

SOMMAIRE

	pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: LA DOULEUR.....	2
I-DEFINITION	2
II- LES DIFFERENTES CATEGORIES DE LA DOULEUR.....	2
II.1SELON LE MECANISME.....	2
II.1.1DOULEUR NOCICEPTIVE.....	2
II.1.2DOULEUR NEUROPATHIQUE.....	2
II.1.3 DOULEURS NEUROGENES.....	3
II.1.4DOULEUR MIXTES.....	3
II.2.SELON LE PROFIL EVOLUTIF.....	3
II.2.1.DOULEUR AIGUE.....	3
II.2.2.DOULEUR CHRONIQUE.....	3
III. VOIES ANATOMIQUES DE LA DOULEUR.....	4
IV. PHYSIOLOGIE DE LADOULEUR.....	5
IV.1.La stimulation douloureuse.....	5
IV.2.La transmission du message douloureux.....	5
IV.2.1.La phase de sensibilisation.....	5
IV.2.2.Le phénomène de la nociception.....	5
IV.3.CONTROLE DE LA DOULEUR.....	6

IV.3 .1 Au niveau périphérique.....	6
IV.3.2.A l'étage médullaire	6
IV.3.3.A l'étage supramédullaire.....	6
IV.3.3.1.Le contrôle descendant.....	6
IV.3.3.2.Le contrôle inhibiteur diffus de la nociception	6
V. SEMEIOLOGIE DE LA DOULEUR.....	8
V.1.Topographie.....	8
V.2.Type de la douleur.....	9
V.3.Mode de survenue.....	9
V.4.Intensité de la douleur.....	10
VI.EVALUATION DE LA DOULEUR.....	10
VI.1.L'échelle visuelle Analogique.....	10
VI.2.L'échelle numérique.....	12
VI.3.L'échelle verbale simplifiée.....	12
VI.4.L'échelle Doloplus.....	12
VI.5.L'Algoplus.....	13
VI.6.Echelle ECPA.....	13
VII. TRAITEMENT DE LA DOULEUR.....	15
VII.1.Objectifs.....	15
VII.2.Moyens.....	15
VII.2.1.Moyens médicaux.....	15
VII.2.1.1.Les antalgiques...../.....	15

VII.2.1.2.Les antidépresseurs.....	16
VII.2.1.3.Les antiépileptiques.....	17
VII.2.1.4.Les co-antalgiques.....	17
VII.2.2.Moyens non médicaux.....	17
VII.2.2.1.Moyens physiques.....	17
VII.2.2.2.Soutien psychologiques.....	17
VII.3 Indications.....	18
VII.3.1.Prise en charge de la douleur nociceptive.....	18
VII.3.2. Prise en charge de ladouleur neuropathique.....	18
VII.4.Modalités de traitement	18
VIII. LEGISLATION SUR LA DOULEUR.....	20
IX. ANTALGIQUES DISPONIBLES AU CHU-JRB.....	21
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	
I.MATERIELS ET METHODES.....	22
I.1.Cadre de l'étude.....	22
I.2.Paramètres d'étude.....	22
I.3.Critères d'inclusion.....	23
I.4.Critères d'exclusion.....	23
I.5.Le recueil des données.....	23
II. RESULTATS.....	24
II.1 Profil épidémio-clinique despatients.....	24
II.1.1.Fréquence.....	24

II.1.2.Selon le genre.....	24
II.1.3 Selon l'âge.....	25
II.2.Selon les caractéristiques de la douleur.....	26
II.2.1.Selon le profil évolutif	26
II.2.2.Selon le mécanisme de la douleur.....	26
II.2.3.Selon les circonstances d'apparition.....	27
II.2.4.Selon l'intensité de la douleur.....	28
II.2.5.Selon le siège de la douleur.....	29
II.2.6.Selon l'échelle d'évaluation.....	29
II.2.7 Selon les pathologies en cause.....	30
II.3.Selon les modalités de prise en charge.....	31
II.3.1.Personnels soignants.....	31
II.3.2.Prévention de la douleur par rapport aux soins.....	32
II.3.3.Moyens de la prise en charge.....	33
II.3.3.1.Les outils d'évaluation.....	33
II.3.3.2.L'utilisation des antalgiques.....	34
II.3.3.3.Formation sur la douleur.....	36
II.3.3.4.Protocole écrit sur la douleur.....	36
II.3.4.Résultats de prise en charge.....	37
II.3.4.1.Efficacité de traitements.....	37
II.3.4.2.Satisfaction des médecins.....	39

TROISIEME PARTIE:

DISCUSSION.....	40
I.Sur la METHODOLOGIE.....	40
II.Sur la PREVALENCE DE LA DOULEUR.....	40
II.1.1.Fréquence.....	40
II.1.2.Selon l'âge.....	41
III. Sur le PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA DOULEUR.....	42
IV. Sur les MODALITES DE PRISE EN CHARGE.....	43
IV.1.Les moyens de prise en charge.....	44
IV.1.1.Identification des patients douloureux.....	44
IV.1.2.Formation sur la douleur.....	45
IV.1.3.Protocole écrit sur la douleur.....	45
V. 2.Les TRAITEMENTS.....	45
V.2.1.L'utilisation des antalgiques.....	45
V.2.2.Freins à la MORPHINE.....	46
V.2.3.Résultats de prise en charge.....	46
SUGGESTIONS.....	47
PROPOSITION PROTOCOLE.....	48
CONCLUSION.....	51

BIBLIOGRAPHIES

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ASIC : Acid Sensing Ion Channel

AVC : Accident vasculaire cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus de la Nociception

ECPA: Echelle Comportementale de la douleur chez les Personnes Agées

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle visuelle analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

HTA : Hypertension artérielle

JRB : Joseph Raseta Befelatanana

NGC : noyau gianto-cellulaire

SRD : subnucleus réticularis dorsalis

SGPA : substance grise périaqueducale

TRPA1: Transient Receptor Potential cation channel subfamily A

TRPM8 : Transient receptor Potential cation channel Subfamily M member 8

TRPV-1: Transient Receptor Potentiel Vanilloide 1

VPL : Ventro-postéro-latéral

PCA : Patient Controlled Analgesy

LISTE DES TABLEAUX

pages

Tableau I : Liste des antalgiques disponibles dans la pharmacie du CHU Joseph Raseta Befelatanana.....	21
Tableau II : Répartition des patients selon profil évolutif de la douleur.....	26
Tableau III : Répartition des patients selon le siège de la douleur.....	29
Tableau IV : Répartition des patients selon les échelles d'évaluation.....	29
Tableau V : Répartition en fonction des pathologies causales.....	30
Tableau VI : Prévention de la douleur par rapport aux soins.....	32
Tableau VII : Personnels soignants et la prévention des douleurs par rapport aux soins.....	32
Tableau VIII : Répartition des soignants selon les outils d'évaluation.....	33
Tableau IX: La prescription des antalgiques selon l'enquête patient.....	35
Tableau X : Utilisation de la morphine.....	35
Tableau XI : Répartition des personnels soignants selon leur formation sur la douleur.....	36
Tableau XII : Répartition des services selon les protocoles.....	36

LISTE DES FIGURES

	pages
Figure N°01 : Voies anatomiques de la douleur.....	4
Figure N°02 : Physiologie de la nociception.....	7
Figure N°03 : La reglette de l'Echelle Visuelle Analogique.....	11
Figure N°04 : Echelle Numérique.....	11
Figure N°05 : La fiche ECPA.....	14
Figure N°06 : Répartition des patients selon le genre.....	24
Figure N°07 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	25
Figure N°08 : Répartition des patients selon les mécanismes de la douleur.....	26
Figure N°09 : Répartition des patients en fonction des circonstances d'apparition	27
Figure N°10 : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur.....	28
Figure N°11 : Répartition des personnels soignants intervenant dans l'étude.....	31
Figure N°12 : Les outils d'évaluation selon les soignants.....	33
Figure N°13 : Répartition des soignants selon l'utilisation des antalgiques.....	34
Figure N°14 : Répartition des patients selon leur soulagement.....	36
Figure N°15 : Répartition des patients selon leur satisfaction.....	37
Figure N°16 : Répartition des personnels soignants selon leur satisfaction.....	38

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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 (1). C'est un phénomène universel connu de longue date. Sa maîtrise nécessitait plusieurs millénaires d'avancées et de reculs des savoirs auxquels se sont joints d'autres écueils. On peut citer les grandes épidémies reléguant la douleur au rang des préoccupations secondaires. La lutte contre la douleur est un véritable jeu de Santé Publique dans les pays développés. La douleur peut revêtir plusieurs formes et a un impact certain sur la qualité de vie. Négligée, elle altère considérablement la qualité de vie des patients et participe à la réduction de leur autonomie, sans parler du retentissement affectivo-émotionnel pouvant aller jusqu'à de graves syndromes dépressifs.

