

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE: RAPPELS	
I. Définitions	3
II. Composantes de la douleur	4
III. Physiopathologie de la douleur	5
IV. Classification de la douleur	8
V. Evaluation de la douleur	10
VI. Prise en charge de la douleur	15
DEUXIEME PARTIE: METHODES ET RESULTATS	
I. MATERIELS ET METHODES	
I.1. Cadre de l'étude	22
I.2. Type d'étude	23
I.3. Durée et période de l'étude	23
I.4. Population d'étude	23
I.5. Paramètres étudiés	23
I.6. Collecte des données	24
I.7. Analyse des données	25
I.8. Limites de l'étude.....	26
I.9. Considérations éthiques.....	26
II. RESULTATS	27
II.1. Description de la population	27
II.2. Analyse de la douleur	32

II.3. Prescription d’antalgique	41
II.4. Efficacité du traitement jugé par les patients.....	43
II.5. Satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur	44
II.6. Confidants des patients	46
II.7. Disponibilité des antalgiques	47
II.8. Situation financière des patients	48
II.9. Suivi des patients après sortie de l’hôpital	49
II.10. Etude analytique des données :.....	55
TROISIEME PARTIE: DISCUSSION	
I. Modalité de l’étude	57
II. Profil épidémio-clinique des patients	57
III. Selon le service d’hospitalisation	60
IV. Analyse de la douleur	60
V. Aspects de prise en charge de la douleur	61
VI. Situation financière et profession des patients.....	67
VII. Avis des patients pour un suivi à domicile dans la gestion de la douleur	67
VIII. Place de lutte contre la douleur à Madagascar	69
CONCLUSION	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Répartition des patients selon le siège de la douleur.....	32
Tableau II : Répartition des types d'antalgiques reçus par les patients.....	42
Tableau III : Croisement entre l'intensité de la douleur et genre.....	55
Tableau IV : Croisement entre la douleur sévère et le siège de la douleur	55
Tableau V : Croisement entre l'intensité de la douleur et Palier de l'OMS.....	56
Tableau VI : Croisement entre la satisfaction des patients et suivi à l'hôpital...	56

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Voies de la douleur	6
Figure 2 : Théorie du « Gate Control ».....	7
Figure 3 : Déclenchement des contrôles inhibiteurs descendants par stimulation nociceptive. Boucle spino-bulbo-spinale.....	8
Figure 4 : Echelle Visuelle Analogique (EVA).....	12
Figure 5 : Déroulement de l'enquête.....	25
Figure 6 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	28
Figure 7 : Répartition des patients selon le genre.....	29
Figure 8 : Répartition selon la tranche d'âge et le genre des patients.....	30
Figure 9 : Répartition des patients selon le secteur professionnel.....	31
Figure 10 : Répartition des patients selon les services d'hospitalisation.....	32
Figure 11 : Répartition des patients selon le type de douleur.....	34
Figure 12 : Répartition des patients présentant une douleur nociceptive.....	35
Figure 13 : Répartition des patients selon les pathologies.....	36
Figure 14 : Répartition des patients selon l'évaluation de la douleur.....	37
Figure 15 : Niveaux de douleur des patients avant traitement.....	38
Figure 16 : Niveaux de douleur des patients après traitement.....	39
Figure 17 : Cinétique de la douleur sévère avant et après traitement.....	40
Figure 18 : Cinétique de la douleur modérée avant et après traitement.....	41
Figure 19 : Répartition des patients selon la prescription d'antalgique.....	42
Figure 20 : Répartition selon l'efficacité des antalgiques jugés par les patients.....	44
Figure 21 : Répartition des patients selon la satisfaction de la prise en charge de leur douleur.....	45
Figure 22 : Répartition des patients selon les motifs d'insatisfaction.....	46
Figure 23 : Répartition des patients selon leurs confidents.....	47
Figure 24 : Répartition des antalgiques selon la disponibilité à l'HJRA ou en ville.....	48
Figure 25 : Répartition des patients selon la situation financière.....	49

Figure 26	: Répartition des patients selon la possibilité de suivi à l'hôpital.....	50
Figure 27	: Motifs de non-retour des patients à l'hôpital.....	51
Figure 28	: Répartition des patients selon le besoin d'aide.....	52
Figure 29	: Répartition des patients selon le type d'aide souhaité	53
Figure 30	: Répartition des patients selon le soutien de l'entourage.....	54
Figure 31	: Répartition selon la présence ou non d'un personnel médical de référence	55

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP	: Analgésie Contrôlée par le Patient
AFD	: Agence Française de Développement
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUJRA	: Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CIDN	: Contrôle Inhibiteur Diffus de la Nociception
CLUD	: Comité de Lutte contre la Douleur
DSF	: Douleurs Sans Frontières
EVA	: Echelle Visuelle Analogique
HJRA	: Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
IASP	: International Association for the Study of Pain
MPQ	: Macgill Pain Questionnaire
NPSI	: Neuropathic Pain Scale Inventory
NST	: Neurones Spinaux Thalamiques
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
QDSA	: Questionnaire Douleur Saint Antoine
SG	: Substance Gélatineuse

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Comprendre, prévenir, guérir la maladie, mais aussi comprendre, prévenir et soulager la douleur sont les deux fondements de la médecine [1]. La considération de la douleur s'est longtemps heurtée à de nombreux préjugés erronés [2,3]. Pour des raisons socioculturelles et religieuses, les patients douloureux se consolaient au simple fait que la douleur était une fatalité et qu'ils préféreraient vivre la douleur comme une épreuve divine [4], et ne pouvaient l'exprimer que par le silence. Il a fallu des siècles pour reconnaître le droit au soulagement et prioriser sa prise en charge, qui jusque-là a été reléguée au second plan.

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion [5]. C'est une expérience subjective complexe revêtant un aspect multidimensionnel. Elle fait partie du quotidien des patients, surtout les patients hospitalisés et sa prise en charge représente des problèmes récurrents de santé publique [6,7]. Sa négligence entraîne des conséquences néfastes sur la qualité de vie de l'individu.

Des progrès considérables sont indéniables dans la prise en charge de la douleur dans les pays développés au cours de ces dernières années [8]. Actuellement, des considérations éthiques et morales obligent les soignants à une meilleure application des protocoles de soins antalgiques [9,10]. Dans notre pays, des actions ont été entreprises en vue d'améliorer sa prise en charge au sein de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona [11] à travers le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) et la collaboration avec l'ONG Douleurs Sans Frontières (DSF), pourtant, elle reste encore sous-évaluée, sous-estimée et donc insuffisamment traitée. Une réactualisation continue des connaissances est donc indispensable pour améliorer notre conduite.

Ainsi, nous avons entrepris cette étude dans le but d'évaluer la prévalence et les modalités de prise en charge de la douleur au sein de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona afin de mieux adapter sa stratégie thérapeutique.

Notre travail comporte trois grandes parties :

- la première partie sera axée sur la revue de la littérature concernant la douleur,
- la deuxième partie détaillera notre étude et ses résultats,
- la troisième partie sera consacrée aux discussions, commentaires et suggestions et nous terminerons par une conclusion.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. Définitions :

I. 1. Douleur :

Selon l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur [IASP], la douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage [5].

Selon Nanda Noc, la douleur est un état dans lequel l'individu vit et rapporte la présence d'un inconfort sévère ou d'une sensation désagréable [12].

Selon Littré, la douleur est une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau [13].

Selon Anand et Craig [14], la douleur est une qualité inhérente à la vie qui apparaît tôt dans l'ontogénie pour servir de signal d'alarme lors d'une lésion tissulaire.

La douleur est ainsi une expérience subjective complexe revêtant un aspect multidimensionnel, à la fois sensoriel, affectivo-émotionnel, cognitif et comportemental. C'est un symptôme à l'origine de multiples plaintes pouvant aboutir à des situations particulièrement invalidantes, empêchant les patients d'imaginer qu'une vie agréable puisse être possible. La quantification de la douleur est strictement individuelle car elle dépend de l'état affectif ou émotionnel ainsi que la motivation du sujet.

I. 2. Nociception :

La nociception est l'ensemble des mécanismes mis en jeu en réponse à une stimulation qui menace l'intégrité de l'organisme [15].

I. 4. Antalgiques :

Les antalgiques désignent les médicaments qui permettent de soulager la douleur.

I.3. Hyperalgésie:

L'hyperalgésie se définit comme une réponse douloureuse plus intense en réponse à un stimulus nociceptif [16]. On parle souvent d'hyperalgésie en général en postopératoire, si la douleur paraît plus intense que celle qu'on anticipait ou si on constate une surconsommation d'analgésique ainsi qu'une douleur prolongée.

Elle pourrait être associée à un risque accru de douleur chronique postopératoire et la kétamine est l'antihyperalgésique de référence.

II. Composantes de la douleur :

On décrit quatre composantes de la douleur :

- la composante sensorielle qui est très importante et indispensable car permet le décodage des caractéristiques de la douleur. Elle informe sur la qualité, l'intensité, la durée, et la localisation de la douleur. Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques et donc varie selon l'individu. [17-19]
- la composante affectivo-emotionnelle est une part fondamentale et indissociable de l'expérience de la douleur expliquant sa tonalité désagréable, pénible, difficile ou non à supporter.
- la composante cognitive qui correspond à la mémorisation des expériences douloureuses antérieures, permet d'influencer la perception de la douleur et dicte le comportement à adopter.
- et enfin, la composante comportementale qui englobe les réactions des patients douloureux suite à la perception de la douleur. Elle peut être proportionnelle à l'intensité de la douleur, au soutien l'entourage, et aux apprentissages antérieurs.

III. Physiopathologie de la douleur :

III.1. Mécanismes de la douleur :

III.1.1. Mécanismes périphériques :

La détection des stimuli nociceptifs est assurée par des récepteurs spécialisés constitués par des terminaisons libres amyéliniques dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires, viscérales. L'influx nociceptif est ensuite véhiculé par des fibres nerveuses périphériques, les fibres peu myélinisées et de faible calibre A delta assurent les sensations thermoalgique de courte durée et localisée. Tandis que les fibres amyéliniques C n'évoquent que des douleurs prolongées et diffuses. Cet influx atteint la corne dorsale de la moelle épinière où il s'effectue le premier relais. [1, 20]

III.1.2. Mécanismes spinaux :

La plupart des fibres nerveuses périphériques atteint le système nerveux central par les racines rachidiennes postérieures.

Les fibres A delta et C projettent leurs collatérales vers la corne postérieure de la moelle [21].

III.1.3. Mécanismes cérébraux :

Les messages nociceptifs arrivent au niveau du thalamus :

- soit directement par les faisceaux spinothalamiques et atteignent le thalamus latéral
- soit indirectement par les faisceaux spino-réticulo-thalamiques après relais dans la formation réticulée et rejoignent le thalamus médian, essentiellement dans les noyaux laminaires et submedius.

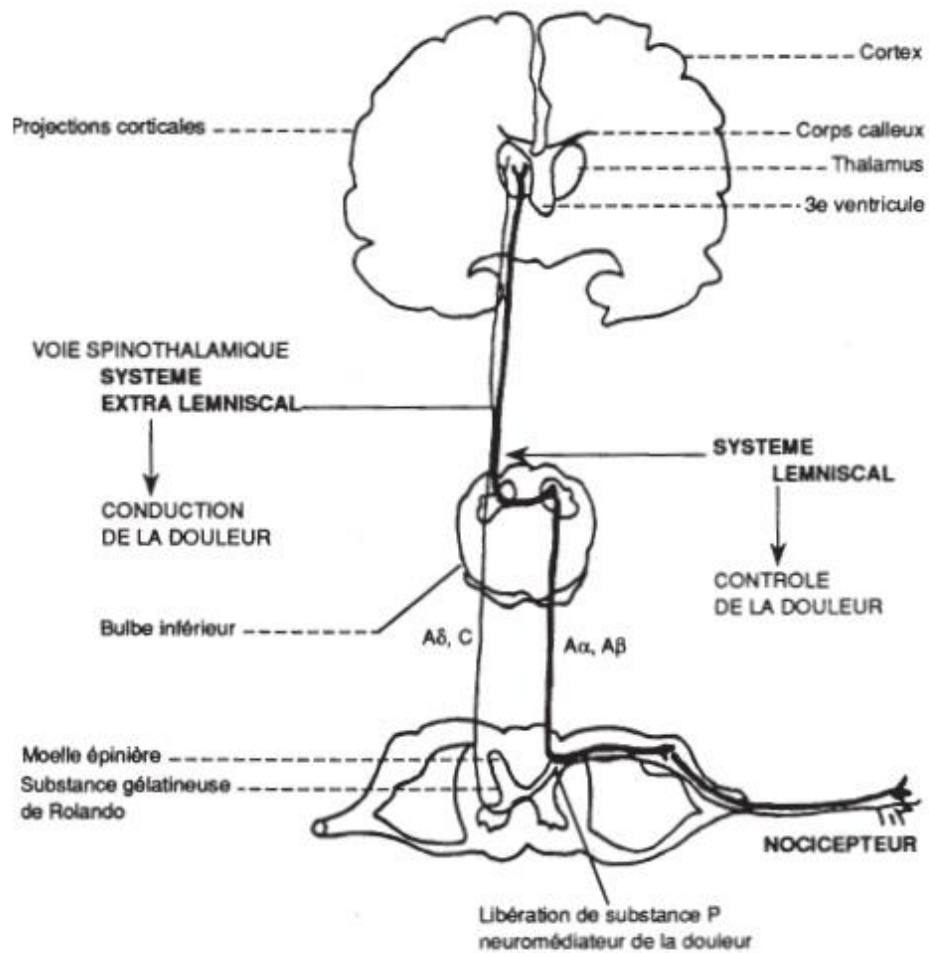


Figure 1 : Voies de la douleur

Source : Husson M. Traitement de la douleur. Revue d'évaluation sur le médicament. 2000

III.2. Mécanisme de contrôle de la douleur :

La perception de la douleur résulte d'une rupture d'équilibre de la balance entre les influences excitatrices et inhibitrices, soit par excès de stimulation, soit par déficit des

contrôles inhibiteurs. Mais pour atténuer la douleur, sont impliqués divers systèmes d'inhibition de la transmission des messages nociceptifs tels :

- les interneurons présents dans la substance gélatineuse de la corne postérieure de la moelle « gate control theory of pain » constatés par la théorie de Melzack et Wall. Selon cette théorie, les fibres myélinisées de gros calibre inhibent le transfert des messages nociceptifs. [22]
- la libération de la sérotonine et des opioïdes endogènes par les voies inhibitrices descendantes.
- la boucle spino-bulbo-spinale qui est responsable du contrôle inhibiteur diffus de la nociception CIDN [23].

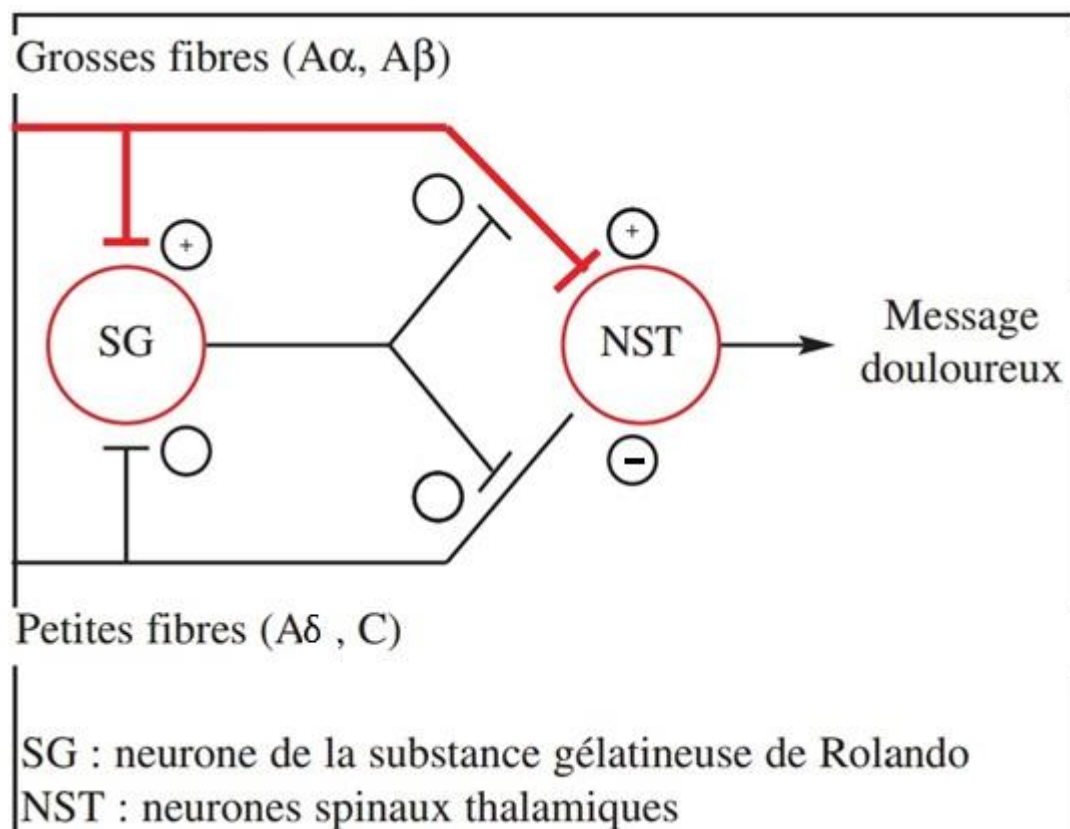


Figure 2 : Théorie du « Gate Control »

Source : Husson M. Traitement de la douleur. Revu d'évaluation sur le médicament. 2000

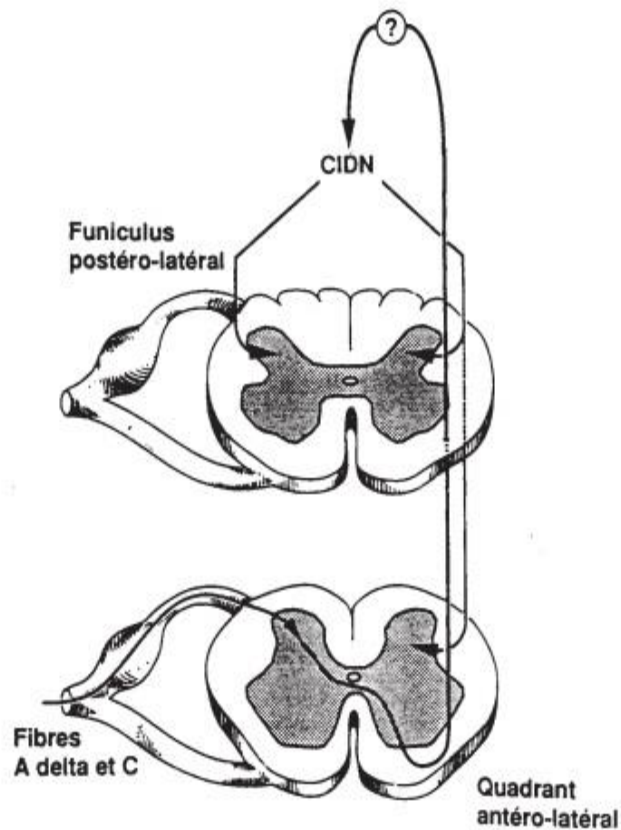


Figure 3 : Déclenchement des contrôles inhibiteurs descendants par stimulation nociceptive. Boucle spino-bulbo-spinale

Source : Husson M. Traitement de la douleur. Revu d'évaluation sur le médicament. 2000

IV. Classification de la douleur :

IV .1 . Selon le mécanisme physiopathologique :

IV.1.1. Douleur nociceptive :

Ce type de douleur résulte d'une atteinte ou d'une agression tissulaire suite à une brûlure, un traumatisme, une suite opératoire, une maladie dégénérative ou infectieuse.

Les lésions des tissus périphériques provoquent un excès d'influx douloureux, qui sera véhiculé par un système nerveux intact. [17, 24, 25]

On distingue les douleurs nociceptives somatiques (par stimulation des nocicepteurs cutanés, des tissus mous, osseux, ligamentaires, articulaires, musculaires), et les douleurs nociceptives viscérales (par stimulation des nocicepteurs viscéraux). Leur topographie est régionale ; il n'existe pas de systématisation neurologique. Ces douleurs répondent habituellement aux antalgiques des trois paliers de l'OMS, si la posologie est adaptée à l'intensité douloureuse. On identifie également deux catégories de douleur, de profil évolutif différent : les douleurs nociceptives mécaniques qui comportent des facteurs déclenchant comme la mobilisation, et les douleurs nociceptives de rythme inflammatoire, à persistance nocturne, volontiers associées à une raideur matinale.

IV .1.2. Douleur neuropathique:

Elle est secondaire à une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux central ou périphérique, et se voit le plus souvent au cours du zona, maladie de système, amputation d'un membre, paraplégie. Elle se caractérise par sa systématisation topographique, son diagnostic est purement clinique mais peut être aussi facilité par l'utilisation du questionnaire DN4. Une fois que le diagnostic est établi, ses composantes sémiologiques peuvent être appréciées par le questionnaire NPSI (Neuropathic Pain ScaleInventory). La douleur neuropathique est habituellement insensible aux antalgiques classiques et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. [25-27]

IV.1.3. Douleur mixte :

La douleur mixte associe les composantes nociceptives et neuropathiques, et se voit le plus fréquemment dans le cancer. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

IV.1.4. Douleur psychogène :

Elle est liée à des troubles de nature psychoaffective, sans lésions apparentes.

IV.2. Selon le profil évolutif :

IV.2.1. Douleur aigue :

Elle est considérée comme un signal d'alarme, et joue un rôle protecteur pour l'organisme. C'est une douleur datant moins de trois mois, elle se caractérise par un début très soudain, d'évolution rapide. [28]

IV.2.2. Douleur chronique :

Une douleur est qualifiée de chronique si elle se prolonge au-delà de trois mois, répond insuffisamment au traitement, et détériore considérablement les qualités fonctionnelles et relationnelles des patients. La douleur perd sa fonction protectrice pour l'organisme.

IV.3. Selon la pathologie en cause :

DOULEUR D'ORIGINE CANCEREUSE ET NON CANCEREUSE :

Elles ont en commun d'être des symptômes inutiles et agressifs pour le patient puisqu'elles sont généralement chroniques. La douleur est liée à la progression d'une pathologie maligne ou pathologie séquellaire telle qu'une lésion nerveuse, lombalgie et etc[28]

V. Evaluation de la douleur :

L'évaluation de la douleur est un acte médical difficile mais très indispensable. Une estimation de manière précise et quantitative de la douleur doit obligatoirement être entreprise avant d'envisager toute stratégie thérapeutique. Une bonne évaluation engendre une meilleure prise en charge et améliore la qualité de la relation médecin-patient en contrôlant l'intensité de la douleur, en déterminant l'attitude thérapeutique et en l'adaptant en cas de l'inefficacité de celle-ci [29].

