de brûlures et d'ulcères- (82%),** les prélèvements périphériques sanguins artériels ou veineux (98%), mais aussi **la toilette/mobilisation (78%)** étaient retrouvés largement dans le cadre de notre enquête.

Pour les **IDE interrogés** : **les soins d'escarres (90%), les réfections de pansements -soins de brûlures et d'ulcères- (95%)** ou encore **la toilette/mobilisation (92%)** étaient **les principaux gestes et soins douloureux réalisés en ville par les IDE.**

ANTALGIQUES

La question du recours aux antalgiques lors des gestes et soins douloureux était abordée dans notre enquête et l'on notait qu'une majorité de MG et d'IDE interrogés signalait avoir **recours à des antalgiques** lors des gestes/soins douloureux : **82%.**

Souvent des antalgiques de palier I et II : dans 47% des cas pour les MG et dans 66% des cas pour les IDE.

Les antalgiques de palier III étaient prescrits par seulement 27% des MG et 13% des IDE interrogés.

Enfin les anesthésiques locaux (Emla®, Xylocaïne®) étaient utilisés dans 55% des cas pour les MG et 45% des cas pour les IDE.

Mais surtout on retrouvait **l'absence d'encadrement antalgique proposé lors de ces gestes et soins pourtant estimés comme douloureux dans 1/3 des cas pour les MG et dans 18% des cas pour les IDE.**

CONSTATS

Une grande majorité des professionnels de santé ont décrit un recours aux antalgiques pour encadrer leurs actes douloureux.

Cependant, des **situations d'échec d'analgésie** étaient rencontrées, souvent à cause d'une **prise en charge analgésique insuffisante ou inadaptée.**

Des IDE ont fait part d'une **prise de conscience parfois insuffisante de la part des MG** des douleurs induites par certains soins, notamment la prise en charge des plaies chroniques qui constituent une part importante de leur charge de travail.

Ces résultats corroborent ceux de l'enquête Vulnus [2] où l'on retrouvait un impact de cette pathologie sur l'état général et la qualité de vie pour 33% des patients selon les IDE de ville, contre seulement 24% des patients selon les MG.

Nous avons pu également observer parmi les professionnels de santé de ville une **méconnaissance de certaines stratégies thérapeutiques antalgiques**, notamment en ce qui concerne le **MEOPA**, son existence et l'autorisation de son utilisation en ville par l'Afssaps.

Enfin notre enquête a permis de mettre en évidence un **intérêt des professionnels de santé de ville pour le MEOPA et d'identifier des besoins principalement pour les soins d'escarres, la réalisation de pansements complexes (ulcères, brûlures) et la toilette/mobilisation.**

FREINS RENCONTRÉS EN VILLE

• **L'absence de formation à l'utilisation du MEOPA des professionnels de santé**, ainsi qu'un manque de temps signalé pour ceux-ci, bien que la plupart se soient dits intéressés. Se pose également la question des **modalités de rémunération de cette formation.**

• **L'absence de reconnaissance de l'acte MEOPA** dans la nomenclature, qui constitue une entrave à la diffusion du produit, **liée à l'absence de tarification de l'acte et de rémunération pour le soignant, l'absence de prise en charge du coût de l'acte et du matériel pour le patient.**

• On a pu également relever d'autres freins tels que les contraintes du **circuit du médicament**, la **recommandation de la présence d'une tierce personne formée** lors de l'administration du produit et la recommandation d'une **prescription hospitalière au préalable** pour les cas pédiatriques.

• De plus, les associations et industriels spécialisés dans ce domaine doivent chercher à **améliorer la disponibilité du MEOPA en ville** et doivent s'interroger sur les questions du **remboursement de ses coûts directs et indirects**, qui empêche actuellement le recours à ce produit à une échelle plus large.

Gageons que les prochaines négociations relatives aux modifications de la Nomenclature Générale intégreront cet objectif de Santé Publique qu'est le soulagement de la douleur et que l'élaboration d'un quatrième Plan Douleur poursuivra les efforts entrepris depuis plusieurs années pour améliorer la prise en charge de la douleur en ville.

1. Plan de gestion de risque concernant la sortie de la réserve hospitalière de certaines spécialités à base de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA). AFSSAPS- janvier 2010.

2. Meaume S, Kerihuel JC, Fromantin I, et al. -Workload and prevalence of open wounds in the community: French Vulnus initiative. J Wound Care. 2012 Feb; 21 (2) : 62-73.