Actuellement, dans les pays développés, différentes structures sont mises en place pour la prise en charge des personnes douloureuses : mise en place des journées de lutte contre la douleur, des comités de lutte contre la douleur, des centres d'Evaluation et de Traitement au sein de chaque établissement de santé. En ce qui concerne le traitement des douleurs chroniques, les patients apprennent à autogérer leur douleur à l'aide de la relaxation, la sophrologie, l'hypnose et la reflexologie.

Evaluer et traiter la douleur sont devenues des obligations légales pour le médecin.

La lutte contre la douleur s'inscrit dans le cadre de l'humanisation des soins en milieu hospitalier. Très peu d'études ont été réalisées sur la prise en charge de la douleur dans notre pays.

L'objectif de notre étude était de décrire les états de lieux sur la prise en charge de la douleur afin d'élaborer une proposition de protocole commun.

Ainsi, notre travail comportera trois parties:

La première partie sera axée sur les rappels théoriques.

Nos résultats seront détaillés dans la deuxième partie.

La troisième partie sera consacrée aux commentaires, à la discussion et aux suggestions.

PREMIERE PARTIE: LA DOULEUR

LA DOULEUR

I-DEFINITION

La douleur selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion » (1). Cette définition reconnaît le caractère éminemment subjectif de la sensation douloureuse. Il s'agit d'une expérience personnelle qui engage la totalité du sujet et de son système d'intégration dans lequel préexistent expérience, éducation, culture, état attentionnel et émotionnel. La douleur se caractérise par son aspect désagréable. Une personne qui exprime une douleur ressentie comme physique doit être considérée comme ayant mal, même si une lésion n'a pas pu être mise en évidence. Il s'agit d'un phénomène neurobiologique et psychosocial complexe.

Longtemps considérée comme un signal d'alarme visant à la protection de l'individu, la conception actuelle de la douleur intègre les multiples dimensions de la nociception, de la souffrance et de ses retentissements sur la qualité de vie du malade.

II-LES DIFFERENTES CATEGORIES DE DOULEUR

II.1-SELON LE MECANISME

II.1.1-LA DOULEUR NOCICEPTIVE

C'est une douleur perçue comme étant proportionnelle au dommage tissulaire et associée à une lésion somatique ou viscérale identifiable. Elle est liée à une activation continue des nocicepteurs suffisamment intense pour propager l'influx. Elle est soulagée par les antalgiques classiques ou par des interventions qui agissent sur la lésion (2).

II.1.2-LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

C'est une douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux ; secondaire à une lésion ou à une maladie affectant le système nerveux somato-sensoriel. Généralement localisée, bien continue, elle est décrite comme une pesanteur, une distension, de tonalité sourde. Elle est facilement reproductible par la palpation et/ou par la mobilisation.

II.1.3-LES DOULEURS NEUROGENES

Les douleurs neurogènes sont dues à une atteinte des voies de sensibilité, que ce soit au niveau des fibres afférentes, des racines, du trajet médullaire ou des voies supra-spinales. Elles sont classées en douleur par mécanisme de désafférentation périphérique, centrale et en douleur par participation sympathique. Elles sont décrites comme des dysesthésies douloureuses continues et/ou des dysesthésies paroxystiques (décharge électrique, douleurs lancinantes).

II.1.4-LES DOULEURS MIXTES

Les douleurs mixtes associent les caractéristiques des douleurs par excès de nociception et celles des douleurs neuropathiques. Elles sont fréquentes dans le cancer et les infiltrations tumorales.

II.2-SELON LE PROFIL EVOLUTIF

II.2.1-DOULEUR AIGUE

Elle se définit par une douleur datant moins de 3 mois. Elle est plus intense et moins tolérée par les malades.

II.2.2-DOULEUR CHRONIQUE

Elle se définit par une douleur persistante plus de 3 mois. Elle est moins intense et beaucoup plus supportée par les malades.

III-VOIES ANATOMIQUES DE LA DOULEUR

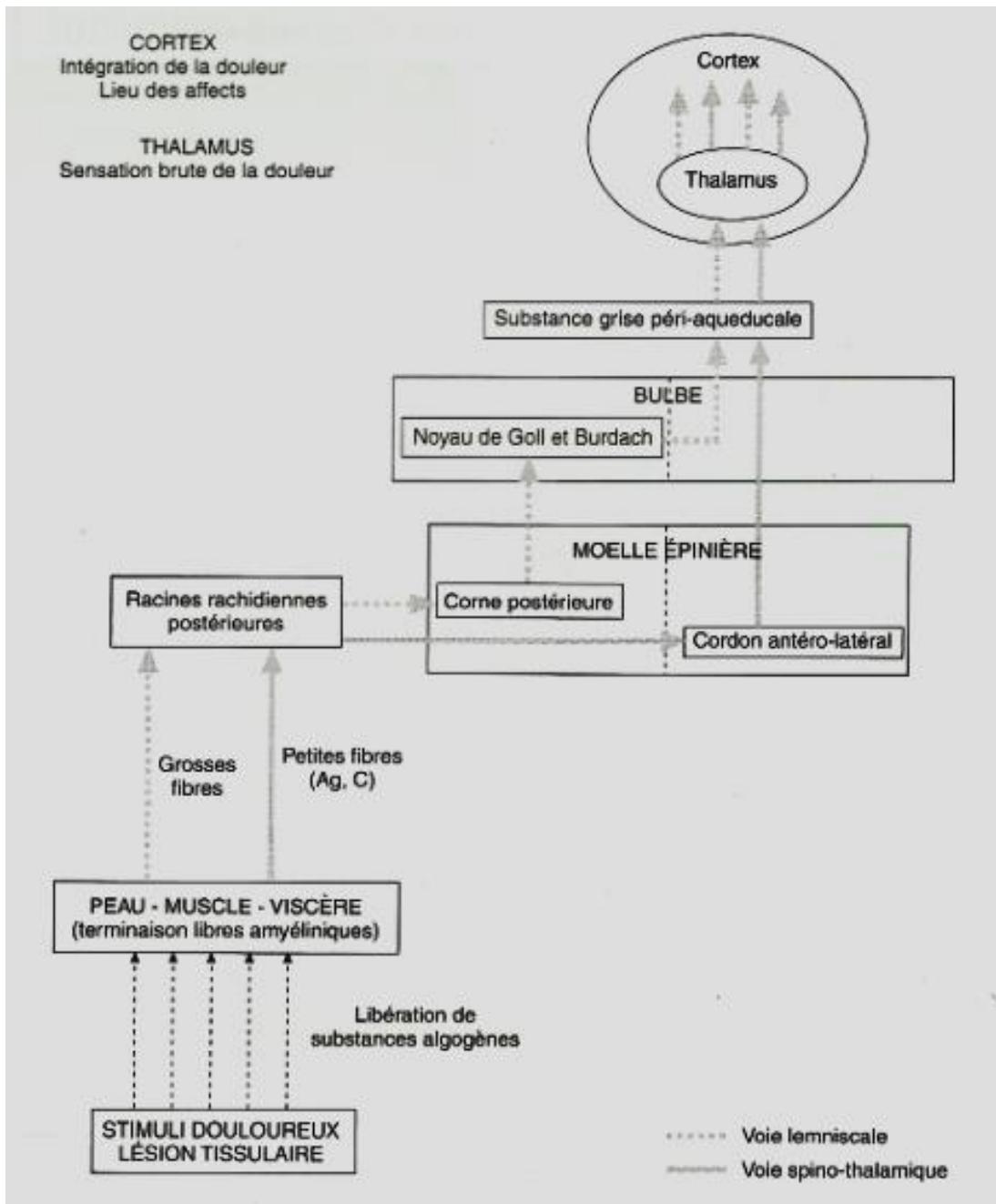


Figure N°01: Voies anatomiques de la douleur (3)