Avant toute évaluation, plusieurs critères doivent être pris en considération afin de déterminer l'approche thérapeutique la plus efficace : historique de la douleur, type, qualité, durée, sévérité, analyse des traitements reçus et de leur efficacité [22, 28, 29].

ECHELLES D'EVALUATION :

L'échelle d'évaluation de la douleur constitue un instrument de communication entre soignant-soigné dont le développement et l'utilisation sont relativement récents puisque les personnels de santé n'ont l'obligation de l'utiliser que depuis 2003 [21]. Pour évaluer la douleur, il faut choisir une échelle de mesure simple, non contraignante, et facilement reproductible pour permettre un usage quotidien ou pluriquotidien.

Elles sont de plusieurs types :

- échelles unidimensionnelles
- échelles pluridimensionnelles
- échelles comportementales

V.1. Echelles d'autoévaluation

V.1.1. Echelles unidimensionnelles :

Elles mesurent seulement l'intensité de la douleur par une auto-évaluation réalisée par le patient. Elles sont utilisées chez un patient vigile et coopérant. [9] [30, 31].

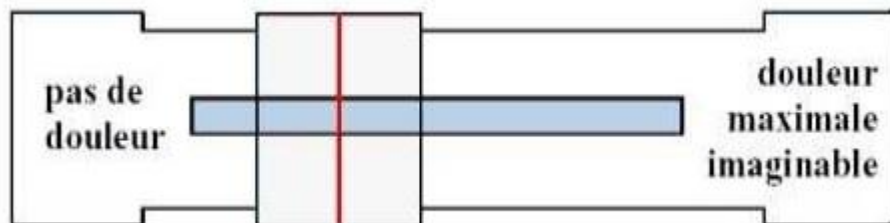
Les avantages sont multiples :

- facile d'utilisation
- reproductible
- adaptées aux mesures itératives rapprochées (usage pluriquotidien)
- permet une étude cinétique d'un effet analgésique

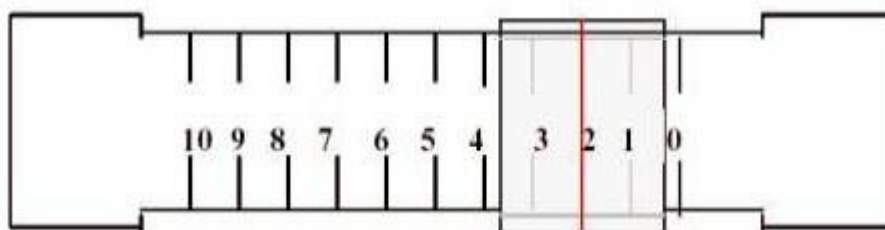
V.1.1.1. Echelle Visuelle Analogique :

On utilise une réglette ayant deux faces :

- l'une présentée au patient comporte une ligne horizontale non millimétrée, un curseur avec un trait rouge vertical, et deux extrémités dont l'une correspond à « pas de douleur », et l'autre à « douleur maximale imaginable ».
- l'autre face est visualisée uniquement par le soignant, comporte des graduations millimétrées, des chiffres de 0 à 10 permettent de quantifier l'intensité de la douleur. On explique au patient que plus le trait rouge est proche de l'extrémité « pas de douleur », moins la douleur est importante ; et plus le trait est proche de l'extrémité « douleur maximale imaginable », plus la douleur est importante. Ensuite, on lui demande de positionner le curseur selon qu'il situe mieux sa douleur, le soignant de son côté lit le chiffre correspondant sur le dos de la réglette et on obtient l'intensité de la douleur du patient. Cette échelle d'évaluation réclame les capacités d'abstraction, sa compréhension est moins immédiate, elle est donc moins adaptée pour des personnes âgées et des enfants.



FACE PRESENTEE AU PATIENT



FACE PRESENTEE A L'EXAMINATEUR

Figure 4 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)

V.1.1.2. Echelle Verbale Simple ou Echelle De Keele (1948) :

L'intensité de la douleur est évaluée par cinq qualificatifs qui correspondent chacun à un chiffre de 0 à 4.

0 : pas de douleur

1 : douleur faible

2 : douleur modérée

3 : douleur intense

4 : douleur très intense

Le patient exprime verbalement par l'un de ces termes celle qui convient le plus à sa douleur ou entoure la catégorie qui rend compte sa douleur. Elle est moins sensible et moins précise et la réponse du patient peut être influencée par la suggestion du soignant.

V.1.1.3. Echelle Numérique :

Elle est présentée sous forme écrite ou verbale. On demande au patient de noter de 0 à 10 sa douleur, 0 indique l'« absence de douleur » et 10 à une « pire douleur imaginable ». Le patient répond verbalement ou entoure celle qui correspond le plus à l'intensité de la douleur qu'il ressent. Cette échelle d'évaluation est mieux adaptée pour une personne âgée pour sa facilité de compréhension, elle est aussi la plus utilisée dans la pratique quotidienne car ne nécessite aucun support.

V.1.2. Echelles multidimensionnelles :

Elles permettent d'accéder aux différentes dimensions de la douleur par la description des aspects sensoriels et aussi sur la répercussion affective observée chez le patient [9].

V.1.2.1. Macgill Pain Questionnaire [MPQ] :

Ce questionnaire comporte 79 qualificatifs repartis en 4 classes : sensorielle, affective, évaluative, autres ; et 20 sous classes. On lit au patient les qualificatifs et il choisit celle qui est le plus approprié à sa douleur. Il est adapté pour l'évaluation de la douleur

chronique et l'efficacité du traitement mais ne permet pas des mesures itératives rapprochées. (ANNEXE 1)

V.1.2.2. Questionnaire Douleur de Saint Antoine Abrégé [Qdsa] :

Les qualificatifs sensoriels ou affectifs précisent la description de la douleur perçue. On demande au patient de sélectionner les qualificatifs qui correspondent à ce qu'il ressent et de lui faire choisir le mot le plus exact dans chaque groupe de mots. On note de 0 à 4 selon le code suivant : 0 / absent, pas du tout- 1 / faible, un peu- 2 / modéré, moyennement- 3 / fort, beaucoup.(ANNEXE 2)

V.2. Echelle d'hétéroévaluation :

L'évaluation de la douleur repose sur l'observation du corps et du comportement de l'individu lorsque le rapport verbal sur la sévérité et l'importance de la douleur est difficile, voire même impossible. Il est donc préférable de recourir à l'échelle d'hétéroévaluation pour le patient ayant des troubles cognitifs, des personnes non communicantes, peu coopérantes, ou aphasiques [32-34].

V.2.1. Echelle Doloplus :

Elle est adaptée pour l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées présentant une trouble de la communication ou de mémoire. Elle apprécie trois composantes : le retentissement somatique, psychomoteur, psychosocial ; et elle est composé de dix items, noté chacun de 0 à 3. Le score total varie de 0 à 30 (ANNEXE 3).

V.2.2. Echelle Algoplus :

Elle évalue la douleur aiguë chez un sujet âgé présentant une trouble de la communication verbale. Elle comporte cinq items appréciant le faciès, le regard, les plaintes, le corps, le comportement. L'évaluateur observe le patient et note par « oui » s'il remarque les signes cités dans chaque rubrique ou par « non » si ces signes sont absents (ANNEXE 4).

V.2.3. Echelle ECPA :

Elle est utilisée chez la personne âgée non communicante [35]. L'évaluateur observe le patient avant et pendant les soins. Les éléments à évaluer avant les soins comporte :

- l'expression du visage : regard et mimique
- la position spontanée au repos
- le mouvement ou la mobilité du patient
- la relation à autrui

Les éléments à évaluer pendant les soins (ANNEXE 5) :

- Anticipation anxieuse aux soins
- Réactions pendant la mobilisation
- Réactions pendant les soins des zones douloureuses
- Plaintes exprimées pendant les soins
- Chaque item est noté chacun de 0 à 4. Le score total est compris entre 0 à 32.

VI. Prise en charge de la douleur :

L'évaluation globale de la douleur ressentie par l'individu constitue un pré-requis indispensable à sa prise en charge [36, 37].

VI.1. Objectifs :

- soulager la douleur
- réduire les plaintes douloureuses
- réduire les comorbidités
- améliorer la qualité de vie du patient
- élaborer de nouveaux schémas thérapeutiques [5]

VI.2. Moyens :

VI.2.1. Moyens médicamenteux :

VI.2.1.1. Les antalgiques :

Le choix du traitement antalgique est guidé par l'intensité de la douleur et de son caractère aigu ou chronique. L'OMS a proposé une échelle de décision thérapeutique en incluant trois paliers d'antalgiques de puissance croissante. Cependant, avant toute prescription, quelle que soit la situation clinique rencontrée, il faut toujours tenir compte du profil de risque au regard du terrain, l'âge du patient, les contre-indications, les précautions d'emploi et les mises en garde [9] [37-40].

Palier I : les antalgiques dans cette classe doivent être prescrit en cas de douleur légère ou l'EVA est située entre 1 et 3.

PARACETAMOL : il est proposé en première intention pour la prise en charge des douleurs légères à modérées [41]. C'est un antalgique ayant une sécurité d'emploi satisfaisante puisqu'il a le moins de contre-indications et d'effets indésirables avec un excellent rapport efficacité/ tolérance. La posologie usuelle chez l'adulte est de 3 à 4g par 24 heures en respectant un intervalle de 4 à 6 heures entre chaque prise. A part son effet antalgique, il possède aussi une action antipyrétique justifiant sa prescription dans les syndromes fébriles.

ACIDE ACETYLSALICYLIQUE : a des activités antalgiques, anti-inflammatoires, antipyrétiques, et antiagrégants. Son action antalgique est obtenue à des posologies inférieures à 3 g/j, et au-delà de cette dose, il a un effet anti-inflammatoire [42]. Son utilisation est limitée par le risque de lésions gastriques qu'il provoque.

ANTI-INFLAMMATOIRES NON STERODIENS : agissent au niveau périphérique en bloquant les cyclo-oxygénases et donc inhibent la synthèse des prostaglandines qui sont largement impliqués dans les phénomènes douloureux. Ils sont surtout recommandés dans les douleurs rhumatologiques. Une réelle efficacité antalgique à des posologies inférieures à celles utilisées à visée anti-inflammatoire a été démontrée [43].

NEFOPAM : agit au niveau central en réduisant l'amplification des messages nociceptifs par inhibition de la recapture de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine [9, 44]. Il entraîne fréquemment des troubles digestifs à type de nausée et vomissement, de la somnolence et de l'hypersudation.

Palier II : antalgiques opioïdes faibles : utilisés lorsque l'intensité de la douleur est jugée par l'EVA supérieure ou égale à 4 ou lorsque le palier I n'a pas trouvé son efficacité.

CODEINE: son action antalgique serait liée à sa transformation hépatique en morphine sous l'effet de cytochrome P 450. Elle est le plus souvent en association avec le paracétamol. Sa durée d'action est d'environ 4 heures et les troubles digestifs et troubles neurosensoriels à type de somnolence, vertige, céphalées sont les plus fréquemment rencontrés [34].

TRAMADOL : C'est un morphinique faible, il a un effet monoaminergique en inhibant la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Il se présente sous deux formes à libération immédiate et libération prolongée. Sa posologie ne doit pas dépasser 400mg/jour.

Palier III : antalgiques opioïdes forts : ils sont recommandés en cas de douleur intense ou violente d'emblée ou douleur rebelle aux antalgiques de niveau plus faible. Ils regroupent les opioïdes forts agonistes purs [morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone], agonistes partiels [buprénorphine] ou agonistes-antagonistes [nalbuphine]. Ils sont associés à ceux de premier palier ou à des adjuvants.

MORPHINE : elle constitue le produit de référence des opioïdes forts. C'est un antalgique à effet central. Elle active les récepteurs opioïdes $M\mu$ présents au niveau de la moelle épinière et de différents centres nerveux supra-médullaires. La forme orale est utilisée en première intention. L'administration transcutanée [FENTANYL] ou parentérale continue avec antalgie autocontrôlée par le patient [ACP] est privilégiée lorsque l'administration orale est impossible. Le recours à cette méthode permet un contrôle très satisfaisant de la douleur, et s'applique à la douleur post-opératoire ou à la douleur cancéreuse.

HYDROMORPHONE : est un dérivé semi synthétique de la morphine, agoniste sélectif de la morphine avec une affinité particulière pour les récepteurs Mu.

OXYCODONE : est un opioïde agoniste pur, mettant en jeu des récepteurs Delta.

VI.2.1.2. Les antidépresseurs :

Ce sont des produits de référence dans le traitement des douleurs neuropathiques et particulièrement dans les neuropathies périphériques d'origine métabolique, traumatique, toxique ou invasive. L'Amitriptyline (Laroxyl®) et la Clomipramine (Anafranil®) sont particulièrement utilisées. Ils doivent être initiés à de faibles dosages [10- 25 mg en 1 prise en fin de journée] et ensuite très doucement titrés selon la tolérance. Les posologies d'antidépresseurs sont en général inférieures à celles utilisées dans le traitement des états dépressifs. Ils ont des effets indésirables gênants tels que sécheresse buccale, constipation, dysurie, hypotension orthostatique, tachycardie, sueurs, impuissance, nausée, insomnie, somnolence, tremblements fins des extrémités.

VI.2.1.3. Les antiépileptiques :

La carbamazépine (Tégrétol®) montre une efficacité très importante dans le traitement de la névralgie du trijumeau, et possède également une indication plus large dans les douleurs neuropathiques de l'adulte.

La gabapentine (Neurontin®) est indiquée dans la douleur post-zostérienne de l'adulte, la polyneuropathie diabétique, la douleur du membre fantôme, la douleur du syndrome de Guillain-Barré.

VI.2.1.4. Les coantalgiques :

Certains médicaments, bien que n'étant pas de vrais antalgiques au sens pharmacologique du terme, sont capables de diminuer les douleurs en agissant seuls ou en association avec les antalgiques [45-49].

CORTICOIDES : DEXAMETHASONE®-SOLUMEDROL® leur effet antalgique est lié à leurs propriétés anti-inflammatoires, ils sont indiqués dans les douleurs inflammatoires, compression nerveuse, céphalée par hypertension intracrânienne.

MYORELAXANT : COLTRAMYL® -MYOLASTAN® recommandés surtout en rhumatologie dans le traitement des contractures musculaires douloureuses.

ANTI-SPASMODIQUES : SPASFON® (Phloroglucinol), DEBRIDAT® (Trimébutine) utilisés au cours des manifestations spasmodiques et/ou douloureuses au niveau du tractus digestif, des voies biliaires et urinaires.

BIPHOSPHONATES : indiqués dans les douleurs osseuses d'origine cancéreuse.

ANXIOLYTIQUES : LEXOMIL®(benzodiazépine)-ATARAX® (hydroxyzine)
Il existe souvent une relation entre l'anxiété et la douleur, l'augmentation des sensations douloureuses entraîne une augmentation de l'anxiété. Elles permettent donc le contrôle de l'anxiété souvent associée à la douleur aiguë.

VI.2.2. Moyens non médicamenteux :

VI.2.2.1. Moyens physiques ou physiothérapie

Ils regroupent l'ensemble des moyens thérapeutiques physiques délivrant une énergie [50-52] :

- La vibrothérapie : utilise les propriétés des vibrations mécaniques (ultrasons et infrasons).
- La cryothérapie : application à but antalgique du froid.
- La thermothérapie : utilise les propriétés antalgiques de la chaleur.
- L'électrothérapie : utilise les courants électriques comme action antalgique.
- L'hydrothérapie : la balnéothérapie chaude [36°C] est antalgique et décontractante par sa thermalité.
- Neurostimulation transcutanée : en cas de douleur neurogène.
- L'acupuncture : dans les douleurs profondes avec points douloureux multiples.
- La rééducation fonctionnelle : massages, immobilisation et contention, ergothérapie.

VI.2.2.2. Techniques psychiques :

L'hypnose : modifie l'état de conscience du patient et modifie la perception mentale et/ou physique de la douleur [52]. Elle a une efficacité importante dans la prise en charge de la douleur aiguë et chronique et pour les douleurs liées au cancer [53, 54].

La relaxation et biofeedback : consiste à présenter au patient un signal sensoriel, permet de soulager les céphalées ou migraines.

VI.3. Indications:

VI.3.1. Prise en charge de la douleur nociceptive :

La stratégie thérapeutique dépend de l'approche clinique et les chiffres associés à l'échelle d'évaluation de la douleur. Pour une EVA inférieure à 3, l'antalgique du palier I de l'OMS doit être mise en route. Si l'EVA est comprise entre 3 et 7, le palier II est recommandé et si l'EVA est supérieure ou égale à 7, le palier III est indiqué [55].

L'utilisation de coantalgiques doit être envisagée systématiquement à chaque niveau de l'échelle. Une réévaluation régulière de la douleur et de l'efficacité du traitement est nécessaire. En cas d'une inefficacité du traitement, on opte pour une adaptation de posologie, ou passage au palier supérieur, ou association de deux antalgiques de paliers différents.

VI.3.2. Prise en charge de la douleur neuropathique :

Les douleurs neuropathiques ne répondent pas ou peu aux antalgiques de palier I. Le choix du traitement médicamenteux ne dépend pas de l'intensité des douleurs comme dans les douleurs nociceptives mais sur l'efficacité la mieux établie, le meilleur rapport bénéfice/sécurité d'emploi, sur une éventuelle action conjointe sur les comorbidités (anxiété, dépression, troubles du sommeil) mais les critères économiques peuvent aussi intervenir [56]. Les antidépresseurs tricycliques et les anti-épileptiques gabapentine et prégabaline sont prescrits en première intention et possède une large indication dans les douleurs neuropathiques du diabète, les douleurs post-zostériennes, douleurs centrales d'origine médullaire. Ils ont aussi une efficacité démontrée sur la douleur continue et paroxystique [57]. La posologie des tricycliques varient [25-150 mg/jour] du fait de larges variations inter-individuelles, la gabapentine est de 1200-3600mg/j et la prégabaline 150-600mg/j.

La prescription d'opiacés forts est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique chronique non cancéreuse après échec des traitements de première intention.

Des traitements médicaux non pharmacologiques peuvent aussi être proposés tels que :

- la neurostimulation transcutanée dans la douleur neuropathique périphérique focale, notamment les neuropathies diabétiques et les lésions nerveuses post-traumatiques [58].
- la psychothérapie en cas de comorbidité anxieuse et de difficultés d'ajustement à la douleur.
- l'acupuncture dans la douleur post-zostérienne.

Des techniques plus invasives peuvent aussi être recommandées dans la prise en charge de la douleur neuropathique : neurostimulation médullaire dans les lomboradiculalgies chroniques postopératoires [58, 59], analgésie intrathécale utilisant la morphine, la clonidine, ou plus récemment le ziconotide, peut être proposée en cas de douleur neuropathique réfractaire aux traitements habituels.

DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES

I. MATERIELS ET METHODES :

I.1. Cadre de l'étude :

Cette étude a été réalisée dans 18 services du CHU- HUIRA Ampefiloha en dehors du service d'urgences, listés ci-dessous:

- Traumatologie A
- Traumatologie B
- Traumatologie D
- Ophtalmologie
- Oncologie médicale
- Oncologie pédiatrique
- Viscérale A
- Viscérale B
- Chirurgie thoracique
- Cardio-vasculaire
- Neuro-chirurgie
- Urologie A
- Urologie B
- Réanimation chirurgicale
- Réanimation urgence
- Réanimation médicale
- Réanimation néphrologique
- Rééducation fonctionnelle

Le CHU HUIRA est un établissement constitué de :

- 63 services dont 20 services techniques et 43 services administratifs.
- 606 lits d'hospitalisation
- 16 Professeurs Titulaires et Agrégés
- 164 Médecins dont 52 Médecins Spécialistes
- 208 Paramédicaux
- 155 Agents administratifs

- 246 Agents d'appui

On y recense au total 789 personnels travaillant dans ce centre.

I.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, type « un jour donné » c'est-à-dire une enquête réalisée en une période brève sur un échantillon représentatif d'une population bien définie.

I.3. Durée et période de l'étude :

C'est une enquête type un jour donné effectuée le 13 juillet 2016 par six enquêteurs formés au préalable.

I.4. Population d'étude :

Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans l'étude, les patients âgés de 08 ans et plus, hospitalisés depuis plus de 12 heures, communicants, capables sur le plan physique et psychologique de réaliser leur auto-évaluation de la douleur.

Critères d'exclusion :

Ont été exclus, les patients ayant des troubles de vigilance, de la compréhension ou de l'élocution, ainsi que les non consentants.

I.5. Paramètres étudiés :

Les paramètres suivants ont été analysés :

- âge
- genre
- motif d'hospitalisation
- caractéristiques de la douleur :
 - siège
 - type

- intensité de la douleur avant et après prescription d'antalgique et/ou de co-antalgiques. Nous avons pris en compte la douleur la plus élevée à l'échelle numérique pour les patients ayant plusieurs localisations douloureuses.
- antalgiques et co-antalgiques reçus
- efficacité du traitement jugée par les patients
- nature de la personne à qui les patients partagent leur douleur et leur satisfaction quant à sa prise en charge
- disponibilité des antalgiques
- situation financière des patients
- confidents des patients douloureux
- suivi à domicile des patients douloureux:
 - possibilité d'un retour à l'hôpital
 - motivation des patients pour une assistance à domicile dans la gestion de leur douleur
 - soutien de l'entourage
 - existence ou non d'un personnel médical de référence.

I.6. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire élaboré par le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) du CHU de Bordeaux et adapté à nos objectifs. Les enquêteurs ont reçu préalablement une formation quant au remplissage du questionnaire.

Le questionnaire n'a été adressé qu'aux patients et a été rempli par l'enquêteur lors d'un entretien direct auprès du patient, sous la forme d'une interview de 23 questions. Tous les patients ont été évalués le jour de l'enquête par l'échelle numérique. Nous avons poursuivi l'enquête quand l'EN est supérieure à 3. (figure 5)

Nous n'avons pas pris en compte les dossiers médicaux de chaque patient.

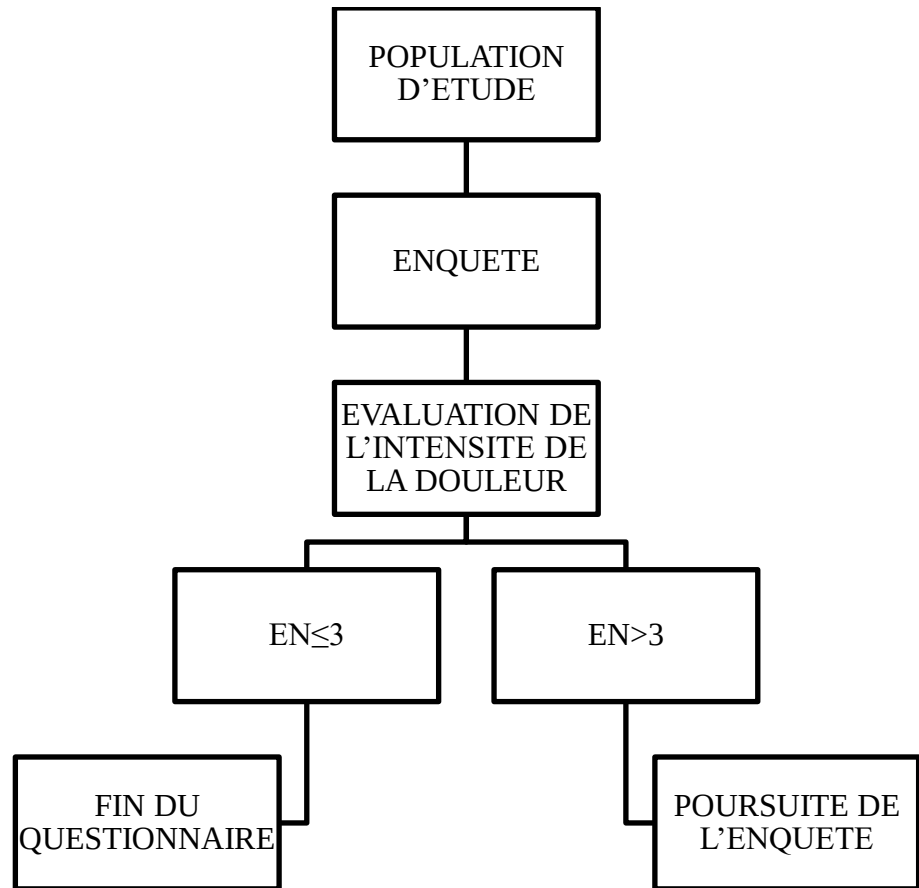


Figure 5 : Déroulement de l'enquête

I.7. Analyse des données :

Le traitement de texte a été fait sur Microsoft Word 2010, les données sont consignées sur feuille Microsoft Excel® 2007. Les résultats concernant les variables numériques sont présentés sous forme de moyennes avec écart type. Les résultats concernant des variables qualitatives sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages. On a utilisé le logiciel EPI INFO 7 pour le traitement des données statistiques. Nous avons calculé le degré de significativité p . Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

I.8. Limite de l'étude :

La principale difficulté d'une enquête transversale est d'assurer la représentativité de l'échantillon. Notre étude a porté sur un petit nombre de patients, vu qu'elle n'a été effectuée qu'en une seule journée.

C'est une étude valable seulement pour l'HJRA, non extrapolable pour Madagascar.

I.9. Considérations éthiques :

Nous avons obtenus l'accord de la Direction de l'établissement et chaque Chef de Service au sein du CHU JRA pour faire l'enquête.

Une brève explication sur l'intérêt de l'enquête a été fournie à tous les patients enquêtés et un consentement éclairé oral a été donné par les patients avant d'énoncer le questionnaire.

L'anonymat et la confidentialité de l'enquête, ainsi que le droit des patients ont été respectés durant l'étude.

II. RESULTATS :

L'étude des différents paramètres nous permet d'obtenir les informations suivantes.

II.1. Description de la population :

Sur les 126 patients hospitalisés, 55 se plaignaient de douleur soit 43,65%.

Nous avons considéré comme douloureux tous patients évalués à l'échelle numérique supérieure à 3 durant notre enquête et non-douloureux si l'échelle numérique est inférieure ou égale à 3 [59].

II.1.1. Age :

L'âge moyen était de 45,09ans avec des extrêmes de 09 à 84 ans. Les patients entre 50 à 69 ans étaient les plus nombreux. (Figure 6)

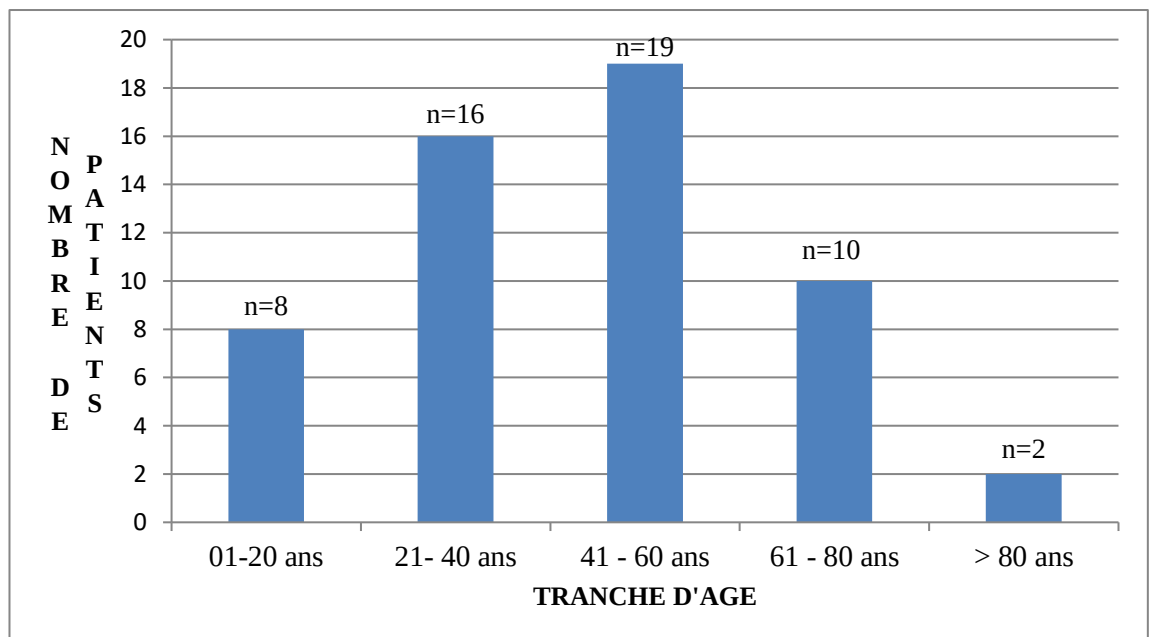


Figure 6 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

II.1.2. Genre :

Soixante-quatre pour cent de nos patients ont été des hommes et trente-six pour cent étaient des femmes avec un sex ratio de 1,75. (Figure 7)

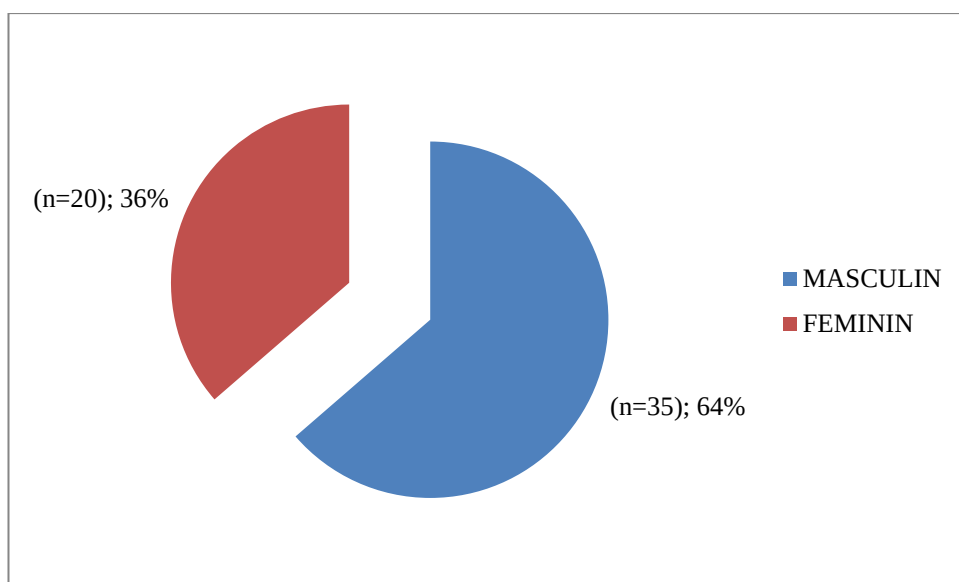


Figure 7 : Répartition des patients selon le genre

II.1.3. Répartition par tranche d'âge et sexe de la population étudiée :

Nous avons constaté une prédominance masculine dans chaque tranche d'âge.
(Figure 8)

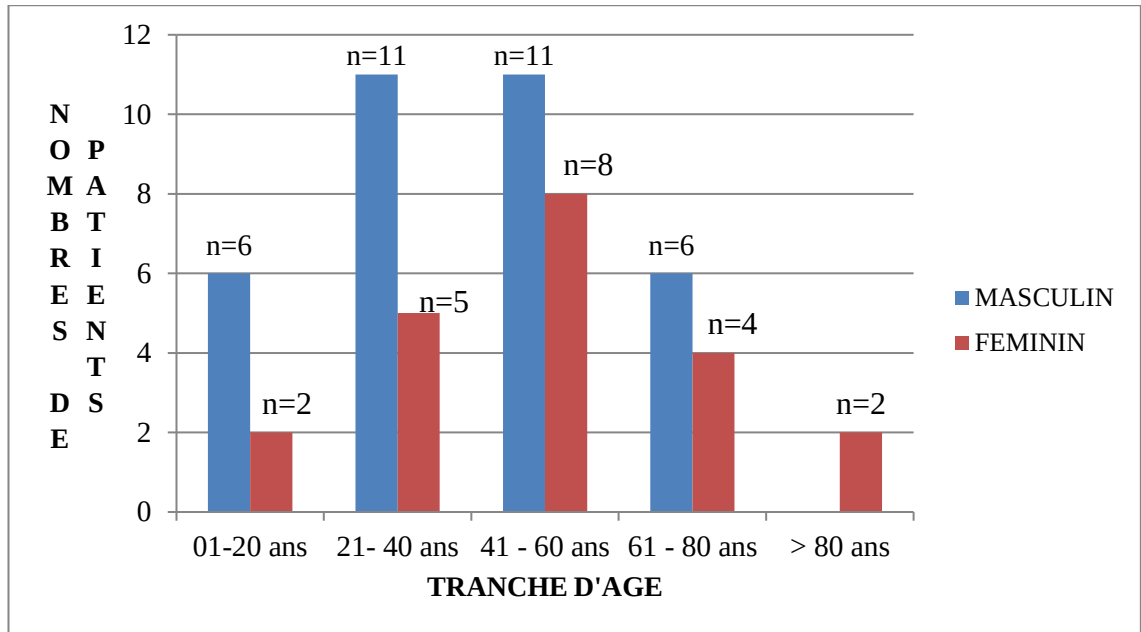


Figure 8 : Répartition selon la tranche d'âge et le genre des patients

II.1.4. Profession des patients :

La majorité des patients douloureux (34,54%) a été sans emploi. Ceux du secteur primaire étaient les moins nombreux (10,91%). Mais il faut noter que 21,82% de la population d'étude n'a pas voulu donner de réponse (Figure 9).

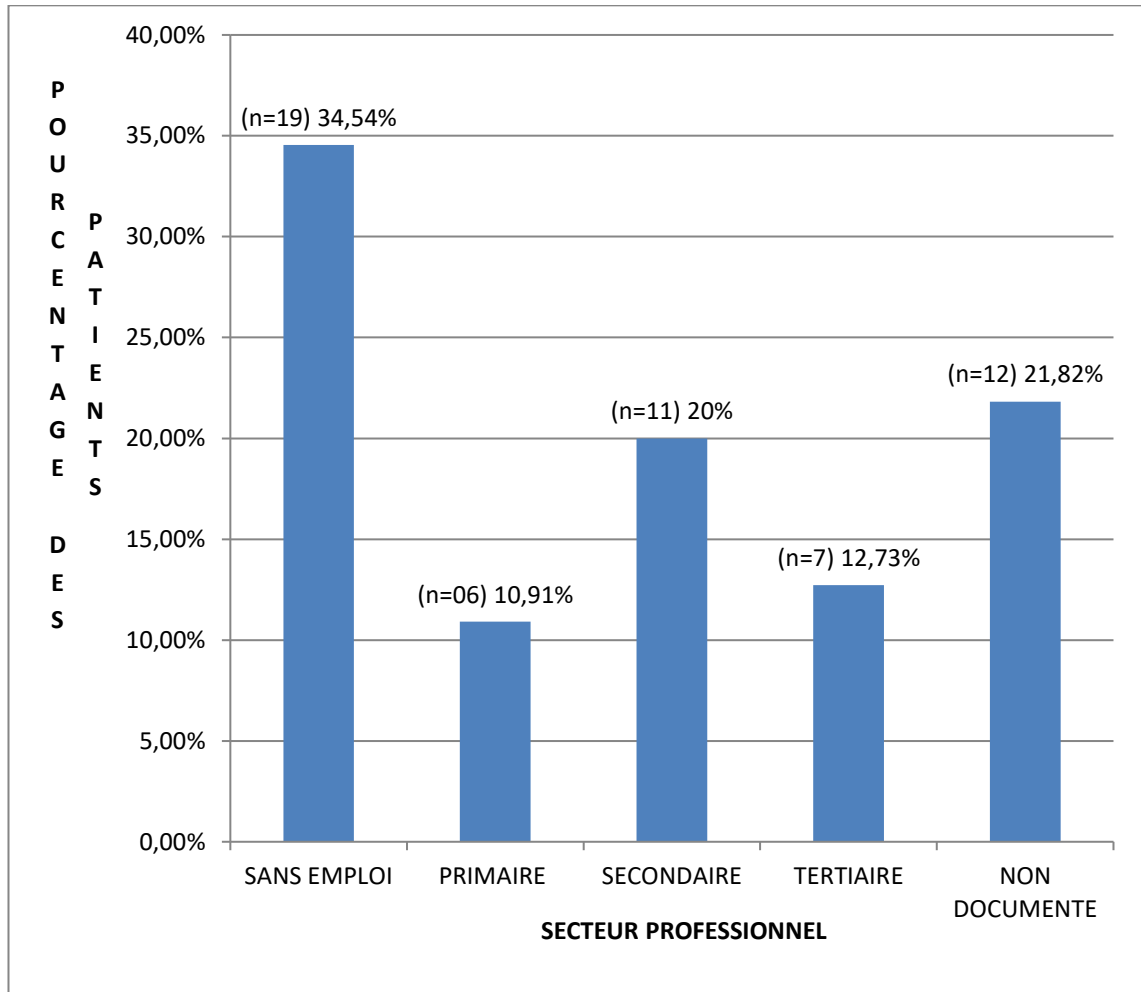


Figure 9 : Répartition des patients selon le secteur professionnel

II.1.5. Répartition des patients selon le service d'hospitalisation :

Durant le passage de l'enquêteur, les patients douloureux du service traumatologie A étaient les plus nombreux. Nous n'avons pas retrouvé de patient douloureux dans les services Urologie A, Rééducation fonctionnelle et Réanimation Médicale (Figure 10).

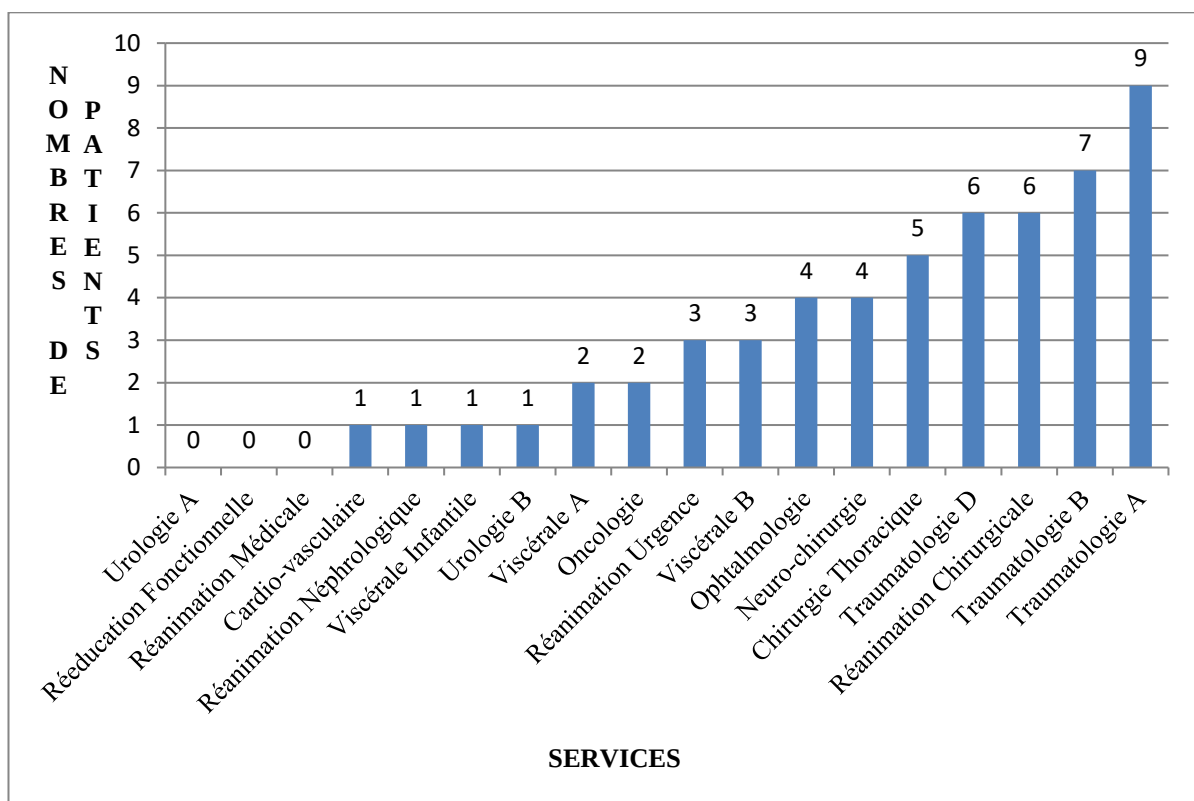


Figure 10 : Répartition des patients selon les services d'hospitalisation

II.2. Analyse de la douleur :

II.2.1. Localisation :

Le siège de la douleur le plus cité a été au niveau des membres soit 45,45% des sites douloureux.

Tableau I : Répartition des patients selon le siège de la douleur

LOCALISATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
ABDOMINALE	8	14,55%
MEMBRES	25	45,45%
DORSALE	5	9,09%
TETE ET COU	5	9,09%
THORAX	5	9,09%
DIFFUSE	7	12,73%
TOTAL	55	100%

II.2.2. Type de la douleur :

II.2.2.1. Répartition selon le type de la douleur :

Le type de douleur le plus rencontré a été de type nociceptif, relevé chez 49 patients (89%), tandis que 3 patients (5.5%) ont présenté une douleur neuropathique et 3 patients (5.5%) ont présenté une douleur mixte (Figure 11).

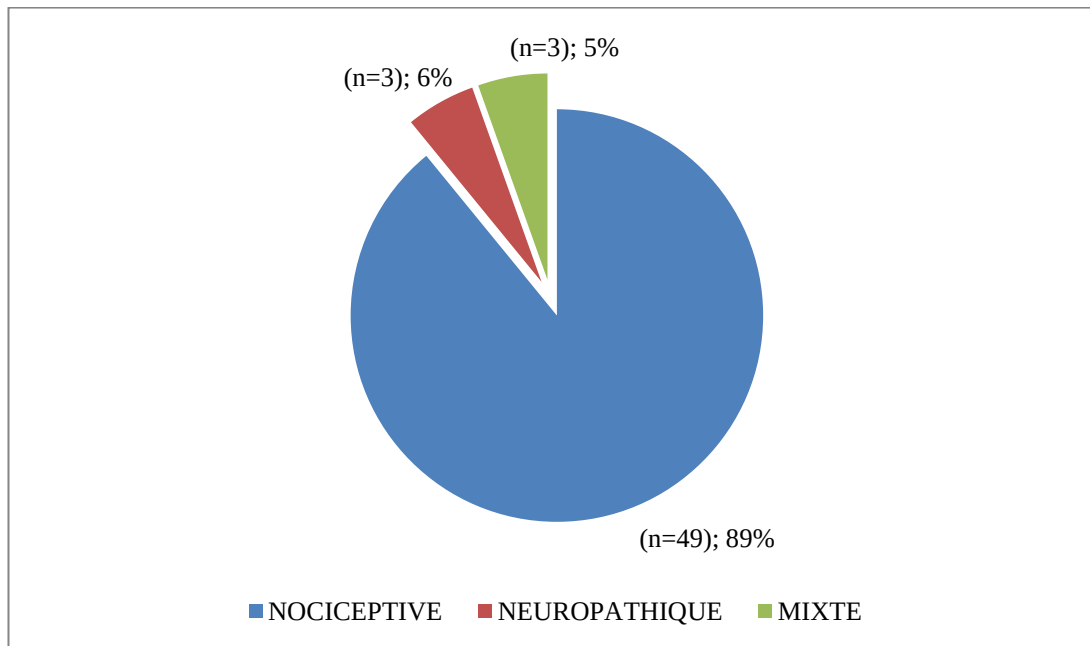


Figure 11 : Répartition des patients selon le type de douleur

II.2.2.2. Répartition de la douleur nociceptive :

Parmi les patients présentant une douleur de type nociceptif, 42 patients (86%) ont ressenti une douleur nociceptive somatique et 7 patients (14%) une douleur nociceptive viscérale (Figure 12).