IV-PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

IV.1-LA STIMULATION DOULOUREUSE

Différents récepteurs périphériques localisés au niveau des fibres A gamma, A bêta, et C participent à la stimulation douloureuse dont:

- Les récepteurs TRPV1-4, TRPM8,TRPA qui répondent à des variations de la perméabilité membranaire à des températures spécifiques.
- Les récepteurs des canaux ASIC qui répondent à l'acidité ambiante et signalent l'excès d'acide lactique dans la nécrose musculaire;
- Les récepteurs des canaux sodiques.

IV.2-LA TRANSMISSION DU MESSAGE DOULOUREUX

IV.2.1-LA PHASE DE SENSIBILISATION

La première transmission du message douloureux se fait au niveau des neurones du faisceau spino-thalamique. La répétition des stimulino-cifs peut aboutir à un phénomène de sensibilisation permettant de transmettre un message nociceptif. Les neurones lemniscaux, le thalamus latéral, mêlés aux neurones spinothalamiques y sont impliqués. Ces neurones sont activés par des stimuli nocifs avec un seuil d'activation correspondant au seuil douloureux et avec une fréquence correlée à l'intensité du stimulus, à sa durée et à sa répétition.

IV.2.2-LE PHENOMENE DE LA NOCICEPTION

Les stimulations des noyaux thalamiques médians entraînent des parésthèses puis une brûlure bilatérale sur le corps, ainsi qu'une réponse frontale. Les structures médianes du thalamus sont impliquées dans le mécanisme de défense contre les agressions nociceptives, plus particulièrement les aspects affectifs et émotionnels de la douleur. La stimulation nociceptive s'accompagne d'une hyperactivité neuronale du cortex somatosensitif. Le gyrus cingulaire intervient aussi dans le phénomène nociceptif mais plus particulièrement sur la tolérance de la douleur qui est une composante qualitative. Le cortex operculo-latéral (insula, cortex frontopariétal, SII) fonctionne pour l'analyse qualitative consciente de la douleur. Enfin, un phénomène attentionnel, mnésique ou émotionnel appelé phénomène algomnésique intervient dans la perception douloureuse.

IV.3-CONTRÔLE DE LA DOULEUR

IV.3.1-AU NIVEAU PERIPHERIQUE

Les endomorphines interviennent comme inhibiteurs de la sécrétion de substance P, agent transmetteur principal du message douloureux (4).

IV.3.2-A L'ETAGE MEDULLAIRE

Il existe une modulation du message douloureux : le système de contrôle du portillon ou de la porte (Gate Control). Les collatérales des grosses fibres bloquent l'arrivée du message plus spécifiquement douloureux et plus lent des petites fibres. Cette inhibition se fait par l'intermédiaire des interneurones de la substance gélatineuse et persiste tant que le message est faible.

IV.3.3-A L'ETAGE SUPRAMEDULLAIRE

IV.3.3.1-Le contrôle descendant

Le contrôle de la douleur s'exerce au niveau du tronc cérébral, au niveau du thalamus par des voies descendantes. La substance grise péri-aqueducale (SGPA), le noyau raphé du magnus, l'aire parabrachiale, le locus coeruleus, l'hypothalamus sont impliqués. La stimulation du raphé Magnus du bulbe entraîne une diminution de la sensation douloureuse, c'est une voie sérotoninergique. La stimulation du SGPA et du locus coeruleus entraîne une diminution de la sensation douloureuse. C'est une voie noradrénergique.

IV.3.3.2-Le contrôle inhibiteur diffus de la nociception(CIDN)

Le CIDN semble jouer le rôle de filtre des messages envoyés aux centres supérieurs pour repérer le caractère nociceptif du message . Il s'agit du boucle spino-bulbo-spinale et du noyau subreticularis dorsalis(SRD).

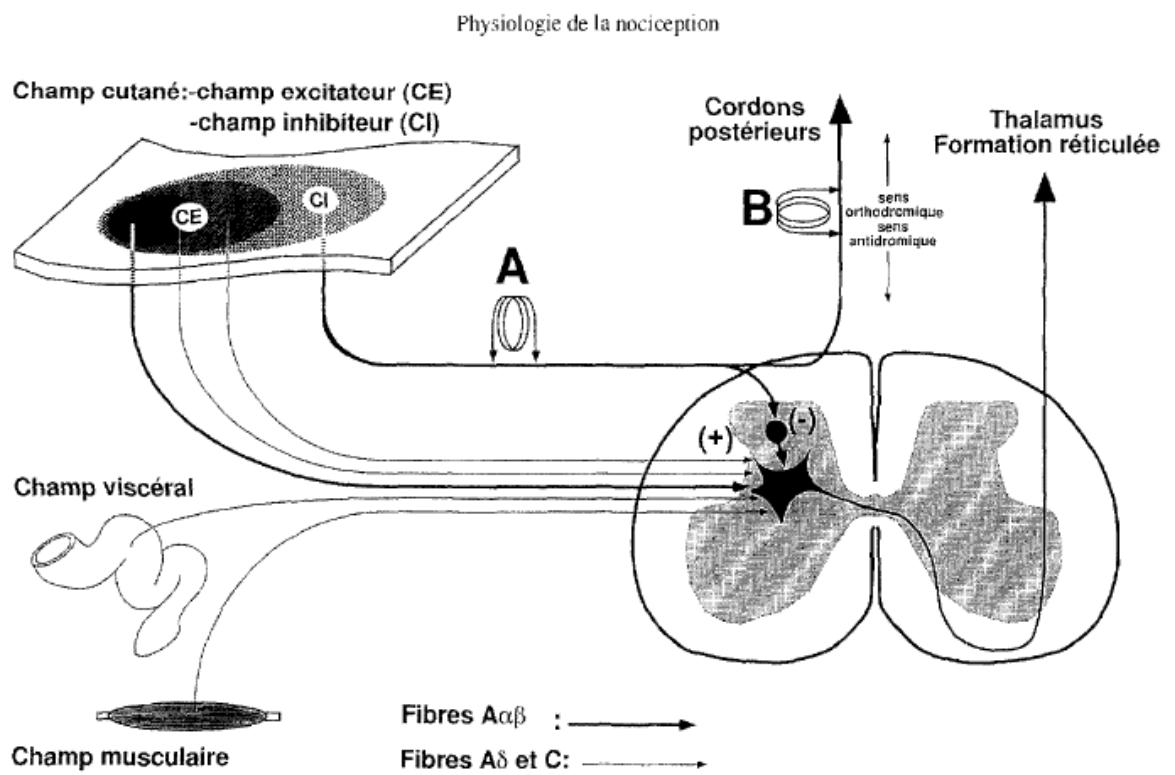


Figure N°02: Physiologie de la nociception (4)

V-SEMEIOLOGIE DE LA DOULEUR

Le but de l'interrogatoire est de rassembler toutes les informations pertinentes pour préciser la maladie mais aussi l'adaptation du malade à cette maladie. Questionner un patient au sujet de ses douleurs et répondre à ses besoins par les moyens à notre disposition font partie de notre quotidien , quelle que soit notre activité.

L'interrogatoire doit préciser :

- la topographie (siège, irradiations)
- le type de douleur
- le mode de survenue
- l'intensité
- le profil évolutif
- l'ancienneté de la douleur
- les facteurs de soulagement et les facteurs d'aggravation
- les manifestations associées
- l'impact sur la qualité de vie

V.1-TOPOGRAPHIE

Les questions à poser sont :

- A quel endroit ressentez vous la douleur?
- A quel endroit ressentez vous le maximum de douleur?

Il faut préciser avec le doigt le siège de la douleur avec l'ensemble de sa topographie. Les informations pourront être reportées sur un schéma corporel qui figurera dans le dossier. Il faut avoir à l'esprit que les termes "mal de dos", "mal de hanche" ou "mal à l'estomac" utilisés par les patients sont beaucoup trop vagues. La topographie de la douleur peut correspondre à une topographie neurologique (tronculaire ou radiculaire), être régionale ou diffuse, être profonde ou superficielle. Dans les formes chroniques, le siège de la douleur peut se modifier au cours de l'évolution.

La douleur peut comporter des irradiations trompeuses et peut parfois être située à distance de la lésion ; ce qui peut poser un problème diagnostique. La douleur radiculaire est ressentie sur l'ensemble du trajet de la racine nerveuse comprimée et pas uniquement au niveau du site de la compression. Elle est ressentie comme provenant de l'ensemble du territoire à l'origine des voies nerveuses lésées. En cas de douleur projetée,

par exemple une douleur cardiaque irradiant au membre supérieur, la dissociation topographique correspond à des territoires dont l'innervation est assurée par des nerfs distincts. Ces localisations à distance s'expliquent principalement par un mécanisme de convergence viscéro-somatique sur un même métamère. Le phénomène de douleurs projetées s'observe dans des douleurs d'origine viscérale, mais aussi musculaire et ligamentaire.

Exemples de douleurs projetées :

- Une douleur du membre supérieur d'origine cardiaque.
- Une douleur à l'épaule d'origine hépato-vésiculaire ou péricardique.
- Une dorsalgie due à un ulcère de l'estomac.
- Une douleur testiculaire d'une colique néphrétique ou d'une appendicite.
- Une douleur de genou due à une pathologie de hanche.

V.2-TYPE DE LA DOULEUR

Les questions à poser sont:

- Quels sont les mots pour décrire la douleur ?
- Est elle comme une "brûlure", comme "une décharge électrique" ... ?

Dans un premier temps, il importe de ne pas être suggestif. Spontanément, la description de la douleur fait appel à des comparaisons décrivant la sensation (c'est comme une brûlure, un coup de poignard, une torsion...), ou le vécu affectif (c'est pénible, insupportable, angoissant...). Si le patient a du mal à préciser la sensation, on lui propose des qualificatifs classiques d'une pathologie donnée. Certains termes ont une certaine valeur d'orientation diagnostique : les céphalées pulsatiles évoquent une migraine, les céphalées sourdes, comme une lourdeur, évoquent des céphalées de tension, une décharge électrique évoque une névralgie du trijumeau.

V.3-MODE DE SURVENUE

Le mode de survenue de la douleur a 10 valeur d'orientation dans les douleurs neurogènes :

- la douleur continue est décrite comme une brûlure,
- les accès intermittents paroxystiques, comme des décharges électriques.

- les paresthésies qui sont des sensations anormales, non douloureuses, sont décrites comme des fourmillements, des picotements, ou comme une sensation de peau cartonnée.

V.4- INTENSITÉ DE LA DOULEUR

L'évaluation de l'intensité d'une douleur est peu contributive pour l'établissement du diagnostic de la maladie causale. Il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité de la douleur et la gravité des lésions. L'évaluation de l'intensité permet d'identifier les malades nécessitant un traitement symptomatique.

Diverses méthodes simples sont disponibles pour évaluer la douleur, elles reposent:

- soit sur la description verbale (auto-évaluation),
- soit sur l'observation du comportement (hétéro-évaluation).

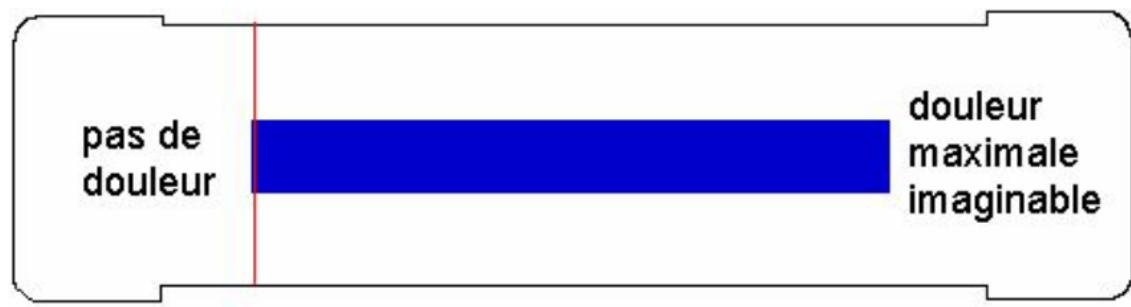
Il est important de standardiser la façon d'évaluer l'intensité de la douleur. Différentes échelles se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement : échelle verbale simple (EVS), échelle numérique (EN), échelle visuelle analogique (EVA) . Utilisées directement par le patient pour décrire sa douleur, ce sont des échelles d'auto-évaluation.

VI-EVALUATION DE LA DOULEUR

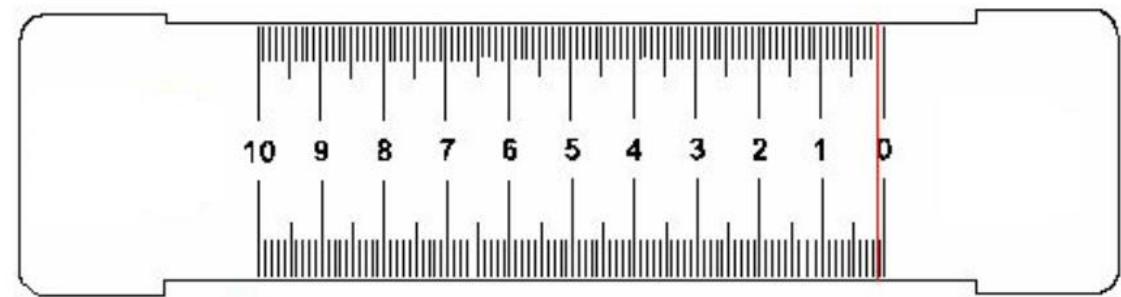
L'écoute attentive de la description de la douleur et l'examen clinique constituent une étape essentielle, irremplaçable, tant pour établir le diagnostic correct d'une maladie révélée par une douleur que pour mettre en oeuvre une stratégie thérapeutique appropriée. Les progrès des méthodes d'investigation complémentaire n'ont en rien modifié l'importance qu'il faut savoir accorder à un interrogatoire et à un examen clinique minutieux (5).

VI.1-L'ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA).

L'échelle visuelle analogique est réalisée 11 de d'une réglette mesurant 10cm, qui permet d'autoévaluer la douleur. Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "Absence de douleur", et l'autre à "Douleur maximale imaginable". Le patient doit, le long de cette ligne positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur.



Face présentée au patient



Face vue par le soignant

Figure N°03: La reglette de l'Echelle Visuelle Analogique

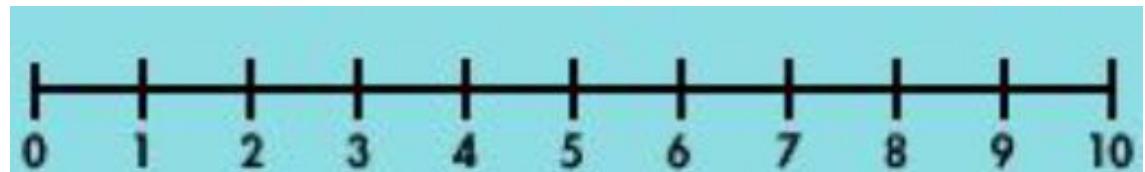


Figure N°04: Echelle Numérique

Sur l'autre face, se trouvent les graduations millimétrées vues uniquement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité.