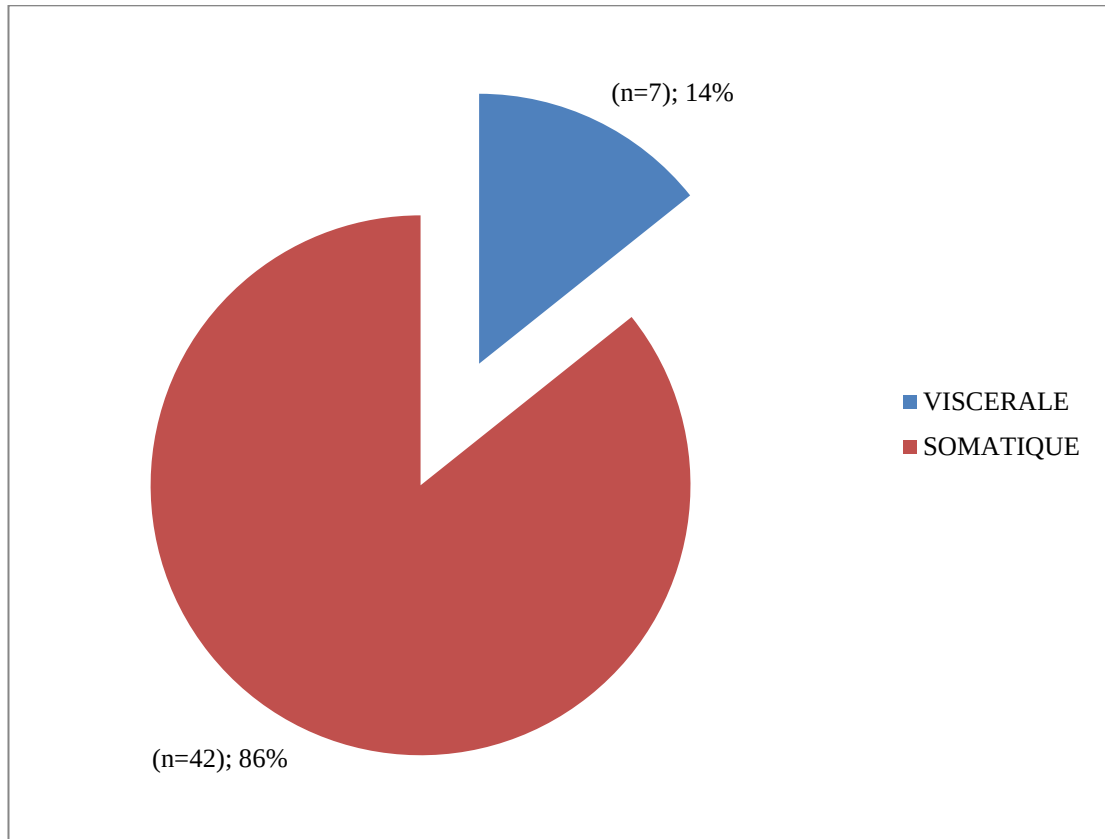


Figure 12 : Répartition des patients présentant une douleur nociceptive

II.2.3. Pathologies des patients :

Nous avons retrouvé les mêmes proportions pour les douleurs d'origine traumatique (27 patients) et les douleurs d'origine non traumatique (28 patients) (Figure 13).

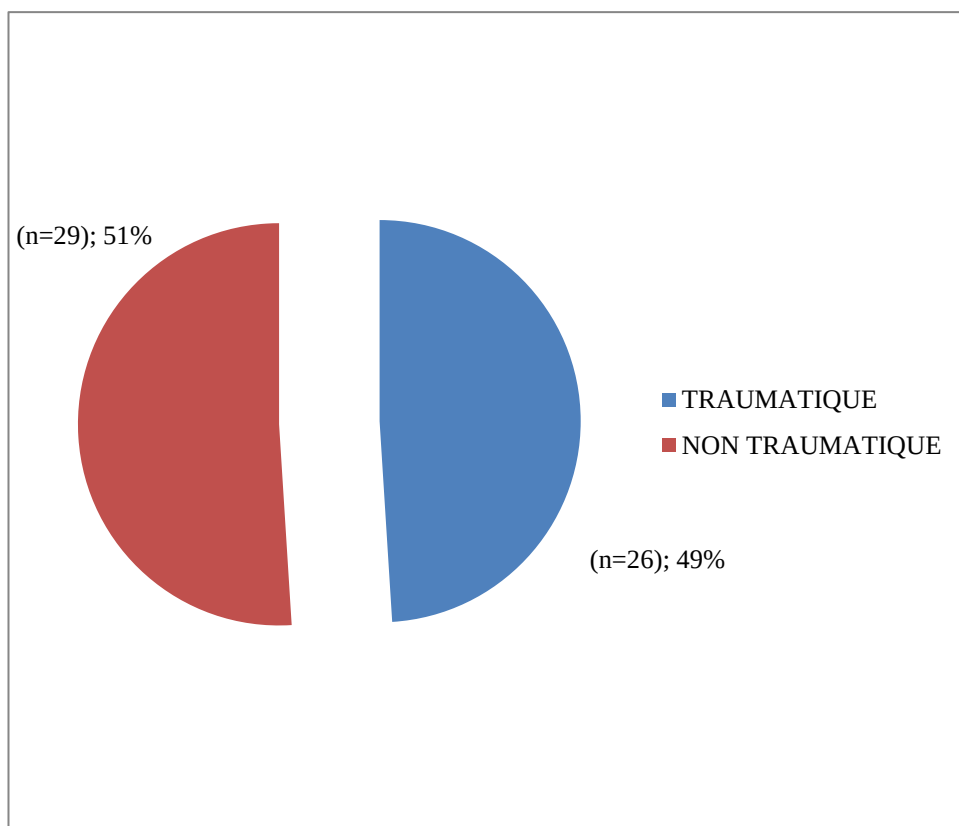


Figure 13 : Répartition des patients selon les pathologies

II.2.4. Evaluation de la douleur par les soignants :

La douleur n'a pas été évaluée par les soignants chez 69% des cas selon les patients (Figure 14).

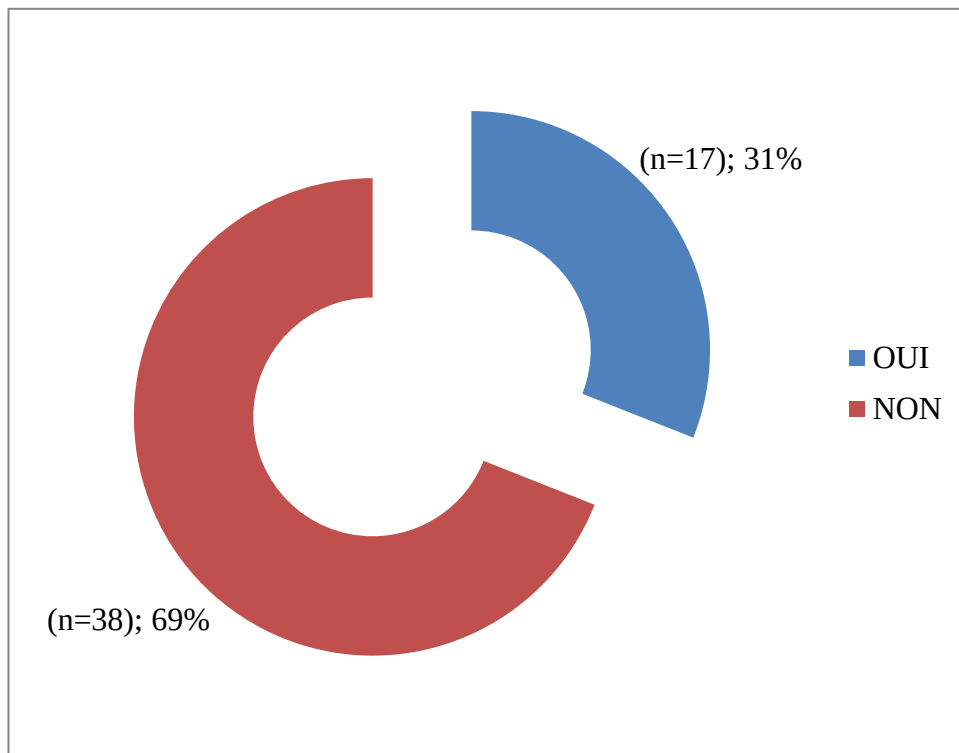


Figure 14 : Répartition des patients selon l'évaluation de la douleur

II.2.5. Intensité de la douleur :

II.2.5.1. Avant traitement antalgique :

D'après l'échelle numérique, les patients ayant une douleur modérée ont constitué 58% contre 42% pour la douleur sévère (Figure 15).

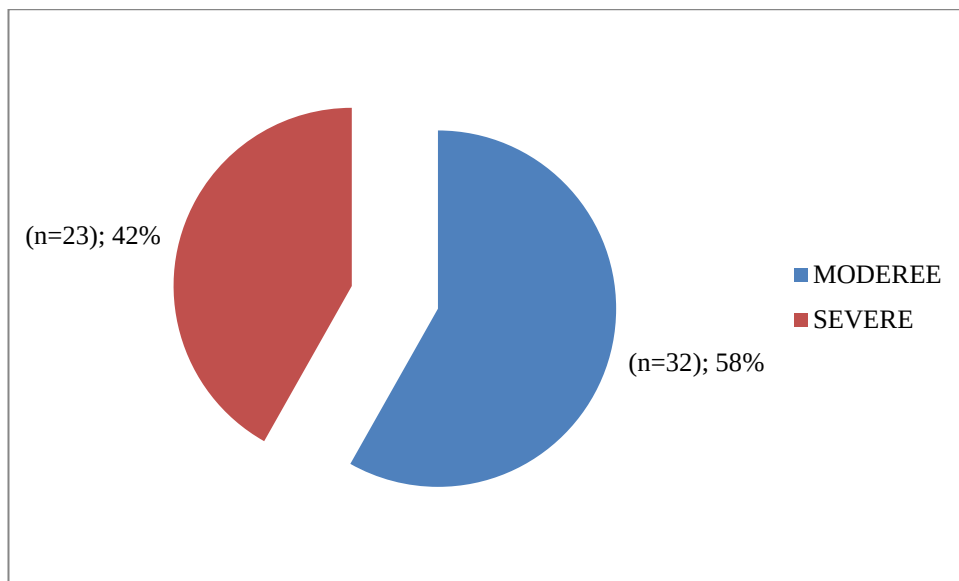


Figure 15 : Répartition des patients selon le niveau de douleur avant traitement

II.2.5.2. Après traitement antalgique :

Après avoir reçu l'antalgique, 22% des patients ont déclaré ne plus ressentir de douleur. Ceux qui ont présenté une douleur sévère ont diminué de 35% et ceux qui ont ressenti une douleur d'intensité modérée ont diminué de 16% (Figure 16).

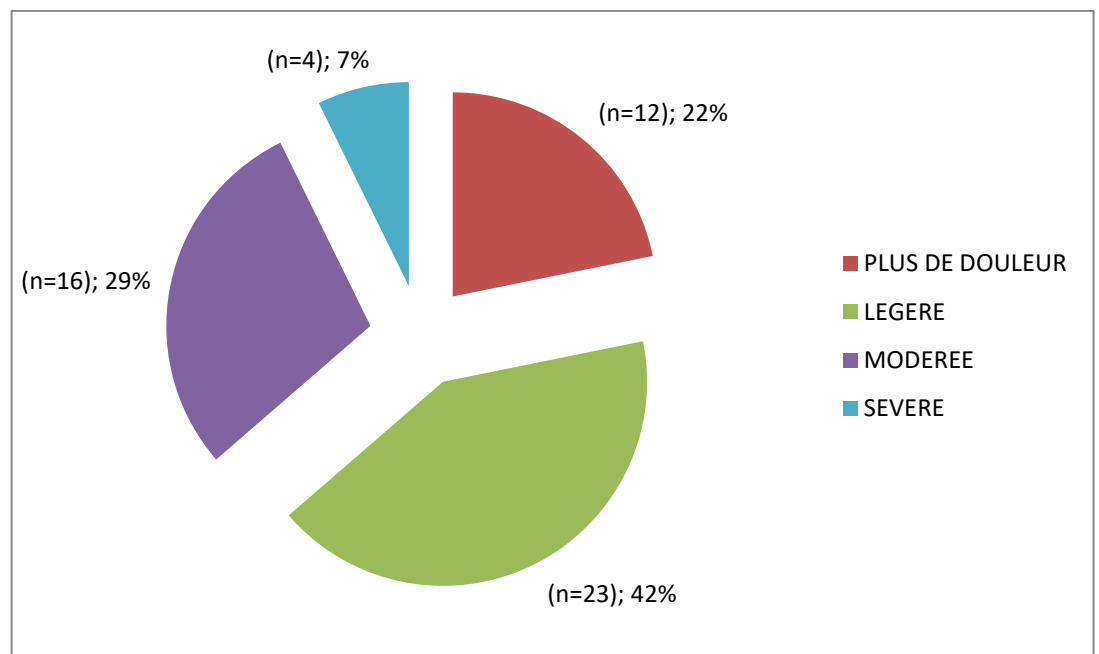


Figure 16 : Répartition des patients selon le niveau de douleur après traitement

II.2.5.3. Cinétique de l'intensité de la douleur en fonction de l'Echelle numérique :

II.2.5.3.1. Cinétique de la douleur sévère :

Parmi les 23 patients qui ont présenté une douleur sévère, après avoir reçu un traitement :

- la douleur est restée sévère pour 4 patients
- la douleur est devenue modérée pour 9 patients
- la douleur est devenue légère pour 6 patients
- la douleur a disparu totalement pour 4 patients

(Figure 17)

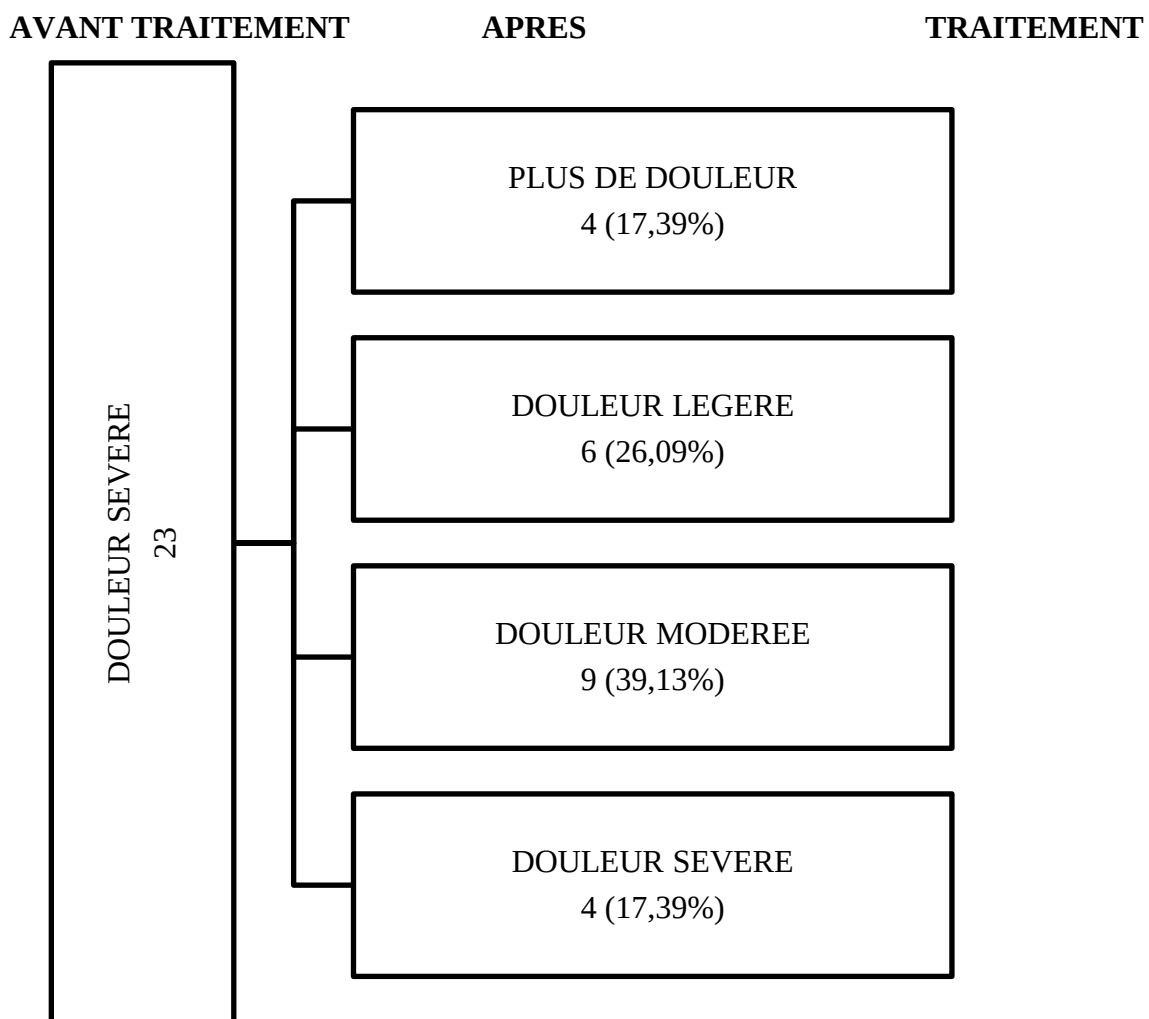


Figure 17 : Cinétique de la douleur sévère avant et après traitement

II.2.5.3.1. Cinétique de la douleur modérée :

Parmi les douleurs modérées, après traitement :

- la douleur est restée modérée pour 7 patients
- la douleur est devenue légère pour 17 patients
- la douleur a disparu totalement pour 8 patients

(Figure 18)

AVANT TRAITEMENT

APRES TRAITEMENT

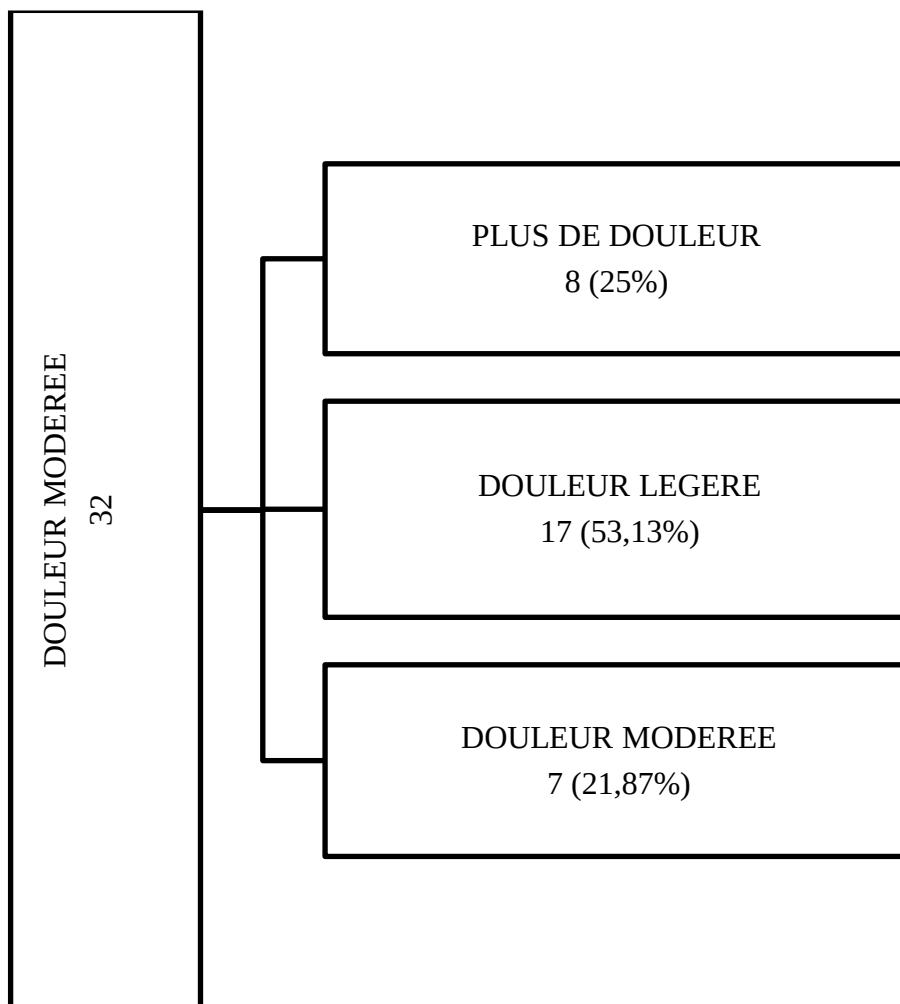


Figure 18 : Cinétique de la douleur modérée avant et après traitement

II.3. Prescription d'antalgique :

II.3.1. Fréquence de la prescription d'antalgiques:

Parmi les patients douloureux, 91% d'entre eux ont bénéficié d'antalgiques et 9% n'ont pas reçu d'antalgiques (figure19).

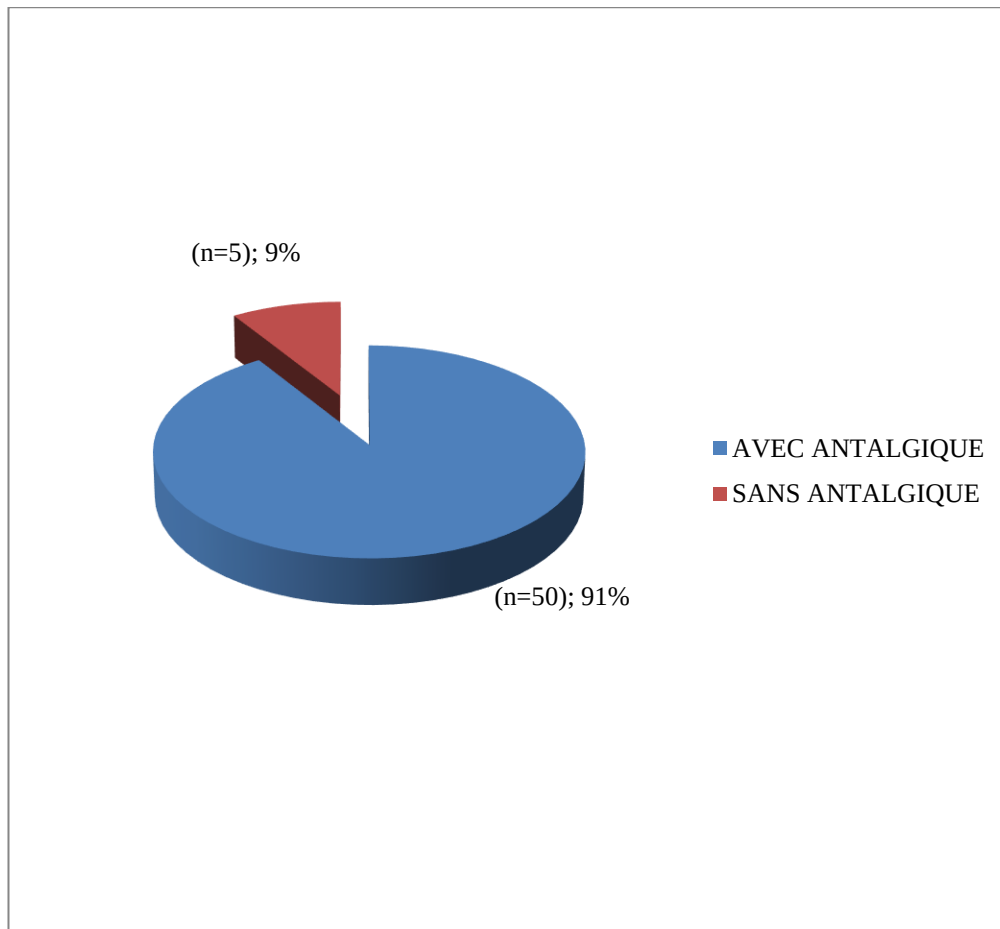


Figure 19 : Répartition des patients selon la prescription d'antalgique

II.3.2. Type d'antalgiques prescrit :

L'antalgique de palier I de l'OMS prescrit seul a été le plus utilisé. La prescription d'antalgique de palier III utilisé seul, ainsi que l'association d'antalgiques de palier I et palier III n'ont pas été rencontrée (Tableau II).