L'utilisation de l'EVA est impossible chez les personnes présentant des handicaps rhumatologiques (ankylose des doigts empêchant l'utilisation du curseur), des troubles visuels, des troubles cognitifs limitant la compréhension des consignes, des limites culturelles réduisant les capacités d'abstraction.

VI.2-L'ECHELLE NUMERIQUE (EN)

L'EN est une échelle d'auto-évaluation, présentée sous forme écrite ou orale. Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de noter sa douleur allant de 0/10 (douleur absente), à 10/10 (douleur maximale imaginable). Dans sa forme écrite, l'EN comprend 11 chiffres alignés verticalement ou horizontalement, compris entre 0 (Douleur absente), et 10 (Douleur maximale imaginable). Elle est présentée au patient, qui entoure ou désigne le chiffre correspondant à l'intensité de sa douleur.

L'échelle numérique est proposée aux patients qui ont du mal à comprendre le principe de l'EVA, mais qui conservent des capacités d'abstraction. Elle peut également être proposée, dans sa forme orale, aux patients ayant des handicaps physiques.

VI.3-L'ECHELLE VERBALE SIMPLIFIÉE (EVS)

L'EVS est une échelle d'auto-évaluation. Elle peut être présentée sous forme écrite ou orale. Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de choisir, parmi une liste de mots qui lui sont proposés, celui qui qualifie le mieux l'intensité de sa douleur. Dans sa forme écrite, le soignant présente au patient des qualificatifs, et celui-ci entoure ou désigne celui qui correspond à l'intensité de sa douleur : douleur faible, douleur modérée, douleur intense, douleur insupportable. La version la plus utilisée comprend 5 qualificatifs. L'EVS est moins sensible et moins précise que l'EVA.

VI.4-L'ECHELLE DOLOPLUS

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence de la douleur : 5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux. Chaque item est coté de 0 à 3 (otation à 4 niveaux). L'utilisation de cette

échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

VI.5-L'ALGOPLUS

L'algoplus est utilisé chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale pour dépister des douleurs aiguës ou provoquées. Il comprend cinq items. L'évaluateur note par "oui" si le patient présente un des signes listés dans chaque rubrique et par un "non" si il ne présent aucun des signes.

1 – Visage

Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé |__||__|

2 – Regard

Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés |__| |__|

3 – Plaintes

« Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris |__| |__|

4 – Corps

Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées |__| |__|

5 – Comportement

Agitation ou agressivité, agrippement |__| |__|

Total oui |__| / 5

La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui » l'item considéré. Tout score ≥ 2 traduit la présence d'une douleur nécessitant une adaptation thérapeutique.

VI.6-L'Echelle ECPA

C'est l'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante. C'est une échelle d'hétéroévaluation, utilisée en seconde intention après échec de l'autoévaluation. C'est une échelle rapide qui permet des mesures répétées et rapprochées. L'échelle ECPA comprend 8 items, chaque item comporte 5 degrés de gravité croissante qui va de 0 à 4. C'est la comparaison de scores globaux qui permettra d'ajuster la thérapeutique antalgique.

Échelle ECPA

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'EFFLÈUREMENT 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

NOM :	Prénom :	Sexe :	Âge :	SCORE
Date :	Service :	Heure :	Nom du Cotateur :	

Figure N°05: La fiche ECPA

VII-TRAITEMENT DE LA DOULEUR

VII.1-OBJECTIF

La stratégie thérapeutique et les objectifs de traitement diffèrent selon l'étiologie des douleurs. Le but commun étant de lutter contre la douleur et d'éviter sa récidive.

VII.2-MOYENS

VII.2.1-MOYENS MEDICAUX

VII.2.1.1-Les antalgiques: Les paliers de l'OMS.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé de classer les antalgiques en trois paliers ou niveaux . Cette classification permet une hiérarchie des analgésiques en fonction de leur niveau de puissance et de leurs rapports bénéfices-risques. Elle a été élaborée dans le cadre de la prise en charge des douleurs d'origine cancéreuse, elle permet à tout praticien de se référer à une classification opérationnelle dès lors qu'il doit traiter une douleur sur le plan symptomatique. Cette échelle se définit ainsi :

Palier OMS I:

La douleur est en général peu intense. Les médicaments utilisés sont :

- Paracétamol : recommandé en première intention dans les douleurs faibles à modérées
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : recommandés dans le traitement des douleurs inflammatoires notamment les douleurs rhumatologiques.

Palier OMS II:

Si la douleur est plus intense ou n'est pas soulagée par l'utilisation à dose maximale d'un antalgique du palier I, l'OMS recommande d'utiliser les antalgiques du palier II. Ce sont les opioïdes faibles: codéine, dihydrocodeine, tramadol. La codéine représente le médicament de référence de ce palier.

Palier OMS III

Si l'intensité de la douleur est forte et/ou les médicaments précédents sont inefficaces, l'OMS recommande de recourir à un antalgique du palier III. Sauf situation particulière, la morphine orale est l'opioïde de niveau III de première intention. L'utilisation de la morphine orale doit être précoce en cas de douleur résistante aux traitements de niveaux I et II. Le recours à une forme à libération immédiate est indispensable pour le traitement des accès douloureux spontanés ou provoqués chez les

malades ayant un traitement de fond par opioïdes. Lorsque l' administration par voie orale est impossible, l' administration transcutanée (fentanyl) ou parentérale continue (morphine) avec antalgie autocontrôlée est privilégiée par rapport aux autres voies plus invasives. La buprenorphine n'est pas recommandée en tant qu'opioïde de niveau III depuis la mise en disposition d'autres opioïdes. L'utilisation des patchs de fentanyl à 25 µg/h est une option thérapeutique dans l'initiation d'un traitement opioïde en cas de douleurs stables, c'est à dire sans paroxysme fréquent, sans douleur intense justifiant une voie injectable en raison de sa rapidité d'action, dans les situations suivantes :

- Voie orale impossible par la présence de nausées et vomissements rebelles au traitement.
- Risque occlusif.
- Malabsorption digestive: fistules, grêle radique, interventions digestives mutilantes, diarrhée profuse, etc.
- Insuffisance rénale chronique modérée (excrétion rénale prédominante essentiellement sous forme de métabolites inactifs).
- Polymédication orale gênante pour le malade.

L'hydromorphone et l'oxycodone est indiquée dans le traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine.

VII.2.1.2-Antidépresseurs

- Les Antidépresseurs Tricycliques:

L'amitriptyline (Laroxyl ®), clomipramine (Anafranil®), desipramine, imipramine (Tofranil®) ont montré leur efficacité dans les douleurs neuropathiques. Des résultats négatifs ont été rapportés pour les neuropathies douloureuses du SIDA, les neuropathies des chimiothérapies et les douleurs d'origine médullaire. 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. Le dosage le plus fréquemment efficace pour l'amitriptyline est de 75 mg/jour. La prudence est de mise chez les personnes âgées, particulièrement celles avec des facteurs de risque cardio-vasculaires. La duloxétine (Cymbalta®) et la venlafaxine (Efexor®) ont une efficacité plus modérée mais sont mieux tolérées. Ces dernières peuvent être utilisées en cas de contre-indication ou d'intolérance aux tricycliques.

VII.2.1.3-Antiépileptiques

La gabapentine (Neurontin[®]) a montré un effet dans la polyneuropathie diabétique, la douleur post-zostérienne, la douleur du membre fantôme, la douleur du syndrome de Guillain-Barré. La prégabaline (Lyrica[®]) a montré un effet positif dans la polyneuropathie diabétique et douleurs post-zostériennes. Son action serait plus rapide.

VII.2.1.4-Les co-antalgiques

Leur intérêt est d'accroître l'efficacité des antalgiques en potentialisant leur action, de réduire une symptomatologie associée qui augmente la douleur. Il peut s'agir de traitements médicamenteux, de moyens physiques ou psychologiques .

VII.2.2-MOYENS NON MEDICAUX

VII.2.2.1-Les moyens physiques:

- Drainage d'une collection.
- Radiothérapie d'une lésion osseuse, d'une lésion des tissus mous.
- Kinésithérapie, ostéopathie
- Physiothérapie.
- Neurostimulation transcutanée d'une douleur neurogène.
- Cryothérapie.
- Acupuncture d'une douleur aiguë, de la lombalgie chronique.
- Anesthésiques locaux, la mésothérapie.
- Ergothérapie: aide le sujet à s'adapter, dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne, à une perte de capacité causée par une douleur.

VII.2.2.2-Soutien psychologique

- Psychothérapie.
- Relaxation.
- Art-thérapie.

VII.3-INDICATIONS

VII.3.1- PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NOCICEPTIVE

Le traitement des douleurs par excès de nociception fait appel aux trois paliers de l'OMS. Le soulagement d'une douleur par excès de nociception par un antalgique doit être réévalué rapidement et régulièrement (24–48 heures). S'il n'est pas satisfaisant, le prescripteur a différentes options : augmenter la dose, passer à un palier supérieur, associer deux substances de paliers différents (l'association Palier 1+2 ou 1+3 est utile, l'association 2+3 n'est pas recommandée) ou associer au traitement initial un co-antalgique, dont le choix dépend, entre autres, de l'étiologie de la douleur. Si le traitement antalgique n'est toujours pas efficace, il faut se demander si la douleur n'a pas une composante principale d'origine neurogène.

VII.3.2-PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

La douleur neuropathique ne répond pas aux antalgiques de palier I (AINS, paracétamol). Le choix du traitement se fait en fonction de l'efficacité la mieux établie (et non de l'intensité de la douleur) du meilleur rapport bénéfice / sécurité d'emploi. Les médicaments indiqués en première intention sont l'antidépresseur tricyclique (amitriptyline 25-150mg/j) ou l'antiépileptique gabapentinoïde (gabapentine 1200-3600mg/j ou prégabaline 150-600mg/j) en monothérapie. Le choix se fait en fonction du contexte, des comorbidités associées, de leur sécurité d'emploi et de leur coût (moindre pour les tricycliques).

- S'il y a échec : association antidépresseur et antiépileptique.
- Si nouvel échec : on fait une adjonction d'opiacés forts.

Les inhibiteurs dits « mixtes » de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline tels que la venlafaxine (Effexor) et de la duloxétine (Symbalta), ont fait la preuve de leur efficacité dans des études contrôlées récentes.

VII.4-MODALITÉS DU TRAITEMENT

La prise en charge doit être commencée par une monothérapie soit avec un antiépileptique, soit avec un antidépresseur. Il faut augmenter très progressivement les doses, selon le principe de la titration, jusqu'à l'obtention d'un effet thérapeutique satisfaisant. L'augmentation de la posologie doit se faire par paliers de 48 à 72 heures.

Pour chaque palier, l'augmentation est, par exemple, de 5 à 10 mg pour les antidépresseurs, 20 mg pour la duloxétine, 200 mg pour la carbamazépine, 300 ou 400 mg pour la gabapentine, 150 mg pour la prégalbamine. Les effets antalgiques sont le plus souvent obtenus avec les doses suivantes : 10 à 75 mg pour les antidépresseurs tricycliques, 60 mg pour la duloxétine, 600 mg pour la carbamazépine, 1200 mg pour la gabapentine, 150 mg pour la prégalbamine. La pathologie causale n'a que peu d'influence sur le choix du traitement, dans la mesure où les traitements ont, dans l'ensemble, la même efficacité quelle que soit la cause de la douleur.

Après la mise en route d'un traitement, le patient doit être vu dans un délai de 15 jours à un mois au maximum pour évaluer l'efficacité éventuelle du traitement, mais surtout sa tolérance. Le suivi ultérieur du patient dépend du médicament prescrit (durée de la titration qui peut être de plusieurs semaines pour certains traitements) et du terrain (consultation plus rapprochée en cas de risque accru d'effets indésirables). L'objectif est de réduire la douleur de 50%, voire de 30%. L'obtention d'une réduction de la douleur de 50% voire de 30% selon certains auteurs, constitue un résultat considéré comme satisfaisant par la majorité des patients. Le délai d'obtention de l'effet antalgique est variable, de quelques jours à quelques semaines dans la mesure où la posologie est augmentée de façon progressive, en fonction de la tolérance. De ce fait, il faut encourager les patients à ne pas interrompre leur traitement trop tôt. En outre, les traitements peuvent ne pas avoir la même efficacité sur tous les symptômes douloureux. Par exemple, la douleur provoquée (allodynie) peut être moins sensible à certains traitements. Il ne s'agit pas d'un traitement « à vie ». La durée est cependant longue, le plus souvent d'au moins 6 mois.

Si le traitement est efficace, il faut tenter dès que possible une réduction progressive des doses.

Précautions particulières:

Par ailleurs, concernant l'usage des morphiniques, des précautions particulières quant à la posologie et/ou au rythme des prises doivent être envisagées quand le patient présente une insuffisance rénale, hépatique ou une hypercalcémie ou tout autre trouble métabolique pouvant majorer les effets des morphiniques du fait d'interaction sur la pharmacocinétique des morphiniques ; par exemple, une hypoprotidémie qui réduit la

fraction des morphiniques liée aux protéines, peut ainsi engendrer un surdosage morphinique. Un traitement par opioïdes (notamment par la morphine orale) ne doit jamais être interrompu brutalement. Une diminution progressive, en une semaine environ, par paliers de 30 à 50% en se basant sur la clinique (réapparition de la douleur, apparition d'un syndrome de sevrage) est proposée pour arrêter la morphine.

VIII-LEGISLATION SUR LA DOULEUR

Soulager la douleur est une obligation pour les personnels médicaux et paramédicaux (6,7) :

- Article L 1110-5 du code de la santé publique français : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée... »
- L'article L 1112-4 du code de la santé publique prévoit : "Les établissements de santé publics ou privés et les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelle que soit l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ».
- Article 37 (décret du 6 septembre 1995, modifié le 21 mai 1997) du code français de déontologie médicale : « En toute circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade ».
- Recommandations de l'ANAES : Manuel d'accréditation des établissements de santé (2e procédure d'accréditation, HAS : Haute Autorité de Santé, septembre 2004), Référence 32. La douleur est évaluée et prise en charge. Il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale.

IX-ANTALGIQUES DISPONIBLES AU CHU-JRB

Tableau I: liste des antalgiques disponibles dans la pharmacie du CHU Joseph Rasetra Befelatanana

DENOMINATION	DOSAGE
ACUPAN injectable	20mg/2ml
ADVIL sp Fl/200ml	20mg/ml
ASPEGIC Nourisson 6-24 mois	100mg
ASPEGIC poudre Ad Enf 6-10ans	250mg
ASPIRINE cp	500mg
CARBAMAZEPINE cp	200mg
CODOLIPRANE Ad sec cp	400mg/20mg
DI ANTALVIC gelule	20mg
DICLOFENAC GEL DERMIQUE	30g
DICLOFENAC suppo	100mg
DICLOFENAC cp	50mg
DOLIPRANE cp	1g
DOLIPRANE sachet ad	500mg
DOLIPRANE cp	500mg
DOLIPRANE sachet	100mg
DOLIPRANE suppo	100mg
DOLIPRANE suppo	1g
EFFERALGAN	500mg
EFFERALGAN pédiatrique	
IBUMOL cp	400mg
IBUPROFENE cp	200mg
MORPHINE Hcl injectable	10mg
PARACETAMOL cp	500mg
PERFALGAN	1g
PROFENID Suppo	100mg
TOPALGIC cp	100mg
VOLTAREN Emulgel	50g
VOLTAREN DOLO	

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I-MATERIELS ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans dix services de médecine au CHU JRB du 16 Juillet au 31 Juillet 2012 .