Tableau II : Répartition des types d'antalgiques reçus par les patients

TRAITEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
PALIER I SEUL	35	63,64%
PALIER II SEUL	2	3,64%
PALIER III SEUL	0	0%
PALIER I + PALIER II	5	9,09%
PALIER I + PALIER III	0	0%
COANTALGIQUE	5	9,09%
PALIER I + COANTALGIQUE	3	5,45%
NON TRAITE	5	9,09%

II.4. Efficacité du traitement jugé par les patients:

Les antalgiques utilisés ont été efficace chez 45 patients soit 85% des sujets ayant bénéficié d'antalgiques (figure 20).

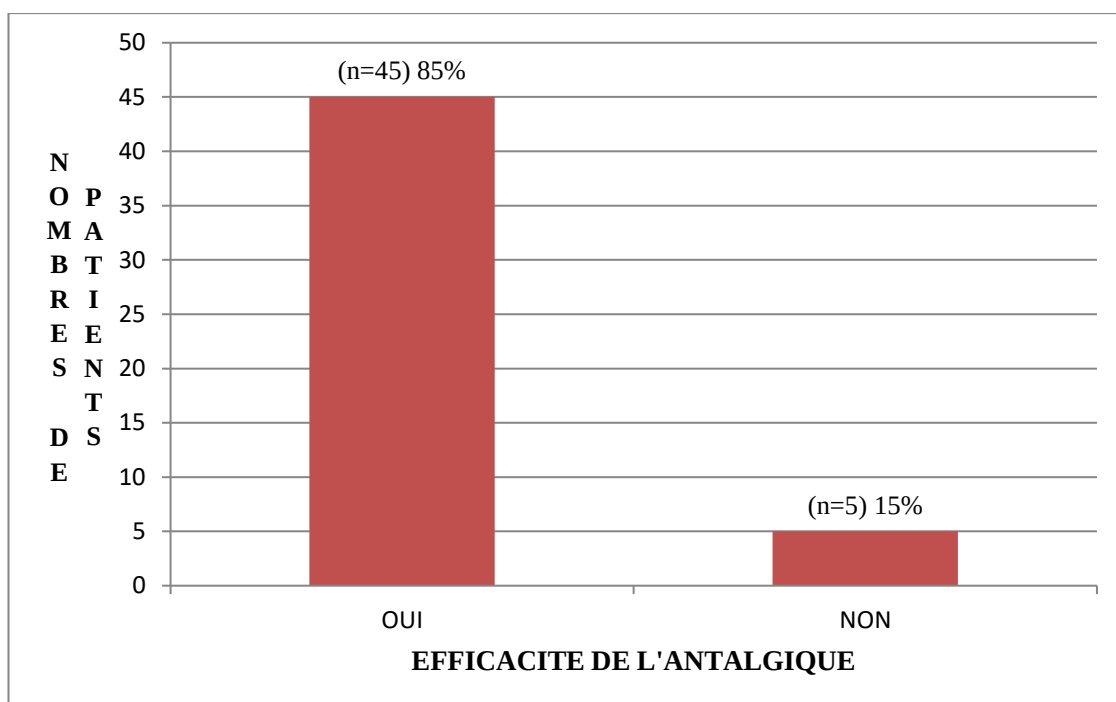


Figure 20 : Répartition selon l'efficacité des antalgiques jugés par les patients

II.5. Satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur :

II.5.1. Pourcentage des patients selon la satisfaction :

Quatre-vingt-quatre pour cent des patients qui ont reçu d'antalgiques ont été satisfaits de la prise en charge de leur douleur. Parmi les 16% des patients non satisfaits, 12% n'ont pas ressenti de soulagement complet, et les 4% ont mentionné que soit la durée de soulagement était courte, soit il y avait eu ajout trop fréquents de médicaments (figure 21).

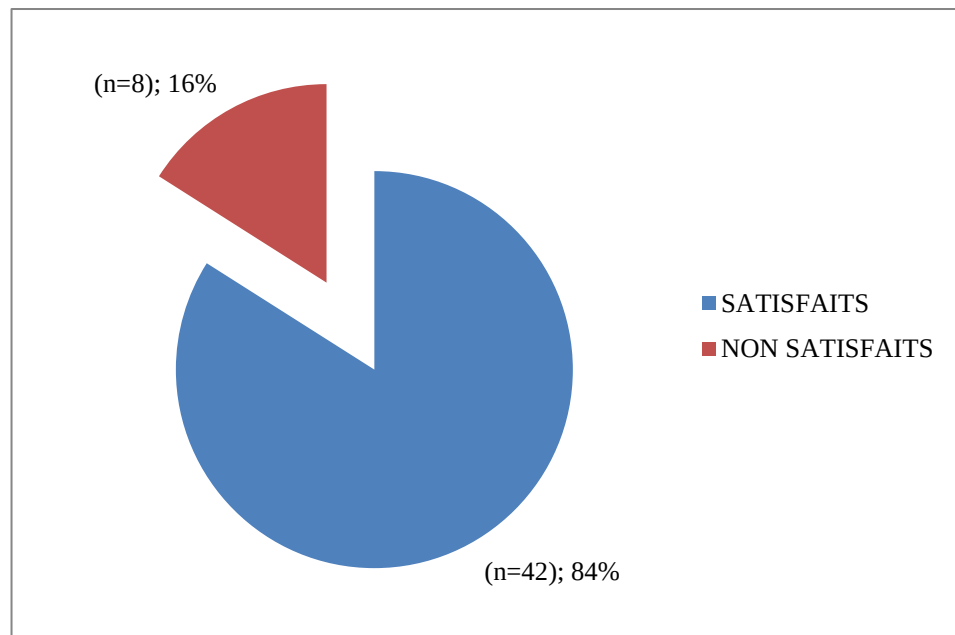


Figure 21 : Répartition des patients selon la satisfaction de la prise en charge de leur douleur

II.5.2. Motifs d'insatisfaction :

Parmi les raisons d'insatisfaction des patients quant à la prise en charge de leur douleur, l'absence de soulagement total a été le plus cité (75%). (Figure 22)

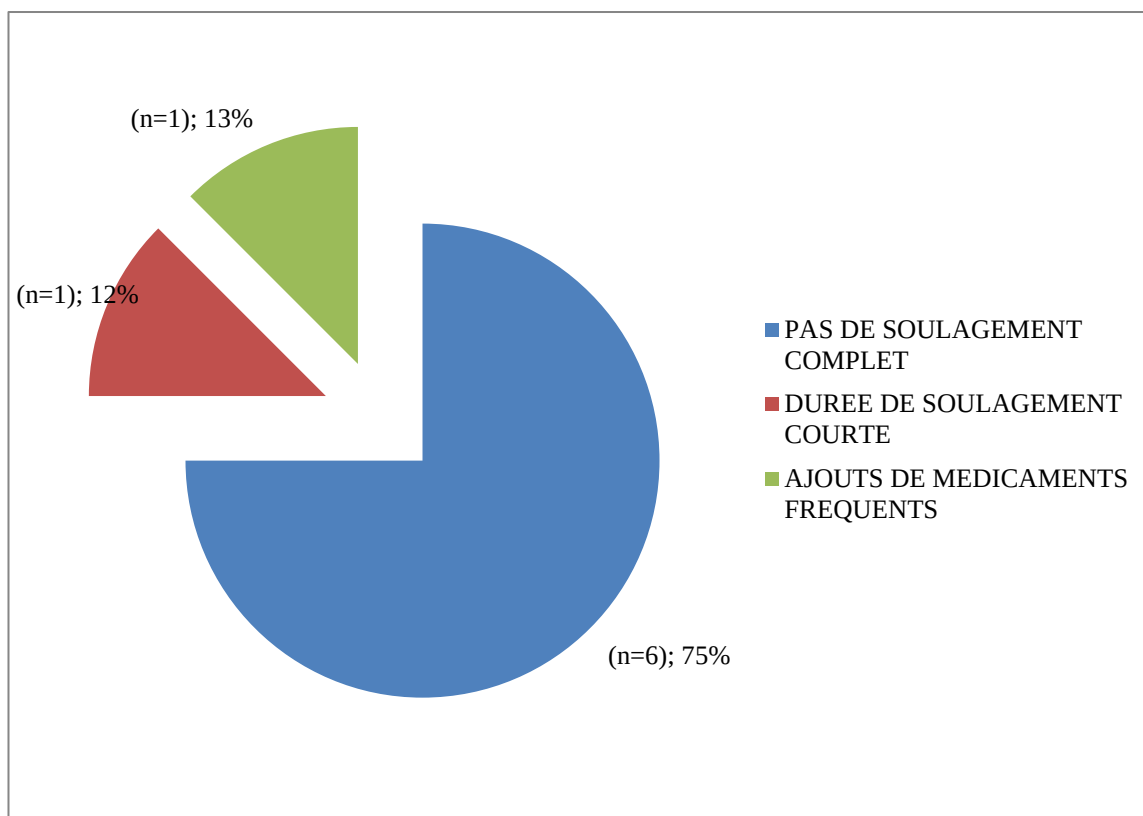


Figure 22 : Répartition des patients selon les motifs d'insatisfaction

II.6. Confidants des patients :

La plupart des patients (72,73%) ont partagé leur douleur en même temps avec l'entourage, le médecin et l'infirmier. Par contre, les patients n'ont pas confié leur douleur au médecin seul ou à l'infirmier seul (Figure 23).

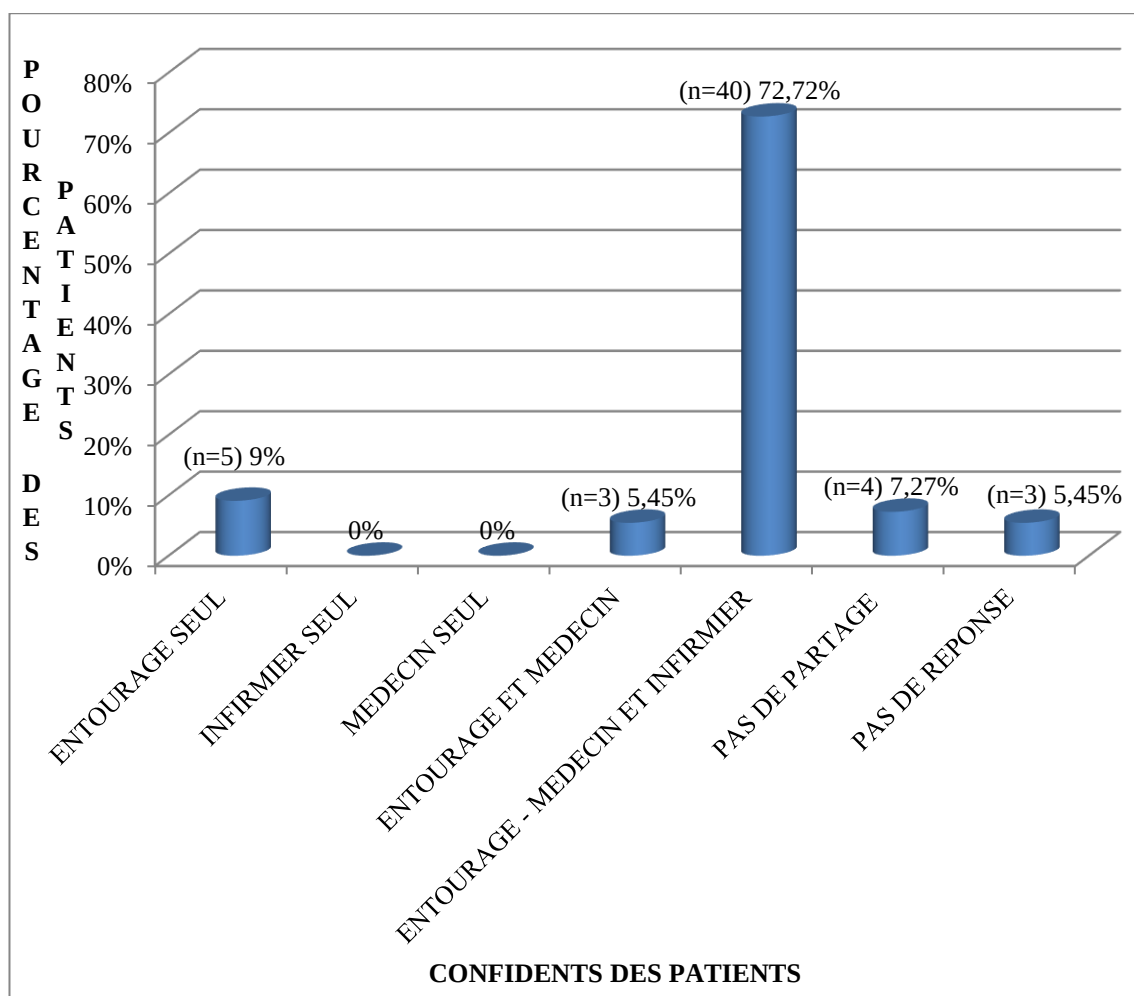


Figure 23 : Répartition des patients selon leurs confidants

II.7. Disponibilité des antalgiques :

Les antalgiques prescrits ont été disponibles à la pharmacie de l'HJRA dans 98% des cas. (Figure 24)

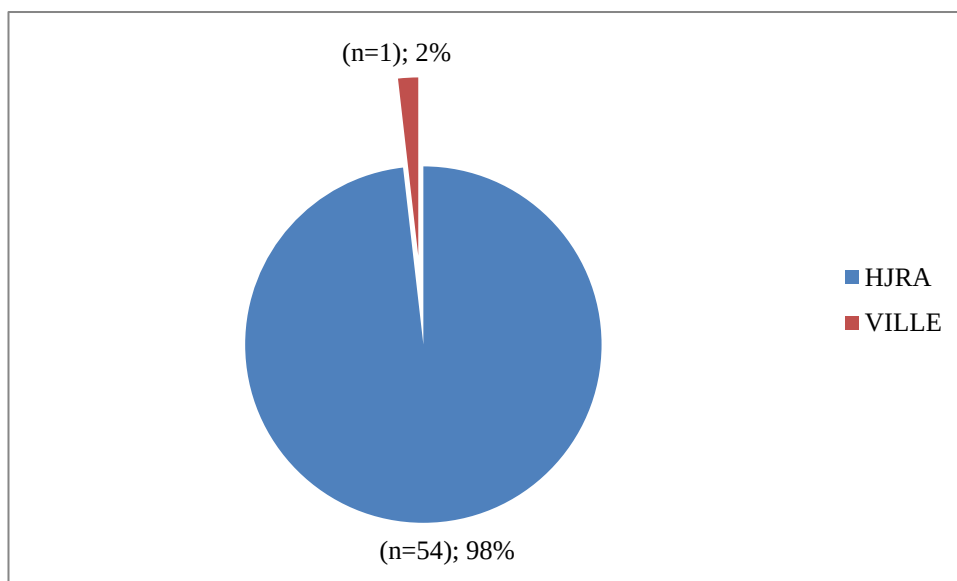


Figure 24 : Répartition des antalgiques selon la disponibilité à l'HJRA ou en ville.

II.8. Situation financière des patients :

La majorité des patients (75%) n'a pas eu de problème financier quant aux achats des antalgiques. (Figure 24)

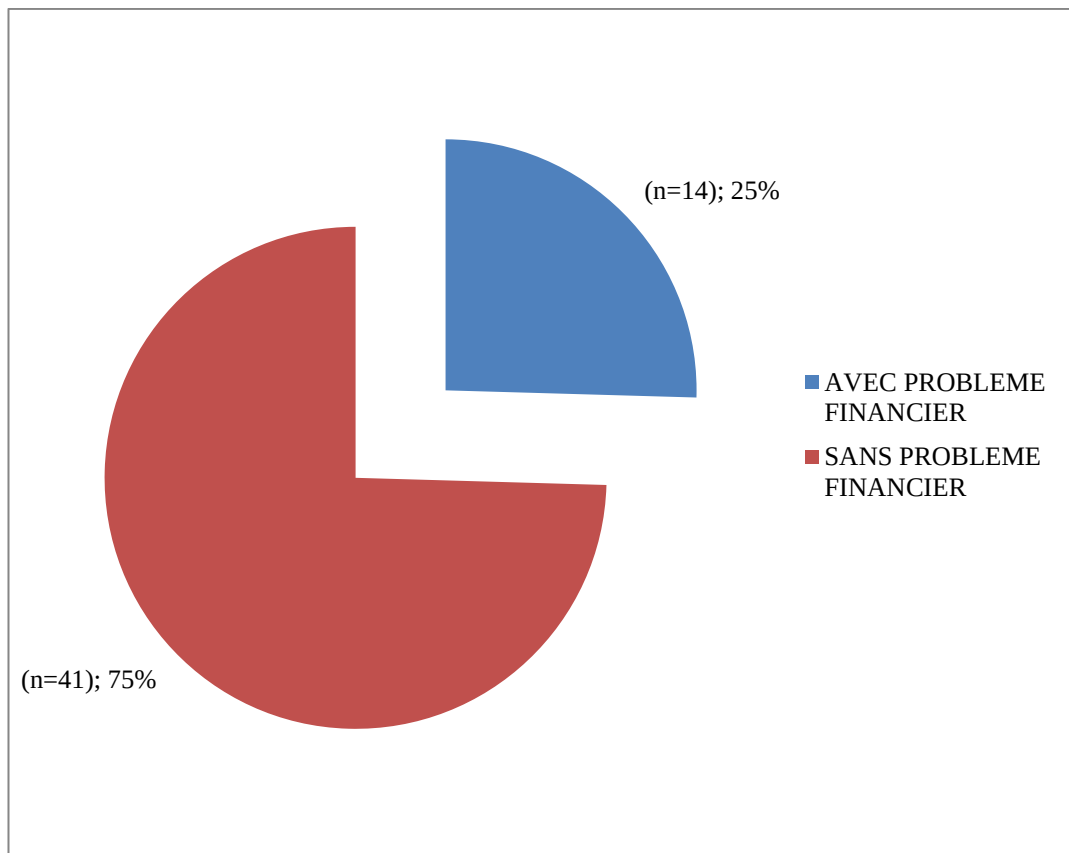


Figure 25 : Répartition des patients selon la situation financière

II.9. Suivi des patients après sortie de l'hôpital:

II.9.1. Possibilité pour un suivi à l'hôpital :

Après l'hospitalisation, 89% des patients pourront revenir à l'hôpital pour un suivi ou contrôle de la maladie. Les 11% restant penseront avoir une difficulté pour retourner à l'hôpital. (Figure 25)

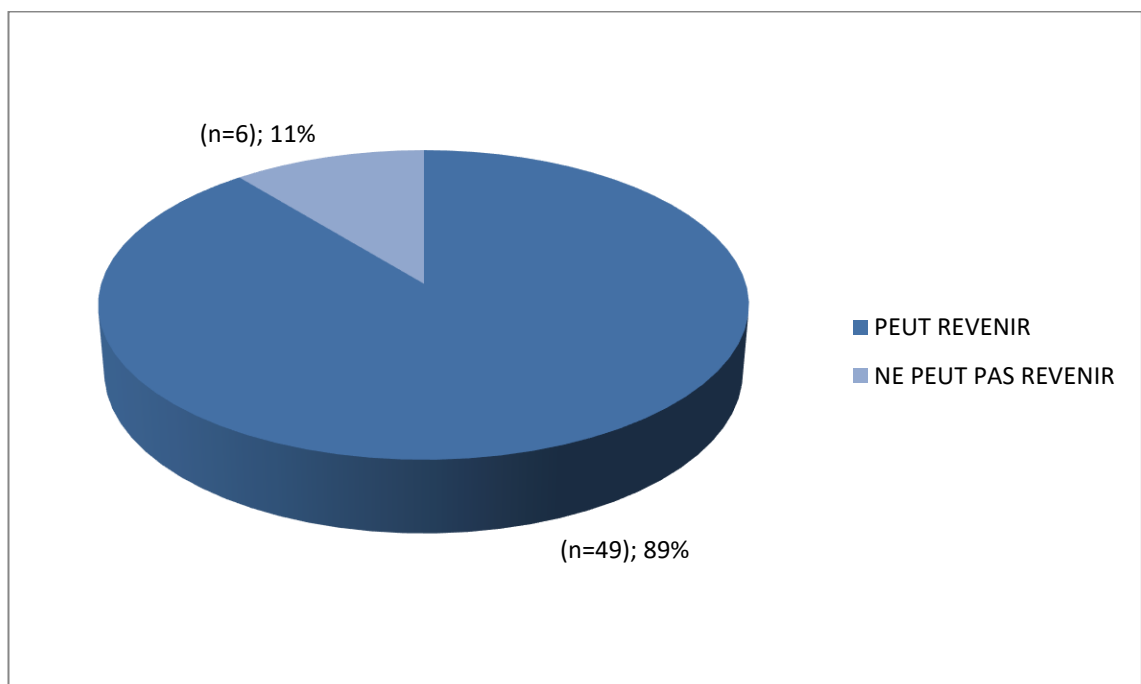


Figure 26 : Répartition des patients selon la possibilité de suivi à l'hôpital.

Parmi les patients qui ont pensé ne plus pouvoir revenir à l'hôpital en cas de besoin, l'habitation loin d'un hôpital, ainsi que le problème pécunier constitueraient en grande partie un obstacle pour eux. (Figure 26)

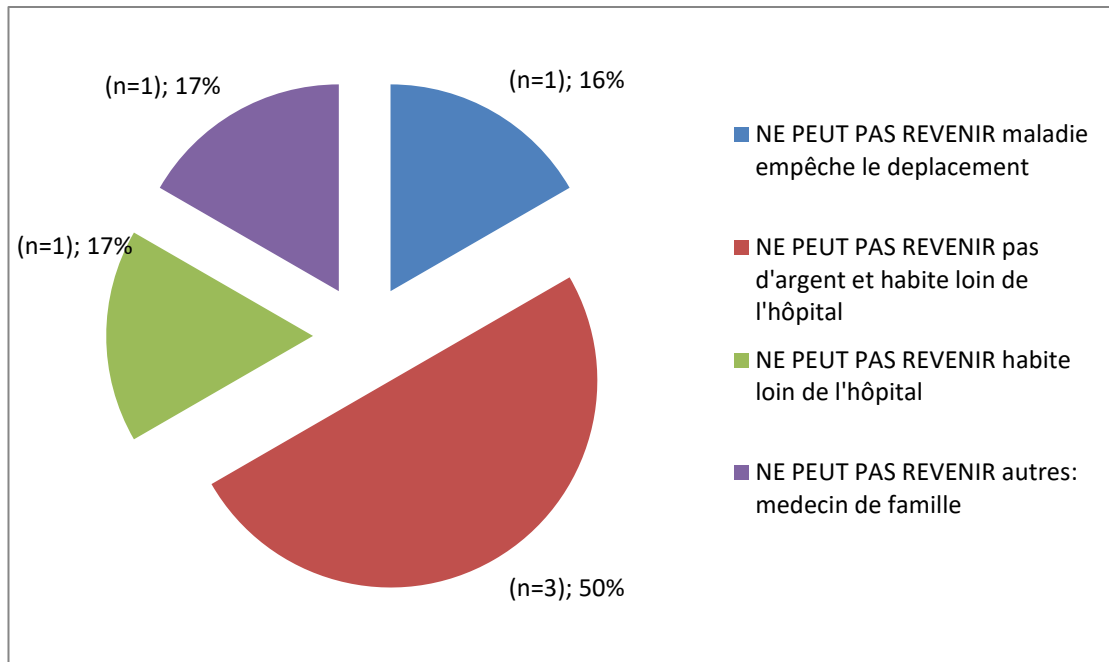


Figure 27 : Répartition des patients selon les motifs de non-retour à l'hôpital.