I.1- CADRE DE L'ETUDE

C'est une enquête descriptive, transversale type un jour donné et analytique. Elle se déroulait dans chaque service de médecine du CHU HJRB: 11 services en dehors des urgences. Elle se faisait à l'aide de deux types de questionnaire : un questionnaire pour les patients, un questionnaire pour les prescripteurs. Ces questionnaires étaient issus du questionnaire d'évaluation du Comité De Lutte Contre la Douleur du CHU Bordeaux.

I.2-PARAMÈTRES D'ÉTUDE

Nous avons subdivisé notre étude en profil épidémiо-clinique des patients douloureux, profil épidémiо-clinique de la douleur, connaissance et prise en charge de la douleur .

Les paramètres étudiés étaient :

- Le profil épidémiologique des patients douloureux (âge, sexe).
 - Les caractéristiques de la douleur(profil évolutif, mécanismes circonstances d'apparition, intensité de la douleur, siège de la douleur, échelle d'évaluation).
- Concernant les patients ayant plusieurs localisations douloureuses , nous avions pris en compte la douleur la plus élevée à l'échelle d'évaluation de l'intensité.
- Les principaux antalgiques utilisés par les médecins et leur efficacité jugée sur le soulagement du patient après reévaluation de l'Echelle Numérique.
 - La connaissance et la prise en charge de la douleur par les médecins (évaluation de la douleur, formation sur la douleur, protocole sur la douleur, utilisation des antalgiques, freins aux utilisations des antalgiques, plus particulièrement de la morphine, les difficultés rencontrées sur la prise en charge de la douleur).

Les traitements antalgiques étaient classés en:

- Antalgiques vrais : antalgiques de palier I , II, III, les associations.
- Coantalgiques : les AINS, les antidépresseurs, les antiépileptiques, les anti-spasmodiques, les inhibiteurs de la pompe à protons.

I-3 CRITÈRES D'INCLUSION

Sont inclus dans l'étude les patients de 15 ans et plus présentant une douleur aigue (moins de 48h) ou chronique (plus de 3mois), hospitalisés depuis plus de 12h , capables sur le plan physique et psychologique de réaliser leurs auto-évaluations de la douleur. Nous avions considéré que les patients étaient "douloureux" s'ils avaient une échelle numérique supérieur à 3/10.

I-4 CRITÈRES D'EXCLUSION

Sont exclus de l'étude:

- Les patients ne pouvant pas s'auto-évaluer, nécessitant une hétéro-évaluation : les patients aphasiques, inconscients.
- Les patients qui ont refusé de participer à l'étude.

I.5 LE RECUEIL DES DONNÉES

Les outils utilisés pour l'enquête :

- Les questionnaires spécifiques, élaborés à partir d'enquêtes préalablement publiées dans ce domaine puis adaptées à nos objectifs ont été mis en place à la fois pour les patients, les soignants, et les médecins.

- Le questionnaire patient n'a pu être proposé qu'aux patients ne présentant pas de trouble cognitif majeur, ou de trouble de la communication. L'accord oral des patients a été demandé avant chaque questionnaire. Parallèlement, tous les patients ont été évalués le jour de l'enquête par des échelles d'auto-évaluation.

- Les données étaient recueillies manuellement par un seul enquêteur à travers les questionnaires, puis informatisées à l'aide du logiciel microsoft 2010 et du logiciel EPI-INFO 7. Les prescripteurs interrogés étaient ceux qui étaient présents au moment de l'enquête et prenaient en charge la douleur des patients présents dans le service le jour de l'enquête.

- L'enquête n'a pas pris en compte les dossiers médicaux de chaque patient.

II-RESULTATS

II.1 PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS

II.1.1 FREQUENCE

Nous avons interrogé 127 patients hospitalisés en un jour donné dans notre centre et 44 patients respectaient nos critères, dont 34,64% des patients sont douloureux.

Nous avons considéré comme douloureux tous patients évalués à l'échelle numérique (EN>3) durant notre enquête.

II.1.2-SELON LE GENRE

Les patients masculins predominaient (52%) avec un sex ratio de : 1,09.

Selon le genre

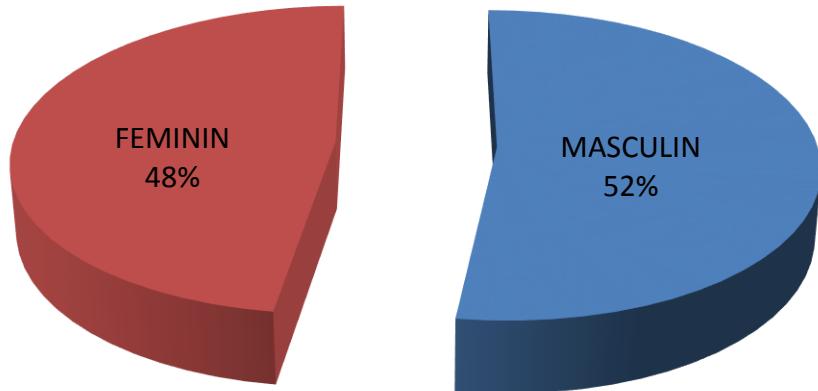


Figure N°06: Répartition des patients selon le genre.

II.1.3 SELON L'AGE

La moyenne d'âge est de 45,32 ans avec un maximum de 88ans et minimum à 15ans. Les patients entre 35 et 45 ans sont les plus nombreux, les patients âgés de plus de 70 ans ne représentent que 4,5% dans notre série.