II.9.2. Motivation des patients pour une assistance à domicile dans la gestion de la douleur :

II.9.2.1. Répartition des patients selon le besoin d'aide :

Une aide à domicile est souhaitée par 82% des patients pour la gestion de leur douleur. Par contre, 18% des patients ne voudront pas qu'on vienne chez eux après sortie de l'hôpital.

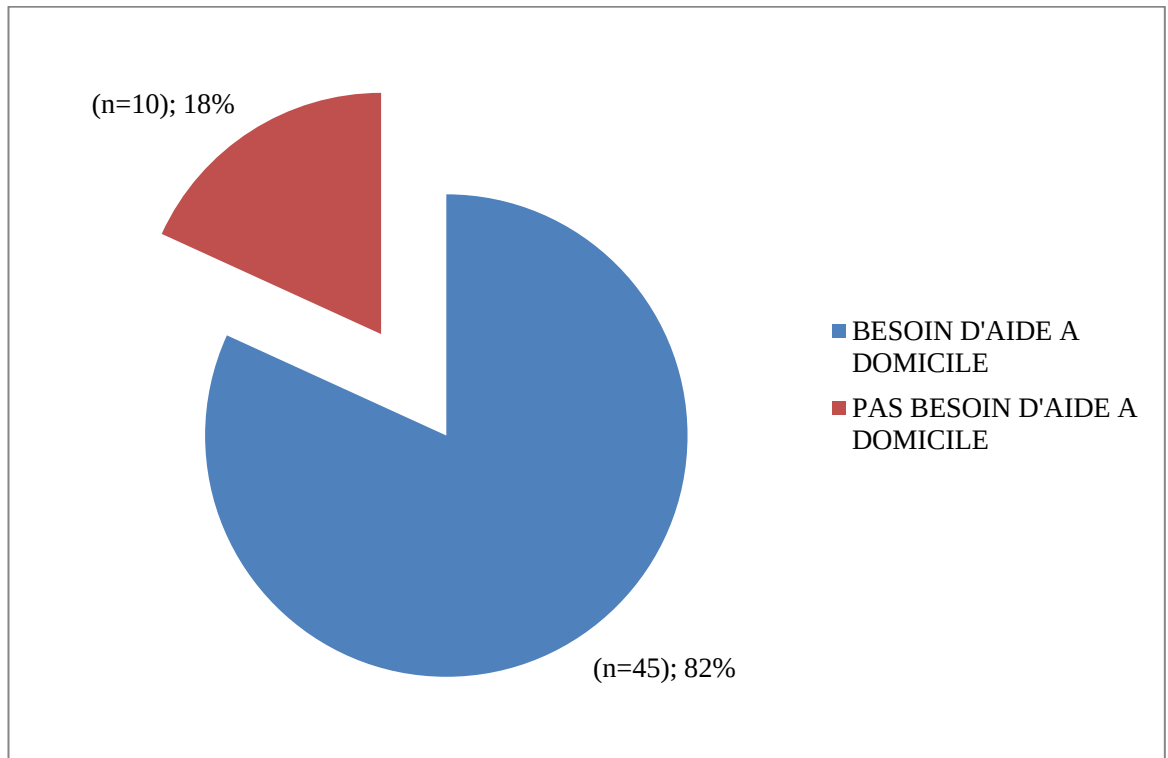


Figure 28 : Répartition des patients selon le besoin d'aide

II.9.2.2. Type d'aide sollicité par les patients :

Pour les patients qui voudront avoir une aide à domicile, la majorité (53%) souhaiteront se procurer de soins et de médicaments pour gérer leur douleur, et en même temps pouvoir se confier à quelqu'un de sa maladie. Seulement 2% d'entre eux ne voudront pas qu'on leur prescrit des médicaments (Figure 26).

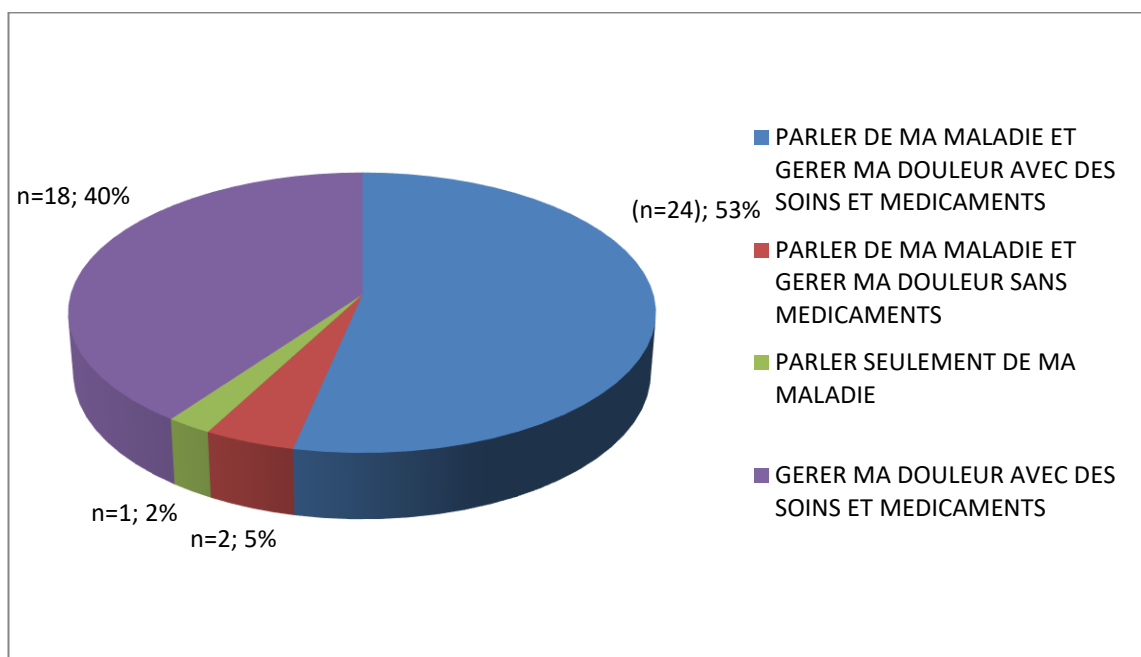


Figure 29 : Répartition des patients selon le type d'aide souhaité

II.9.3. Soutien par l'entourage:

Après l'hospitalisation, 98% des patients auront des proches (famille, amis, voisins) qui pourront s'occuper d'eux à la maison. (Figure 27)

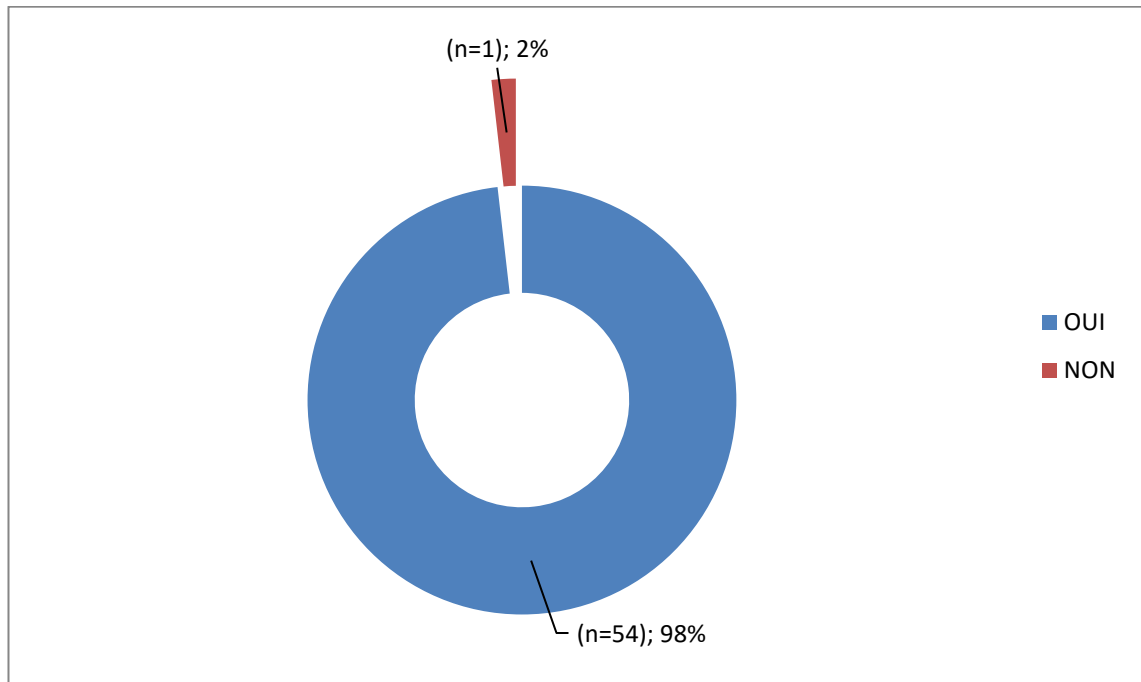


Figure 30 : Répartition des patients selon le soutien de l'entourage.

II.9.4. Personnel médical de référence :

En cas de maladie, 51% des patients auront déjà un soignant à consulter en priorité contre 49% qui consulteraient directement à l'hôpital. (Figure 28)

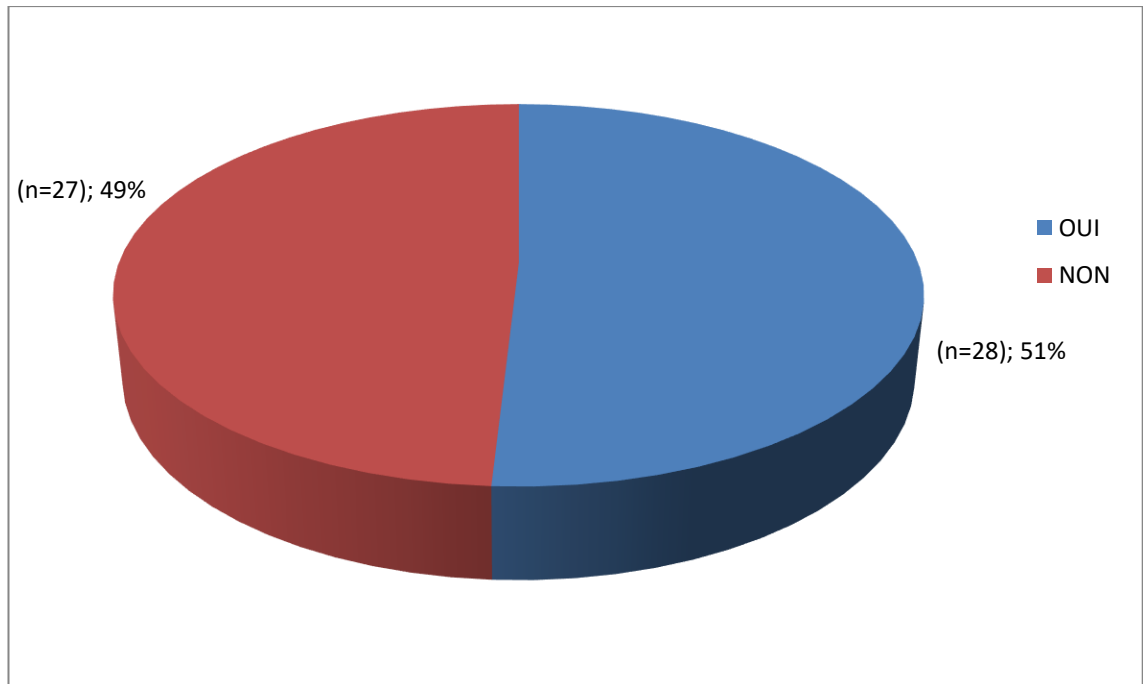


Figure 31 : Répartition selon la présence ou non d'un personnel médical de référence en cas de maladie.

II.10. Etude analytique des données :

Tableau III : Croisement entre l'intensité de la douleur et genre

GENRE			
INTENSITE	MASCULIN	FEMININ	P=0,229
MODEREE	59,38%	40,63%	
SEVERE	69,57%	30,43%	

L'intensité de la douleur n'est pas corrélée au genre (p=0,229)

Tableau IV : Croisement entre la douleur sévère et siège de la douleur

SIEGE DE LA DOULEUR					
DOULEUR SEVERE	TETE ET COU	MEMBRES	TRONC	DIFFUSE	P=0,369
NON	9,68%	45,16%	38,71%	6,45%	
OUI	4,35%	43,48%	30,43%	21,74%	

La sévérité de la douleur était indépendante de sa localisation (p=0,369)

Tableau V : Croisement entre l'intensité de la douleur et paliers de l'OMS

PALIERS ANTALGIQUES					
INTENSITE	SANS TRAITEMENT	PALIER I	PALIER II	ASSOCIATION D'ANTALGIQUES	P=0,771
MODEREE	12,90%	61,29%	3,23%	22,58%	
SEVERE	13,04%	56,52%	0,00%	30,43%	

La prescription des antalgiques par palier n'était pas conforme à l'intensité de la douleur (p=0,771)

Tableau VI : Croisement entre la satisfaction des patients et suivi à l'hôpital

SUIVI A L'HOPITAL			
SATISFACTION	OUI	NON	p=0,122
SATISFAIT	86,36%	13,64%	
NON SATISFAIT	100,00%	0,00%	

La satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur n'était pas liée directement sur leur besoin d'être suivi à l'hôpital (p=0,122)

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. Modalité de l'étude :

Durant le passage de l'enquêteur dans chaque service de CHU-JRA, 126 patients hospitalisés ont respecté nos critères.

La petite taille de cet échantillon s'explique par la méthodologie de l'étude qui est une enquête type un jour donné s'effectuant seulement dans 18 services, alors que dans l'étude réalisée au CHU BORDEAUX en 2005 [59], cinq cent soixante-sept patients ont participé à l'enquête sur une trentaine de services, et celle réalisée au CHU de LIMOGES en 2005 [60], mille neuf cent dix-neuf patients ont été interrogés.

II. Profil épidémio-clinique des patients :

II.1. Prévalence de la douleur :

Notre étude a permis de recueillir, auprès de 126 patients hospitalisés le jour de l'enquête, des données sur la prévalence globale de la douleur en un jour donné au sein de CHU-JRA. Notre enquête a mis en évidence 55 patients présentant une symptomatologie douloureuse, la douleur existait chez 43,65% des hospitalisés. Ceci est comparable à celui évoqué par la littérature [61] qui indique que cette prévalence varie de 33 à 80%.

-En 2003, une enquête [62] réalisée dans 18 services d'urgences en Basse Normandie a noté une prévalence de 72 %.

-Sur une étude un jour donné effectuée en 2005 au CHU de Limoges [60], 40% des patients alléguaient une douleur contre 60% ne se plaignaient d'aucune douleur.

-Au centre hospitalier de Châteauroux, leur étude en un jour donné en 2006[63], a aussi noté une prévalence de 66%.

-L'étude malgache faite en 2012 concernant les processus et les résultats de prise en charge de la douleur dans 11 services de médecine interne du CHU de Befelatanana [10] a retrouvé une prévalence de 34,64%.

Nous avons retrouvé une diminution significative de cette prévalence, puisque l'enquête de même méthodologie [64] effectuée au cours du mois de mai 2012 au sein de CHU HJRA a révélé une prévalence à 54,08% dans seulement 07 services, alors que notre enquête s'est déroulée dans 18 services. Ceci peut s'expliquer par la forte collaboration de l'établissement avec des structures axées sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur :

- Douleurs Sans Frontières (DSF) depuis juillet 2008.

- le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) qui a été instauré en avril 2010.

C'est aussi le cas pour le CHU de Bordeaux, puisqu'en 2009, leur étude [65] évoque une prévalence de 23,8% alors qu'en 2006, elle était de 27,6%.

II.2. Selon l'âge :

L'âge moyen de nos patients a été de 45,09 ans, la littérature [66] indique que c'est à l'âge de quarantaine que l'on peut bien exprimer la douleur, puisque les soignants ont du mal à analyser la douleur chez les enfants et la douleur est souvent considérée comme un phénomène habituel au cours du vieillissement [67], les sujets âgés ont moins tendance à se plaindre. L'influence de l'âge contribue largement sur l'expression de la douleur. Chez l'enfant, elle est plus complexe, et chez la personne âgée, l'appréhension, la perception et le vécu de la douleur se modifient. En effet, il existe une variation de la perception de la douleur d'un individu à l'autre. Rappelons que la douleur est une perception subjective, son expression dépend de l'état affectif ou émotionnel, des expériences antérieures, ainsi que la motivation du sujet.

II.3.Selon le genre :

Notre population d'étude comprend une large majorité d'hommes (64%), avec un sex ratio de 1,75. Les patients douloureux pour chaque tranche d'âge étaient des hommes.

La même constatation est vue sur une étude européenne [68], qui note que 61% des douloureux étaient de genre masculin, contre 39% de genre féminin. En France, l'enquête [69] réalisée en début 2010 dans 11 services a aussi retrouvé une prédominance masculine (57%).

Pourtant, selon notre étude, la douleur n'est pas directement corrélée au genre ($p = 0.229$)

II.4. Selon la profession des patients :

Durant notre enquête, nous avons constaté que 34,54% des patients douloureux interrogés étaient sans emploi. La perception et l'expression de la douleur ne se limite pas seulement aux aspects psychophysiologiques, mais plusieurs facteurs influencent grandement à sa ressenti, et même l'environnement socioprofessionnel peut intervenir.

Une étude en 2010 [70] axées sur les caractéristiques des patients douloureux appuie cette théorie, elle révèle que les patients douloureux ont un niveau de vie significativement plus faible.

Malheureusement, notre étude n'a pas exploité les caractéristiques des patients douloureux, mais on peut noter que le niveau de formation, l'hygiène de vie, l'activité physique, le tabagisme, et même l'indice de masse corporelle entrent en jeu dans la perception de la douleur [71].

III. Selon le service d'hospitalisation :

Dans notre étude, la douleur est plus fréquente dans les services de traumatologie. Ceci peut s'expliquer par l'importance journalière des circonstances accidentelles, soit par accident de circulation, de voie publique ou accident à responsabilité civile. En plus, la capacité d'hospitalisation pour les services de traumatologie au CHU-JRA est suffisante pour accueillir en moyenne 165 patients par mois.

Par contre, trois services n'ont pas eu de patients douloureux correspondant à notre étude :

- concernant le service Urologie, le nombre d'hospitalisation par mois est d'environ 50 patients par mois. La pathologie urologique est donc rarement rencontrée face à la pathologie traumatique.
- le service rééducation fonctionnelle est en majorité des cas, un service qui reçoit les consultations externes où les patients ne séjournent pas plus de 12 heures.
- le service Réanimation médicale accueille en grande partie des sujets inconscients. Au cours de notre passage durant l'enquête, tous les patients hospitalisés du service étaient soit inconscient, soit arrivé moins de 12 heures, ce qui fait qu'ils étaient automatiquement exclus de notre étude.

IV. Analyse de la douleur :

IV.1. Selon la localisation :

La douleur siégeant au niveau des membres a été la plus fréquente. Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est le service traumatologie qui a eu des patients douloureux le plus nombreux.

IV.2. Selon la pathologie :

Selon les pathologies rapportées par l'ensemble des personnes présentant une douleur, il n'existe pas d'écart entre une pathologie traumatique et non traumatique.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée au niveau d'un centre hospitalier universitaire qui prend en charge différentes pathologies.

Une étude faite par Breivik et ses collaborateurs en 2006 en Europe [72] rapporte la fréquence des pathologies musculo-squelettiques à l'origine de la douleur. A noter cependant que c'était une étude faite en France via questionnaire par internet donc toutes pathologies confondues.

IV.3. Selon le type de la douleur :

Notre étude a permis d'objectiver que 89% des patients ont présenté une douleur nociceptive, contre 6% seulement présentant une douleur neuropathique. En effet, la composante nociceptive est le plus couramment rencontrée dans la majorité des douleurs aiguës [26]. D'autant plus que notre étude s'est déroulée dans un centre chirurgical, il n'est pas étonnant que ce sont les patients post-opérés qui sont les plus nombreux.

Mais parmi les douleurs nociceptives, c'est la composante somatique qui a été vue fréquemment (86%). L'explication de cette forte proportion réside au fait que les pathologies cutanées, tissus mous, osseux, ligamentaires, articulaires, musculaires sont importantes dans un centre hospitalier à vocation chirurgicale.

V. Aspects de prise en charge de la douleur :

V.1. Evaluation de la douleur par les soignants:

Concernant l'évaluation de la douleur, 69% des patients ont déclaré que leur douleur n'a pas été évaluée avant prescription de médicaments.

Au Centre Hospitalier de Chatoceaux [63], l'évaluation a été négligée chez 73% des patients. Ces proportions sont largement au-dessus de celle retrouvée par l'étude au CHU de Limoges [60], qui indique une absence d'évaluation par les soignants chez 39% des patients.

Ces études mettent en évidence que l'évaluation de la douleur n'est pas suffisamment réalisée par les soignants. Ceci peut s'expliquer par la subjectivité de la douleur, conduisant à la notion de présomption d'absence de douleur, et contribue à sa sous-évaluation. Mais aussi, de nombreux médecins ne sont pas conscients que la douleur est mieux prise en charge que quand elle est évaluée initialement [73] et quand le traitement est réévalué régulièrement.

En pratique la nécessité d'évaluer la douleur est encore mal comprise par les équipes soignantes et alors que l'évaluation doit être systématique, notée et intégrée à des protocoles, quels que soient les niveaux de douleur.

V.2. Intensité de la douleur des patients :

Pour évaluer l'intensité de douleur des patients, nous avons utilisé l'échelle numérique qui est une échelle d'autoévaluation validé internationalement [74].

Plus de la moitié des patients (52%) ont présenté une douleur d'intensité modérée. La douleur est plus qu'une expérience sensorielle discriminative permettant de connaître l'intensité [75], mais sa quantification connaît une grande difficulté du fait de son caractère subjectif et multifactoriel, avec une participation émotionnelle et affective souvent variable d'un individu à l'autre, rendant difficiles les méthodes de mesure objective. Une douleur de même intensité peut être exprimée différemment d'un sujet à l'autre, puisque certain tend à l'exagération par rapport à la gravité de la cause identifiée, et d'autre, à la sous-déclaration. Quand même la sévérité de la douleur est indépendante de sa localisation, ($p=0.369$)

Cela doit justifier une évaluation des différents niveaux de retentissement d'une douleur [76]. Il faut noter aussi l'obligation des soignants d'informer les patients sur la nécessité de signaler leurs douleurs afin de les soulager rapidement [77].

En France, X. Kieffer et al [78] ont constaté que les patients sont encouragés à signaler leur douleur dans 75 % des cas.

V.3. Fréquence de prescription d'antalgiques :

Dans notre étude, 91% des patients ont reçus d'antalgiques et les 9% n'ont pas été traité. Ce pourcentage s'explique en partie par le fait que soit, ils ont déjà bénéficié d'un traitement étiologique, soit, ils n'ont pas encore partagé leur douleur au médecin.

Des résultats similaires sont retrouvés sur l'étude de Vig V et al [79], 9 % des patients aussi n'étaient pas traités pour la douleur. L'étude malgache [64] en 2012 au même établissement a révélé que 7,55% des patients algiques étaient non traités.

Selon la littérature [80], le pourcentage de malade algique et ne recevant aucun antalgique constituerait un indicateur simple permettant d'informer le personnel soignant de la qualité de la prise en charge de la douleur ainsi que d'évaluer l'impact des mesures mises en œuvre pour améliorer cette conduite.

V.4. Les antalgiques prescrits :

Les antalgiques les plus utilisés ont été ceux des paliers I de l'OMS. Rappelons que l'OMS a instauré une échelle de décision thérapeutique comportant trois paliers d'analgésiques destinée surtout pour la prise en charge des patients cancéreux. Mais qu'on peut extrapoler à la prise en charge d'autres douleurs d'origine nociceptive comme une échelle de prescription en fonction de l'intensité de la douleur.

Un passage au palier supérieur est indispensable en cas d'inefficacité du palier précédent.

V.4.1. Utilisation des antalgiques palier I :

Dans notre étude, les patients se plaignant de douleur modérée ont été les plus nombreux (58%) conduisant ainsi les médecins à la prescription d'antalgique de niveau I, que nous avons remarqué que c'est le plus prescrit (63,64%). Le palier I est surtout indiqué dans le traitement des douleurs légères à modérées.

V.4.2. Utilisation des antalgiques palier II :

L'utilisation des antalgiques palier II a été de 3,64% dans notre étude. Ce faible taux de prescription des antalgiques de palier II de l'OMS pourrait s'expliquer par la méconnaissance des médecins sur leur utilisation entraînant ainsi la non prescription de ces morphiniques faibles.

V.4.3. Utilisation des antalgiques palier III :

Par contre, on constate une utilisation restreinte voire même absente des antalgiques de palier III (morphinique et ses dérivés). Or, on note une proportion importante (42%) des patients ressentant une douleur d'intensité sévère. Alors que la recommandation préconise que les antalgiques de palier III sont indiqués pour des douleurs sévères [35] et notant aussi que la morphine est un médicament disponible à la pharmacie de l'hôpital. En effet, l'utilisation thérapeutique des opioïdes forts suscite depuis longtemps des craintes tant chez les patients que chez les soignants [81,82]. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients rattachent encore la morphine et ses dérivés à la fin de vie, avec l'idée d'une « mort fine » [83]. Et d'autre part, l'hésitation par les soignants par peur du risque, pour leurs patients, de dépendance, d'addiction ou de mésusage constitue aussi un frein pour sa prescription [84].

Des résultats similaires ont été constatés par deux études malgaches [10, 11] réalisées dans des services différents. L'usage de ces analgésiques opioïdes majeurs dans notre pays est donc encore mal connu par les soignants. Tandis que dans les pays développés, ces raisons de non prescription des antalgiques de palier III sont en voie de régression [85]. Il faut souligner que la morphine est actuellement un médicament largement évaluée, efficace, fiable, sans effet plafond et disposant d'un antidote [86]. Le grand âge n'est pas une limite à son utilisation. Son efficacité en toute sécurité a été largement démontrée [87]

On a aussi constaté que la prescription des antalgiques par Palier n'est pas conforme à l'intensité de la douleur ($p=0.771$)

V.4. 4. Utilisation d'association des antalgiques ou de coantalgique :

Quant à l'association des paliers d'antalgiques, on note un résultat infime puisque l'association palier I et palier II a été de 9,09% et il n'existe pas d'association de palier I et II dans notre étude.

Par ailleurs, l'utilisation de coantalgiques était de 9,09%.

Des études antérieures ont montré que les antalgiques de palier I ou palier II de l'OMS sont largement prescrits en première intention. Les soignants n'optent pour une association de deux classes pharmacologiques différentes que lorsque le soulagement de la douleur n'est pas satisfaisant [10].

V.5. Evolution de l'intensité de la douleur après traitement :

A partir d'une évaluation reposant sur les scores d'EN avant et après traitement, seulement 4 patients sur les 23 ayant présenté des douleurs sévères déclaraient ne plus ressentir de douleur.

Effectivement, on a constaté que la prescription d'antalgique ne correspondait pas à l'intensité de la douleur, ceci peut être dû au manque de formation des médecins sur la prise en charge de la douleur.

V.6. Efficacité du traitement :

Dans notre étude, c'est le degré de soulagement jugé par les patients qui a déterminé l'efficacité des traitements instaurés. La majorité des patients a estimé que le traitement a été efficace dans 85% des cas.

La mesure du soulagement s'avère être plus sensible que les variations des scores d'intensité de la douleur, car le soulagement mesurerait sans doute d'autres critères que la douleur à proprement dite. D'une part, il n'existe pas de parallélisme entre le soulagement réel constaté (variation d'échelle d'évaluation entre le début et la fin de la prise en charge) et le soulagement perçu par le patient souvent élevé [62]. Et d'autre part, il est possible de noter une amélioration du soulagement avec des scores de douleurs inchangés.

V.7. Satisfaction des patients :

Les patients ont exprimé leur satisfaction par leur appréciation globale subjective, à partir des expressions verbales simple. Quatre-vingt-quatre pour cent des patients ont répondu qu'ils ont été satisfaits de la prise en charge de leur douleur. Notre questionnaire révèle un taux de satisfaction élevé par rapport à l'étude en 2012 ayant la même méthodologie au sein du même établissement qui a révélé un taux de satisfaction de 68,38% [64]. Ce bon résultat de satisfaction de nos patients peut être lié :

- soit à l'amélioration de prise en charge de la douleur grâce à des formations des soignants par les DSF.
- soit à la prise en conscience des soignants de devoir soulager la douleur et de porter plus d'attention à la douleur des patients.
- soit à une confusion entre la satisfaction de la prise en charge de la douleur et une satisfaction plus globale de sa maladie.

Parmi les non satisfaits, l'absence de soulagement total ressenti par les patients constituaient le motif le plus fréquemment cité ($p=0.001$). Pour les patients, l'effet des antalgiques devrait être immédiat, et durer le plus longtemps possible. L'absence de prescription d'antalgique a été énoncée au second rang d'insatisfaction puisque 3 patients souhaiteraient recevoir d'antalgiques.

V.8. Confidents des patients :

Durant notre étude 9% des patients confient leurs douleurs à l'entourage, quasiment personne ne confie leurs douleurs aux personnels médicaux seulement, 72% avaient plus qu'un confident.

Ce résultat est comparable aux résultats de l'étude faite en 2014 par Rakotoarison et al durant laquelle 57,63% des patients ont leurs proches comme confidents puis les infirmiers 30,51% et plus qu'un confident dans 11,86% [64].

L'explication des différences entre les chiffres réside dans le surplus de services, notre enquête a porté sur 18 au lieu de 7 services.

Or le fait de ne pas confier la douleur aux personnels soignants constitue un obstacle dans la prise en charge adéquate de la douleur des patients car les personnels soignants n'ont pas à leur disposition toutes les informations nécessaires. Ainsi, les patients doivent se confier aux personnels médicaux, mais aussi, les personnels soignants ont l'obligation d'expliquer aux patients l'importance de la confiance qui doit régner entre médecin et malade surtout vis-à-vis de la douleur afin d'améliorer la prise en charge [88].

V.9. Disponibilité des antalgiques :

Parmi les antalgiques prescrits, 98% sont largement disponibles à la pharmacie d'HUJRA. Ceci devrait permettre une prise en charge optimale de la douleur en milieu intrahospitalier. Pourtant, 20% des patients restent non satisfaits de leur prise en charge.

Ceci est probablement en rapport avec le non-application des formations sur la gestion de la douleur prodiguée aux médecins et surtout le manque d'enseignement des infirmiers qui sont au premier plan dans l'accueil des patients douloureux[89]. Mais on peut aussi remarquer que les antalgiques, même disponibles, ne sont pas employés à bon escient.

VI. Situation financière et profession des patients:

Les patients interrogés n'ont pas de problème financier dans l'achat des antalgiques prescrits dans 75% des cas. Pourtant, notre enquête a objectivé que les patients douloureux sans emploi étaient les plus nombreux (34,54%). Ceci est comparable à de nombreuses études [70, 90, 91] qui stipulent que les personnes présentant une douleur étaient significativement plus nombreuses avec des revenus annuels plus faibles. Mais il faut aussi noter qu'une part non négligeable de patients (21,82%) n'a pas donné de réponse au cours de notre passage.

VII. Avis des patients pour un suivi à domicile dans la gestion de la douleur:

Quand on a demandé l'avis des patients hospitalisés après leur sortie de l'hôpital :

-quatre vingt-neuf pour cent d'entre eux n'ont pas trouvé d'obstacle pour un quelconque retour à l'hôpital en cas de besoin de suivi. Cette proportion très élevée peut traduire que de bon nombre de patients est conscient qu'il sera mieux pris en charge en milieu hospitalier.

Or, une étude Italienne faite par Pasquale Niscola et al. montre une égalité de prise en charge de la douleur que ce soit en hospitalier ou à domicile sans nécessiter d'hospitalisation ; effectivement sur 284 patients douloureux, l'analgésie a été obtenue chez 254 patients soit 92% [92].

Quatre-vingt-deux pour cent des patients souhaiteront procurer d'une aide à domicile quant à la prise en charge de leur douleur, la majorité souhaiteront pouvoir se confier et parler à quelqu'un de sa maladie et en même temps lui administrer des antalgiques. La part de l'écoute des patients douloureux par les soignants a une répercussion remarquable dans la gestion de la douleur. L'entretien direct avec eux est au centre de sa prise en charge [93]. Cette rencontre interpersonnelle requiert de grande disponibilité et concerne l'ensemble des professionnels de santé.

-seulement 1 patient parmi les 55 interrogés n'a pas quelqu'un pour s'occuper de lui à son retour à domicile. Certes, le soutien de l'entourage prend une large place pour aider à gérer leur douleur [93]. Puisque, rappelons que la douleur reste irréductiblement somato-psychique, dans le sens où elle est à la fois une expérience sensorielle, émotionnelle et psychique. On peut en déduire que le soulagement de la douleur ne se limite pas seulement au plainte somatique mais vise en même temps à réduire l'impact psychique. Le renforcement psychosocial est donc indispensable pour l'accompagnement des patients algiques. D'ailleurs, la culture malgache incite à la solidarité même en cas de différends.

- cinquante et un pourcent des patients ont déjà un personnel soignant de référence à consulter en cas de douleur contre 49% qui consulteraient directement à l'hôpital. On remarque que dans notre étude, il n'existe pas de large écart entre consulter un médecin traitant ou médecin non traitant. La différence de proportion pourrait s'expliquer par le fait que le patient préférerait plus s'orienter vers celui qui le connaît déjà, c'est-à-dire quelqu'un qui a une vision globale de son histoire médical au lieu d'établir de nouveau relation avec d'autre médecin. La seconde raison pourrait aussi être liée à la confiance qui règne entre médecin traitant-patient.

VIII. Place de lutte contre la douleur à Madagascar :

Actuellement, deux organisations contribuent à l'amélioration de la prise en charge de la douleur à Madagascar. D'une part, l'ONG Douleurs Sans Frontières qui a été instauré en juillet 2008, et d'autre part, le Comité de Lutte contre la Douleur qui a été mis en place en avril 2010.

Douleurs Sans Frontières (DSF) :

Etant donné que le CHUJRA est en collaboration étroite avec l'ONG Douleurs Sans Frontières, parlons ci-dessous de leurs activités, leurs réalisations, ainsi que leur projet en cours.

Créée en 1996, Douleurs Sans Frontières (DSF) est une ONG Française de solidarité internationale, reconnue d'utilité publique, œuvrant dans le domaine de la santé et plus spécifiquement dans le domaine de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Les actions sont menées en partenariat avec des structures locales (hôpitaux, associations, universités...). Un réseau de professionnels de la santé spécialisé (médecins, infirmiers, psychologues, pédopsychiatres...) assure bénévolement les missions d'expertise dans le cadre de la formation et de l'appui technique aux différents programmes.

Sa stratégie d'intervention est fondée sur le transfert de compétences via le soutien technique et logistique dans les hôpitaux publics, la formation des acteurs de santé à l'échelle nationale, ainsi que l'expertise technique auprès du Ministère de la Santé. L'expertise de DSF est également régulièrement sollicitée par les institutions internationales.

A Madagascar, DSF développe depuis 2009, avec le Ministère de la Santé Publique Malgache, un programme d'appui, de formation et de renforcement de compétence des professionnels de santé malgaches, en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et les symptômes de fin de vie.

Un premier projet cofinancé par l'AFD s'est focalisé sur l'HJRA et avec la Faculté de médecine d'Antananarivo autour d'un Diplôme Universitaire « Evaluation et traitement de la douleur ».

La suite de leur programme d'appui et de formation à la prise en charge de la douleur, de la souffrance et des symptômes de fin de vie des patients usagers consiste à consolider et renforcer les acquis de telle façon que la prise en charge de la douleur ne soit pas contraignante, qu'elle tienne compte de l'aspect psychosociale et qu'elle soit transversale au sein de l'HJRA.

Leur perspective est d'étendre ces activités à d'autres hôpitaux de Tana et dans les régions.

Leurs activités en cours développeront les axes principaux suivants :

- Structuration d'un centre antidouleur rattaché à l'HJRA pour la prise en charge et le suivi à domicile des patients douloureux. Elle inclut l'approche psycho-sociale et l'appui aux Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD).
- Renforcement des compétences des professionnels, en particulier sur la prise en charge pédiatrique dans l'ensemble des services de l'HJRA et de l'hôpital mère-enfant Tsaralalàna.
- Mise en place d'un dispositif de formation initiale avec la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Appui des médecins ayant obtenu le Diplôme Universitaire « Evaluation et traitement de la douleur » de deux régions (Tamatave et Mahajanga) afin que la prise en charge de la douleur et de la souffrance soit initiée. Ceci inclut un travail pour que l'approvisionnement en morphine dans les deux CHU de ces régions soit effectif.

Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) :

Il a été mis en place par Ministère de la Santé Publique et l'Organisation

Mondiale de la Santé au niveau du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Il a pour mission majeure au sein de l'établissement de santé, d'améliorer la prise en charge des patients souffrants de douleurs dues aux traumatismes et aux interventions chirurgicales, et surtout des personnes cancéreuses, mais aussi

d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur, de la promotion et la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Le CLUD est compétent pour :

- Contribuer à la détermination des objectifs et l'élaboration du programme d'actions de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur. Ces objectifs et programme d'action sont intégrés à l'amélioration de la qualité de l'établissement, au projet médical et projet de soins.
- Participer à la rédaction des protocoles diagnostiques et thérapeutiques visant à lutter contre la douleur, à la diffusion des recommandations de bonne pratique, à l'élaboration de programme d'information et de formation continue des soignants.
- Mettre en place des évaluations des pratiques professionnelles, enquête de satisfaction des patients.

Suggestions :

Notre étude a permis de faire un état de lieux sur la prise en charge de la douleur au CHUJRA, nous constatons que la pratique évolue très lentement et que des progrès restent à faire. Ainsi, afin d'améliorer la qualité de soins antalgiques, nous suggérons :

Au niveau ministériel :

- Elaborer un plan national d'amélioration de prise en charge de la douleur.
- Financer les centres qui visent à lutter contre la douleur.

Au niveau hospitalier :

Rôles des organisations qui luttent contre la douleur :

- Organiser une formation spécifique et continue à l'intention de tous les personnels de santé sur la douleur.
- Etablir un lien pédagogique entre les soignants avec une plus grande disponibilité des centres antidouleur.

- Elaborer un protocole commun écrit, conforme à la réalité malgache et promouvoir son application stricte à tous les services.
- Lutter contre le frein à l'utilisation de la morphine et enseigner les médecins sur son usage pour mieux soulager les patients souffrant de douleur sévère.
- Faire des études qui auront axé sur le lien entre l'antalgiques utilisé et la satisfaction des patients, sur la durée entre la prise d'antalgique et réévaluation des soignants, sur la durée d'analgésie après prise d'antalgique.

Rôles des médecins et des para-médicaux :

- Se référer à des recommandations récentes sur la prise en charge de la douleur.
- Evaluer systématiquement et régulièrement la douleur des patients, adapter les mesures entrepris et parallèlement noter dans le dossier médical des patients le niveau de douleur
- Prêter plus d'attention et d'écoute aux patients douloureux.
- Instaurer une assistance psychologique pour l'accompagnement des patients douloureux.
- Inciter et informer les patients sur la nécessité de signaler leur douleur aux soignants.
- Améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

CONCLUSION

CONCLUSION

La douleur est un symptôme fréquemment rencontré en milieu hospitalier. La prise en charge d'un patient quelque soit sa pathologie passe tout d'abord par les antalgiques afin de mieux appréhender les plaintes du patient et ainsi de venir a bout de sa maladie. Ainsi il ne faut pas sous estimer la douleur.

Cette étude fait au niveau du CHU JRA touche tous les services existants dans cet établissement, elle nous a permis de faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur mais aussi une mise a jour de connaissance sur la prévalence de la douleur. En outre, cette étude va aussi servir de base pour l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux par le suivi des patients à domicile après sortie de l'hôpital. Malgré que ce fût une étude transversale unicentrique, avec un échantillon de patient hospitalisé qui n'est pas représentative de la population Malgache, elle nous permet de prendre conscience sur notre conduite vis-à-vis des patients douloureux.

Durant l'enquête, on a pu encore observé une forte prévalence de la douleur même si cela a diminué par rapport à une étude antérieure, les antalgiques de palier I de l'OMS sont les plus utilisés par les praticiens hospitaliers et peu de médecin utilise le palier III de l'OMS.

Ainsi, dans l'objectif d'une prise en charge optimale de la douleur surtout chez les patients hospitalisés, un renforcement des formations s'avère nécessaire, la prescription rationnelle d'antalgique passe par un recyclage du personnel et une éducation des patients sur la douleur. Les investigations complémentaires sont nécessaires pour identifier les réticences des patients à décrire leur douleur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le Bars D, Willer J. Physiologie de la douleur. EMC-Anesthésie Réanimation. 2004 Août; 1:227–66.
2. Hibon A, Marty J. Sédation et analgésie en pratique préhospitalière. Quelles techniques ? Quels médicaments ? Pour quels médecins. Médecine d’urgence. Paris: Masson; 1995:65-73.
3. Ricard A, Leroy N, Magne M, Leberre A, Chollet C, Marty J . Evaluation de la douleur aigue en médecine préhospitalière. Ann Fr Anesth Réanim. 1997 ; 16:945-9.
4. Pierre T. Pourquoi communiquer sur la douleur. Douleurs Evaluation- Diagnostic- Traitement. 2013; 14:1-3.
5. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. IASP Press. 1994.
6. Pierre T, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Doul Analg. 2002; 1:71-9.
7. Emilie P, Madeleine J, Gérard T. Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse. 2011; 27: 18-30.
8. Bourdillon F, Cesselin F, Cornu P, Guérin G, Laurent B, Le Gall J et al. Évaluation du plan d’amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010. Doul Analg. 2011; 24:102-11. DOI : [10.1007/s11724-011-0243-y](https://doi.org/10.1007/s11724-011-0243-y).
9. Boccar E, Deymer V. Pratique du traitement de la douleur. Paris: Institut UPSA de la douleur ; 2006:31.
10. Andriananja V. Evaluation de la douleur au Centre Hospitalier de Befelatanana. [Thèse]. Médecine Humaine: Antananarivo ; 2013. 51p.
11. Randriamampianina A. Profil de la prise en charge de la douleur au service de reanimation medicale du chua-hjra [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2012. 67p.

12. Rey R. Histoire de la douleur. Ed la découverte 2000;3:47-57.
13. Dowdy D, Eid M, Sedrakyan A, Mendez-Tellez P. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. Intensive care Med.2005;31:611-20
14. Anand K, Craig K. New perspectives on the definition of pain. Pain. 1996;67:3-6.
15. Guirimand F, Le Bars D. Physiologie de la nociception. Ann Fr Anesth. 1996 Juin 15:1038-79
16. Harkouk H, Fletcher D. Une mise au point sur l'hyperalgésie adultes-enfants. Quand, comment et pourquoi la traiter. Anesth Réanim. 2018 Mars.
17. Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne : diagnostic et traitements. Ed Arnette ; 2002 Mars ;1:34-5.
18. Le Bars D, Villanueva L, Chitour D. Les mécanismes physiologiques de contrôle de la douleur. Paris: Maloine; 2000.
19. Wall P, Melzack R. Textbook of Pain. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
20. Biggs JE, Yates JM, Loescher AR, Clayton NM, Boissonade FM, Robinson PP. Vanilloid receptor 1 (TPRV1) expression in lingual nerve neuromas from patients with or without symptoms of burning pain. Brain Res. 2007; 1127:59-65.
21. Le Bars D, Adam F. Nocicepteurs et médiateurs dans la douleur inflammatoire. Ann Fr Anesth Reanim. 2002;21:315-35.
22. Husson M. Traitement De La Douleur. Rev d'évaluation sur le médicament. 2000 Novembre ;11:5-6.
23. Bars D. The whole body receptive field of multireceptive neurones. Prog Brain Res, 2002;40:29-44.
24. Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles ; 2002. p. 27.
25. Sanders KD, McArdle P, Lang Jr JD. Pain in the intensive care unit : recognition, measurement, management. Semin Respir Crit Care Med.2001;22:127-36.

26. Michel L. Diagnostic et principales causes des douleurs neuropathiques. Press Med. 2008 Février;37: 341–5
27. Bouhassira D. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005; 114:29-36.
28. Claudia M, Stéphane D. Guide des soins palliatifs. L'évaluation de la douleur. Paris : Vaudois ; 2008;4:5-10.
29. Delorme T, Wood C, Bataillard A. Recommandations pour la pratique clinique : standards, options et recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, 2003.
30. Bletterv B, Ebrahim L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil et d'urgence. Rea Urg.2001;5:691-7.
31. Boureau F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité. Réa Urg. 2001;12:15-20.
32. Laviderie D. Douleur chez les patients âgés déments: intérêt d'une échelle comportementale d'hétéroévaluation. Doul Analg 1997: 169-72
33. Binoche T, Martineau C. Guide pratique des douleurs. Paris : Masson ; 2005.
34. Vergne-Salle P. Douleurs en rhumatologie, aspects physiopathologiques, moyens d'évaluation, moyens thérapeutiques. EMC Rhumatologie Orthopédie. 2004 Avril ; 1 :266-94.
35. Morello R, Jean A, Alix M. Une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. InfoKara. 1998;51;22-9.
36. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. La douleur en questions. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports : 2008.

37. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Recommandations après le retrait des associations dextropropoxyphène/paracétamol et dextropropoxyphène/paracétamol/caféine. Paris : AFFSAPS ;2010.
38. Milojevic K, Cantineau J, Simon L, Bataille S, Ruiz R, Coudert B et al. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Anesth Réanim.* 2001;20:745-51.
39. OMS. Les antalgiques de l'échelle thérapeutique de l'Organisation mondiale de la Santé. *Doul Analg.*2004; 3:109-41.
40. Martinez V, Lanteri-Minet M. Traitements pharmacologiques actuels, recommandations et perspectives. *Doul Analg.*2010 ; 23:93-8.
41. Simon N, Alland M, Brun-Ney D, Bourrier Ph, Coppéré B, Courant P. Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence. *Douleurs évaluation diagnostic traitement.* Créteil. 2008.
42. Vergne P, Bertin P, Trèves R. Aspirine, douleurs et inflammation. *Rev Méd Interne.* 2000;21:89–96.
43. Rosner H. *Conn's Current Therapy.* Philadelphia: WB Saunders; 1990. p. 1-7.
44. Fuller R, Snoddy H. Evaluation of nefopam as a monoamine uptake inhibitor in vivo in mice. *Neuropharmacology.*1993 ; 32 : 995-9.
45. International Association for the Study of Pain. Management of acute pain: a practical guide. Seattle :IASP publications;1992.
46. American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. Skokie : American Pain Society ; 1992.
47. Roemer C, Becuwe, Krakowski I, Conroy T. Bisphosphonates, douleurs et qualité de vie dans le cancer du sein métastatique : une revue de la littérature. *Bull Cancer.* 2003 ; 90: 1097-105.
48. Libert F, Adam F, Eschalier A, Brasseur L. Les médicaments adjuvants (ou co-analgésiques). *Doul Analg.*2006.; 4: 91-7.

49. Riant T, Ramée F, Pauvreau O, Labat J, Robert R, Guérineau M. Techniques anesthésio-algologiques dans le cadre des douleurs cancéreuses abdomino-pelviennes. *Doul Analg*. 2007;1:16-25.
50. Calmels P, Le Marchand M, Domenach M, Queneau P, Ostermann G. *Le médecin, le patient et sa douleur*. Paris : Masson ; 1993.
51. Vautravers P, Isner-Horobeti M.E. Traitement de la douleur : quelle place pour la physiothérapie ? *Rev Prat (Médecine générale)*. 1999 ; 13 (480):1981-4.
52. Cunin-Roy C, Bienvenu M, Wood C. Les traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et de l'adolescent. *Arch pédiatr*. 2007 ; 14:1477–80.
53. Brasseur L. *Méthodes non pharmacologiques de traitement. Traitement de la douleur*. Paris: Doin; 1997.
54. Hawkins R. A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Rev*. 2001;8:47-73.
55. *Référentiel inter-régionaux en soins oncologiques de support. Prise en charge de la douleur chez l'adulte*. Paris : AFSOS ; 2010.
56. Martinez V, Attal N, Bouhassira, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation, traitement en médecine ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. *Doul Analg*. 2010 ;23:51-66.
57. Attal N, Cruccu G, Haanpää M, et al EFNS Task Force. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol*. 2006 ;13:1153-69.
58. Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, et al AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol*. 2008;15:1013-28.
59. Brochet B, Briand-Domecq S, Robinson N, Guyonneau A, Jabely J, Nardi J et al. *Prise en charge de la douleur des patients adultes hospitalisés au CHU de Bordeaux: Réévaluation après 3ans*. *Doul Analg*, 2005; 123-7.

60. Bertin P, Vergne-Salle P. La douleur un jour donné au CHU de Limoges. Douleurs.2006.
61. Coquet E, Bouraima AA, OuroBang'na Maman AF, Gabin MY, Benani A, Jean-Baptiste ML. Evaluation prise en charge douleur au CH Lamentin du Martinique. Doul Analg. 2012; 25:118-24.
62. David H. Enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences adultes du réseau régional douleur de Basse-Normandie. Douleurs. 2005.
63. Clère M, Perriot F, Henry M, Kipper V, Alcalay M, Voisine L. Enquête de prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés au centre hospitalier de Châteauroux. Douleurs.2007.
64. Rakotoarison RCN, Razakanaivo M, Hasiniatsy NRE, Rakoto Ratsimba HN, Razafimahandry HJC, Raveloson NE. Douleur à l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Rev Trop Chir. 2014; 8 :22-3.
65. Robinson N, Stark F . Programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur au CHU de Bordeaux. Doul Analg. 2010 Avril; 183.
66. Atallah F, Guillerrou Y. L'homme et sa douleur: dimension anthropologique et sociale. Ann Fr Anesth Réanim. 2004; 23: 722-9.
67. Jakobsson U, Klevsgard R, Westegren A, Hallberg IR. Old people in pain: a comparative study. J Pain Symptom Manage. 2003 ; 26 : 625-36.
68. M. Martinez. Evaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur en Smur. J Eur Urg 2010; 93-9.
69. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud P, Saya L, Filipovics A. Prise en charge de la douleur dans les services d'urgences en France : étude observationnelle, transversale, multicentrique. Rev Epidemiol Santé Publique. 2011 Mai ; 26:91–9.

70. Eschaliér A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France. Douleurs Évaluation - Diagnostic – Traitement. 2013;14: 4-15.
71. Andersen R, Crespo L, Barlett S, Bathon J, Fountaine K. Relationship between body weight gain and significant knee, hip, and back pain in older americans. Obes Res. 2003;11:1159-62.
72. Breivik H, Collett B, Ventafidda V, Cohen R, Gallachar D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006;10:287-333.
73. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Paris: Anaes ; 2000.
74. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L et al. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2002; 23:239-55.
75. Foreman RD. Integration of viscerosomatic sensory input at the spinal level. Prog Brain Res. 2000;122:209-21.
76. Pascal C. Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie. Rev Rhum. 2009 ; 76 : 517-21
77. Michel P, Sarasqueta AM, Cambuzat E, Henry P. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. Presse Med. 2001; 30: 1438-44.
78. Kieffer X. Douleur, enquête un jour donné : évolution entre 2001 et 2007. Douleurs, 2007.
79. Vig V, Vilhelm C, Capel O. La prise en charge préhospitalière de la douleur : une meilleure évaluation pour une thérapeutique plus adaptée. JEUR 2009;22:125.

80. Durieux P, Bruxelles J, Savignoni A, Coste J. Prévalence et prise en charge de la douleur à l'hôpital: une étude transversale. *Presse Med.* 2001; 30: 572-6.
81. Jacquemin D, de Broucker D. Manuel de soins palliatifs Clinique, psychologie, éthique. 4e éd Dunod; 2014.
82. Zin CS, Chen LC, Knaggs RD. Changes in trends and pattern of strong opioid prescribing primary care. *Eur J Pain.* 2014;18:1343—51.
83. Mimassi N, Marchand F, Ganry H. Représentations mentales et comportements précédant la prescription d'opioïdes forts. Une enquête réalisée dans le département du Finistère auprès de 114 médecins généralistes et spécialistes. *Doul Analg.* 2012;25:93—100.
84. Jacquemin D, de Broucker D. Manuel de soins palliatifs — Clinique, psychologie, éthique. 4e éd. Dunod; 2014.
85. Wolfert MZ, Gilson AM, Dahl JL, Cleary JF Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices. *Pain Med.* 2010 ;11:425–3.
86. Françoise L, Sylvie R, Frédéric A, Serge P. Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues durs (héroïne et cocaïne). *Rev Rhum.* 2012; 79, 306-11.
87. Chauvin M. Pharmacologie des morphiniques et des antagonistes de la morphine. *EMC, Anesthésie-Réanimation.* 2003;362-71.
88. Michel P, Sarasqueta AM, Cambuzat E, Henry P. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. *Pres Med.* 2001; 30: 1438-44.
89. Michel P, De Sarasqueta A, Cambuzat E, Henry P. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire = Audit of anti-pain care in a University Hospital : Method and principal results. *Press Med.* 2001 ;30:1438-44.
90. Yunus M. Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. *J Gend Specif Med.* 2002;5: 42-7.

91. Sturm R, Geresenz C. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ* 2002;324:1-5.
92. Pasquale N, Claudio C, Romani C, Brunetti G, Maria D'Elia G, Cupelli L. Epidemiology, features and outcome of pain in patients with advanced hematological malignancies followed in a home care program: an Italian survey. *Ann Hematol.* 2007;86:671-6.
93. Fishbain DA. Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *Med Clin North America.*1999;83:737-60.

LISTE DES ANNEXES

	Pages
Annexe 1 : Macgill Pain Questionnaire	14
Annexe 2 : Questionnaire Douleur de Sainte Antoine Abrégé.....	14
Annexe 3 : Echelle Doloplus.....	14
Annexe 4 : Echelle Algoplus.....	14
Annexe 5 : Echelle ECPA.....	15
Annexe 6 : Questionnaire Patient Evaluation et prise en charge de la douleur...	24

FIGURE 10-2 The McGill Pain Questionnaire

Part 1 Where Is Your Pain?

Please mark on the drawing below, the areas where you feel pain. Put E if external, or I if internal, near the areas which you mark. Put EI if both external and internal.

Part 2 What Does Your Pain Feel Like?

1 Flickering Quivering Pulsing Throbbing Beating Pounding	2 Jumping Flashing Shooting	3 Pricking Boring Drilling Stabbing Lancinating	4 Sharp Cutting Lacerating
5 Pinching Pressing Gnawing Camping Crushing	6 Tugging Pulling Wrenching	7 Hot Burning Scalding Searing	8 Tingling Itchy Smarting Stinging
9 Dull Sore Hurting Aching Heavy	10 Tender Taut Rasping Spitting	11 Tiring Exhausting	12 Sickening Suffocating
13 Fearful Frightful Terrifying	14 Punishing Grueling Cruel Vicious Killing	15 Wretched Blinding	16 Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable
17 Spreading Radiating Penetrating Piercing	18 Tight Numb Drawing Squeezing Tearing	19 Cool Cold Freezing	20 Nagging Nauseating Agonizing Dreadful Torturing

Part 3 How Does Your Pain Change With Time?

1. Which word or words would you use to describe the pattern of your pain?

1 Continuous Steady Constant	2 Rhythmic Periodic Intermittent	3 Brief Momentary Transient
---------------------------------------	---	--------------------------------------

2. What kind of things relieve your pain?

3. What kind of things increase your pain?

Part 4 How Strong Is Your Pain?

People agree that the following 5 words represent pain of increasing intensity. They are:

1 Mild	2 Discomforting	3 Distressing	4 Horrible	5 Excruciating
-----------	--------------------	------------------	---------------	-------------------

To answer each question below, write the number of the most appropriate word in the space beside the question.

- Which word describes your pain right now? _____
- Which word describes it at its worst? _____
- Which word describes it when it is least? _____
- Which word describes the worst toothache you ever had? _____
- Which word describes the worst headache you ever had? _____
- Which word describes the worst stomach-ache you ever had? _____

Source: Reprinted from *McGill Pain Questionnaire from PAIN*, VI: 277-299, © 1975 with permission from International Association for the Study of Pain.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DOULEUR MCGILL

Evaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur en Smur, M. Martinez et al..pdf					
	0 Absent non	1 Faible un peu	2 Modéré modérément	3 Fort beaucoup	4 Extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharge électriques					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT ANTOINE ABREGE
(QDSA)

Nom :		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE NON COMMUNICANTE (Echelle Doloplus-2®)			
Prénom :					
OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	- Pas de plainte	0	0	0	0
	- Plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	- Plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2
	- Plaintes spontanées continues.....	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	- Pas de position antalgique.....	0	0	0	0
	- Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle.....	1	1	1	1
	- Position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2	2
	- Position antalgique permanente inefficace.....	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	- Pas de protection	0	0	0	0
	- Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
	- Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins.....	2	2	2	2
	- Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation.....	3	3	3	3
4. Mimique	- Mimique habituelle.....	0	0	0	0
	- Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	- Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	- Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle.....	3	3	3	3
5. Sommeil	- Sommeil habituel.....	0	0	0	0
	- Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	- Réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2
	- Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	- Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	- Possibilités habituelles peu diminuées : précautionneux mais complet	1	1	1	1
	- Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	- Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
7. Mouvements	- Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	- Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...).....	1	1	1	1
	- Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements).....	2	2	2	2
	- Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	Inchangée.....	0	0	0	0
	Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1
	Diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques).....	0	0	0	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités.....	2	2	2	2
	Refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	Comportement habituel.....	0	0	0	0
	Troubles du comportement à la sollicitation itératifs.....	1	1	1	1
	Troubles du comportement permanents	2	2	2	2
	Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
SCORE					

DOLOPLUS

ANNEXE 3 : ECHELLE DOLOPLUS

1. Faciès : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, rictus, dents serrées, faciès figé	
2. Regard : regard absent, regard implorant	
3. Plaintes orales : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	
4. Corps : désignation ou protection d'une zone, limitation ou refus de mobilité	
5. Comportements inadaptés: agitation, agressivité, agrippement	
TOTAL OUI	/ 5

ANNEXE 4 : ECHELLE ALGOPLUS

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

ANNEXE 5 : ECHELLE ECPA

QUESTIONNAIRE ENQUETE PATIENTS 2016

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- Service :
- Nom et Prénoms :
- Age :
- Sexe :
- Profession :
- Adresse :
- Motif d'hospitalisation :
- Douleur : Oui ☐ Non ☐
 - Siègne de la douleur :
 - Type de la douleur :
 - Nociceptive : Somatique Oui ☐ Non ☐ , Viscérale : Oui ☐ Non ☐ ,
 - Neuropathique :
 - brûlure : Oui ☐ Non ☐ ,
 - sensation de froid douloureux : Oui ☐ Non ☐ ,
 - décharges électriques : Oui ☐ Non ☐ ,
 - fourmillements : Oui ☐ Non ☐ ,
 - picotements : Oui ☐ Non ☐ ,
 - engourdissement : Oui ☐ Non ☐ ,
 - démangeaisons : Oui ☐ Non ☐ ,
 - hypoesthésie au contact : Oui ☐ Non ☐ ,
 - hypoesthésie à la pique : Oui ☐ Non ☐ ,
 - provoquée ou augmenté par le frottement : Oui ☐ Non ☐ ,
- Evaluation avant traitement : Oui ☐ Non ☐ ,
- Evaluation de la douleur : EN
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Quel médicament a-t-il pris ?
 - Palier I : Oui ☐ Non ☐ ,
 - lequel :
 - mode d'administration : orale-injectable

- posologie :
- Palier II : Oui ☐ Non ☐,
 - lequel :
 - Mode d'administration : orale-injectable
 - Posologie :
- Palier III : Oui ☐ Non ☐,
 - Lequel :
 - Mode d'administration : orale-injectable
 - Posologie :
- Autres (co-antalgiques) : Oui ☐ Non ☐,
 - Lequel :
 - Mode d'administration : orale-injectable
 - Posologie :
- Evaluation après médication : EN

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- Traitement Efficace : Oui ☐ Non ☐,
- Si traitement inefficace :
 - Adaptation de posologie : Oui ☐ Non ☐,
 - Passage au palier supérieur : Oui ☐ Non ☐,
 - Ajout d'autres médicament : Oui ☐ Non ☐,
- Est-ce que vous partagez immédiatement votre douleur ? Oui ☐ Non ☐,
 - Si oui, avec qui :
 - Entourage : Oui ☐ Non ☐,
 - Infirmier : Oui ☐ Non ☐,
 - Médecin : Oui ☐ Non ☐,
- Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur ? Oui ☐ Non ☐,
 - Si non pourquoi ?
- Est-ce-que le médicament est disponible à la pharmacie ?
 - HJRA : Oui ☐ Non ☐,
 - En ville : Oui ☐ Non ☐,
- Problème financier : Oui ☐ Non ☐,

Module de question concernant le « Suivi à Domicile »

- Après votre hospitalisation, pensez-vous pouvoir revenir à l'hôpital si vous avez besoin d'être suivi ?

☐ Oui

☐ Non

- Si non, pour quelle(s) raison(s) ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Ma maladie m'empêche de me déplacer

☐ Je n'ai pas assez d'argent pour revenir à l'hôpital

☐ J'habite loin d'un hôpital

☐ Autres,

précisez :

.....

.....

- Après votre hospitalisation, voudriez-vous que quelqu'un vienne chez vous pour vous écouter ou vous aider à gérer la douleur ? *1 réponse possible*

☐ Oui

☐ Non

☐ Je n'aurai pas besoin d'être suivi après mon hospitalisation (fin du questionnaire)

- Si oui, de quels types d'aide à domicile souhaiteriez-vous bénéficier ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Je souhaite pouvoir parler à quelqu'un de ma maladie

☐ Je souhaite que mon entourage puisse parler à quelqu'un de la maladie

☐ Je souhaite qu'on m'aide à gérer ma douleur sans médicaments

☐ Je souhaite qu'on m'aide à gérer ma douleur avec des soins et des médicaments

- Si non, Pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas bénéficier d'une aide à domicile après votre sortie de l'hôpital ? *Question ouverte*

.....

.....

.....
.....

- Quand vous rentrerez chez vous, est ce que quelqu'un pourra s'occuper de vous si vous en avez besoin (famille, amis, voisins) ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- Avez-vous des inquiétudes, peurs ou angoisses vis-à-vis de votre maladie ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- Avez-vous un soignant qui vous connaît déjà et que vous allez consulter en priorité si vous êtes malade ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, qui est cette personne ?

:.....

VELIRANO

Eto anatrehan'Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontonsana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra ao an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ny tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitankeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de Thèse

Signé : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Cathérine Nicole

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

Name and first name: RAMANDANIRAINY Norolalaitiana Francia

Title of the thesis: « Survey of practice about pain in CHU JRA »

Heading: Medecines

Number of pages: 73

Number of tables: 06

Number of figures: 31

Number of annex: 06

Number of bibliographical references: 93

SUMMARY

Introduction: Pain has been considered as a fatality and has confronted with different beliefs of the population. It is a part of patient's life and constitutes a public health problem. Under those circumstances, a frequent updating of databases on its management is essential. The objective of this study was to evaluate the prevalence and modalities of pain management in CHUJRA for a better adaptation of its therapeutic strategy.

Methods: We conducted a prospective, descriptive, and cross-sectional "one day" study within the 18 services in this institution. The assessment tool was the numerical scale.

Results: We investigated 126 hospitalized patients, which 55 were painful, with a prevalence of 43.65%. We included 35 men and 20 women with a sex ratio of 1.75. The middle age of the population was 45.09 years. Pain on limbs predominated with a high rate of 45.45%, and 89% of the case was the nociceptive type. Within the 58%, patients complained about a moderate pain. Analgesics stage I were the most prescribed in 63,64%. Anyway, the satisfaction rate was 84%, however, 82% of patients want a home monitoring after discharge from hospital.

Conclusion: The practice is slowly evolving and progress needs to be made to improve the quality of analgesic care. A strengthening of training is essential for the pain management.

Keywords : Evaluation, hospital, investigation, monitoring, pain, treatment

Director of thesis : Professor RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Nicole

Reporter of thesis : Doctor RAZAKANAIVO Malala Mampionona Miharasoa

Address of the author: Lot III E 67 A Mahamasina Sud

Nom et Prénom : RAMANDANIRAINY Norolalaitiana Francia

Titre de la thèse : Enquête de pratique sur la douleur au CHU JRA et devenir des patients douloureux

Rubrique : Médecine

Nombre de pages : 73

Nombre de tableaux : 06

Nombre de figures : 31

Nombre d'annexes : 06

Nombre de références bibliographiques : 93

RESUME

Introduction : La douleur a été considérée comme une fatalité et se heurte aux différentes croyances de la population. Elle fait partie du quotidien des patients hospitalisés et constitue un problème de santé publique. Ainsi une réactualisation fréquente des bases de données sur sa prise en charge s'avère indispensable. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et les modalités de prise en charge de la douleur au CHUJRA afin de mieux adapter sa stratégie thérapeutique.

Méthodes : Nous avons effectué une étude prospective, descriptive, transversale type « un jour donné » au sein des 18 services de cet établissement. L'outil d'évaluation était l'échelle numérique.

Résultats : Nous avons enquêté 126 patients hospitalisés dont 55 étaient douloureux, soit une prévalence de 43,65%. Ont été inclus 35 hommes et 20 femmes avec un sex ratio de 1,75. L'âge moyen de la population était de 45,09 ans. La douleur au niveau des membres prédominait à 45,45%, elle était de type nociceptif dans 89% des cas. Et dans 58%, les patients se plaignaient de douleur modérée. Les antalgiques de palier I ont été le plus prescrits dans 63,64%. Le taux de satisfaction était à 84%. Quatre-vingt-deux pour cent des patients souhaitent bénéficier d'un suivi à domicile après sortie de l'hôpital.

Conclusion : La pratique évolue lentement et que des progrès restent à faire pour améliorer la qualité de soins antalgiques. Un renforcement des formations est indispensable pour la prise en charge de la douleur.

Mots-clés : douleur, enquête, évaluation, hôpital, suivi, traitement

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Nicole

Rapporteur de thèse : Docteur RAZAKANAIVO Malala Mampionona Miharaso

Adresse de l'auteur : Lot III E 67 A Mahamasina Sud