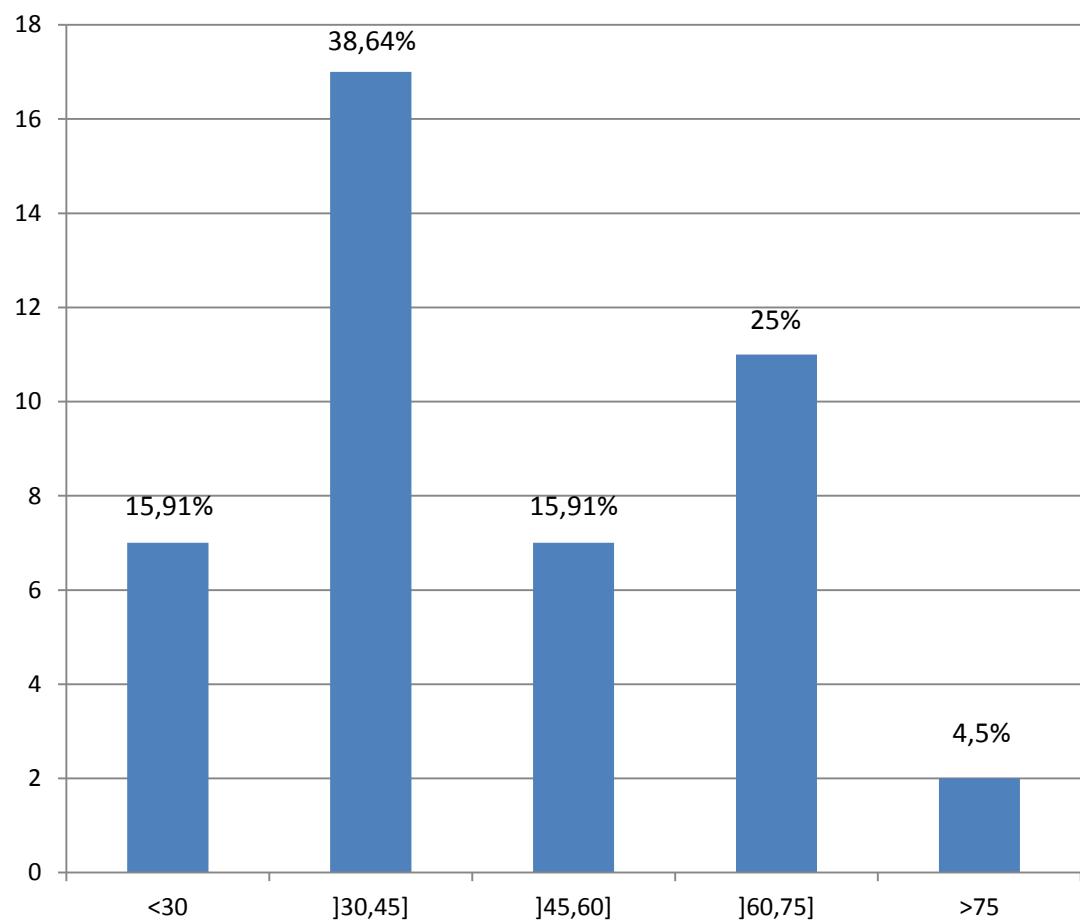


Figure N°07: Répartition des patients selon les tranches d'âge.

II.2 SELON LES CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR

II.2.1 SELON LE PROFIL EVOLUTIF DE LA DOULEUR

Les patients présentant une douleur aiguë représentaient 68,18 % contre 31,82 % présentant une douleur chronique.

Tableau II : Répartition des patients selon profil évolutif de la douleur.

DOULEUR	AIGUË	CHRONIQUE	TOTAL
N	30	14	44
%	68,18	31,82	100

II.2.2 SELON LES MÉCANISMES DE LA DOULEUR

Selon les mécanismes de la douleur, les douleurs nociceptives sont les plus importantes (68,18%), les douleurs cancéreuses représentent 6,82%, les douleurs neurogènes ne représentent que 2,27%.

MECANISMES DE LA DOULEUR

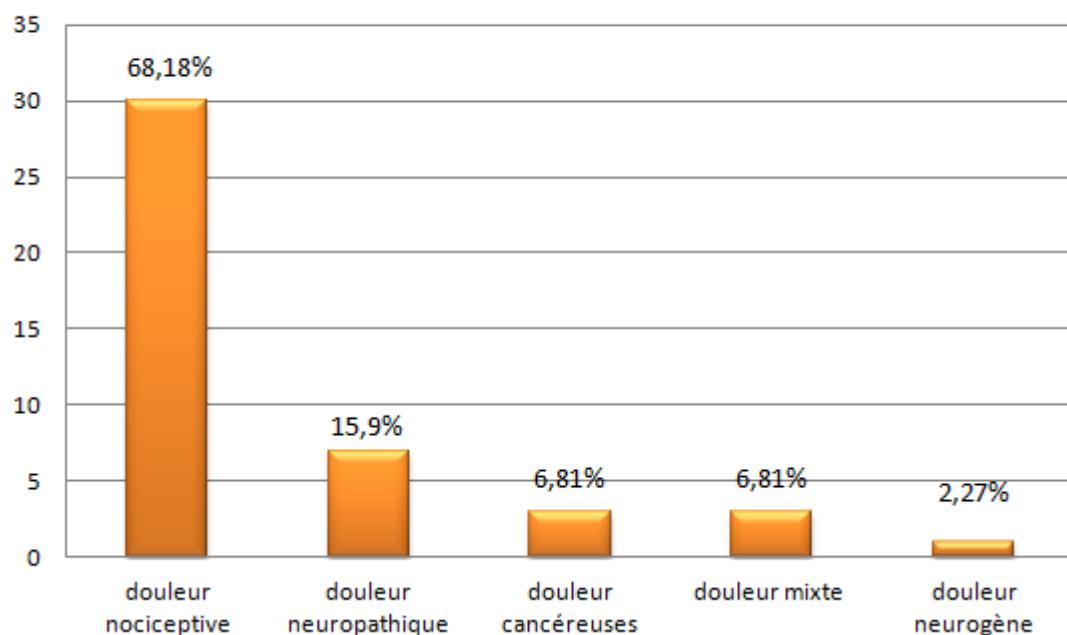


Figure N°08 : Répartition des patients selon les mécanismes de la douleur.

II.2.3 SELON LES CIRCONSTANCES D'APPARITION

Dans 50 % des cas il n'y avait pas de circonstance d'apparition évidente. Dans 25% des cas, la douleur apparaît à l'effort de toux, lors de la faim, lors des contextes émotionnelles.

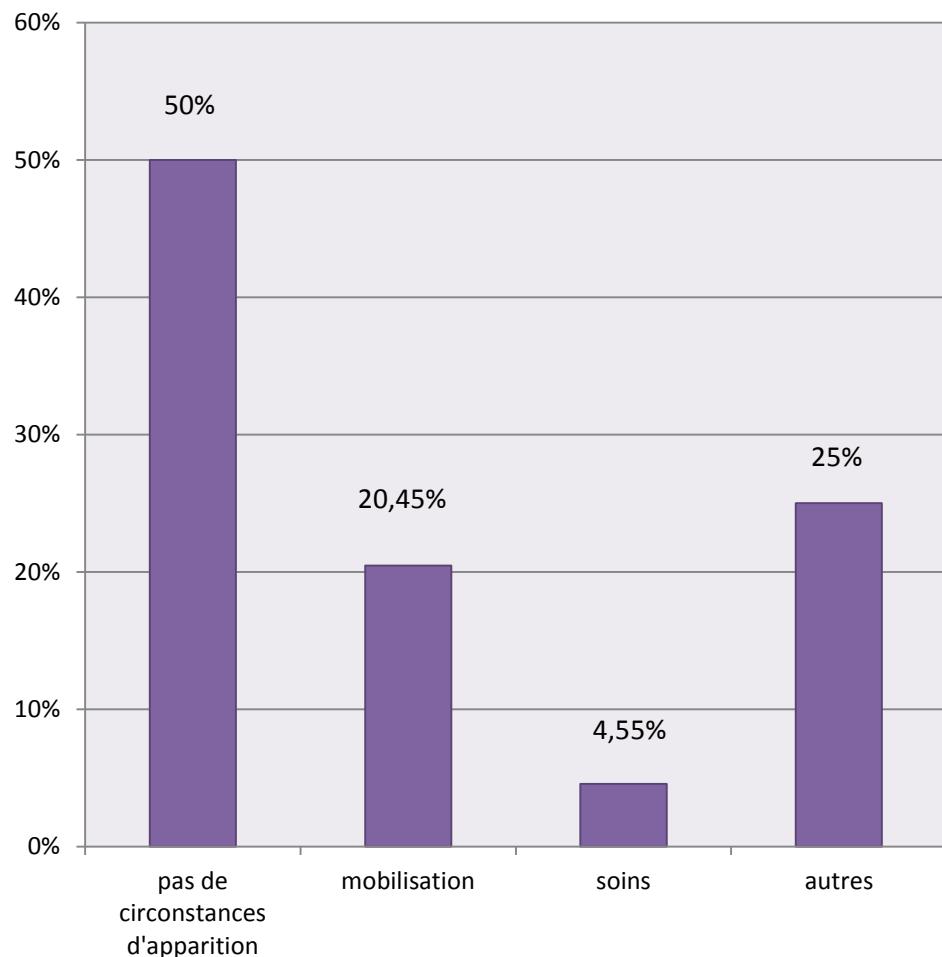


Figure N°09 : Répartition des patients en fonction des circonstances d'apparition.

II.2.4 SELON L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

D'après l'échelle d'évaluation verbale, les douleurs intenses sont plus nombreuses (47,73%) contre les douleurs d'intensité faible (25%) et modérée (22,73%).

Selon l'intensité de la douleur

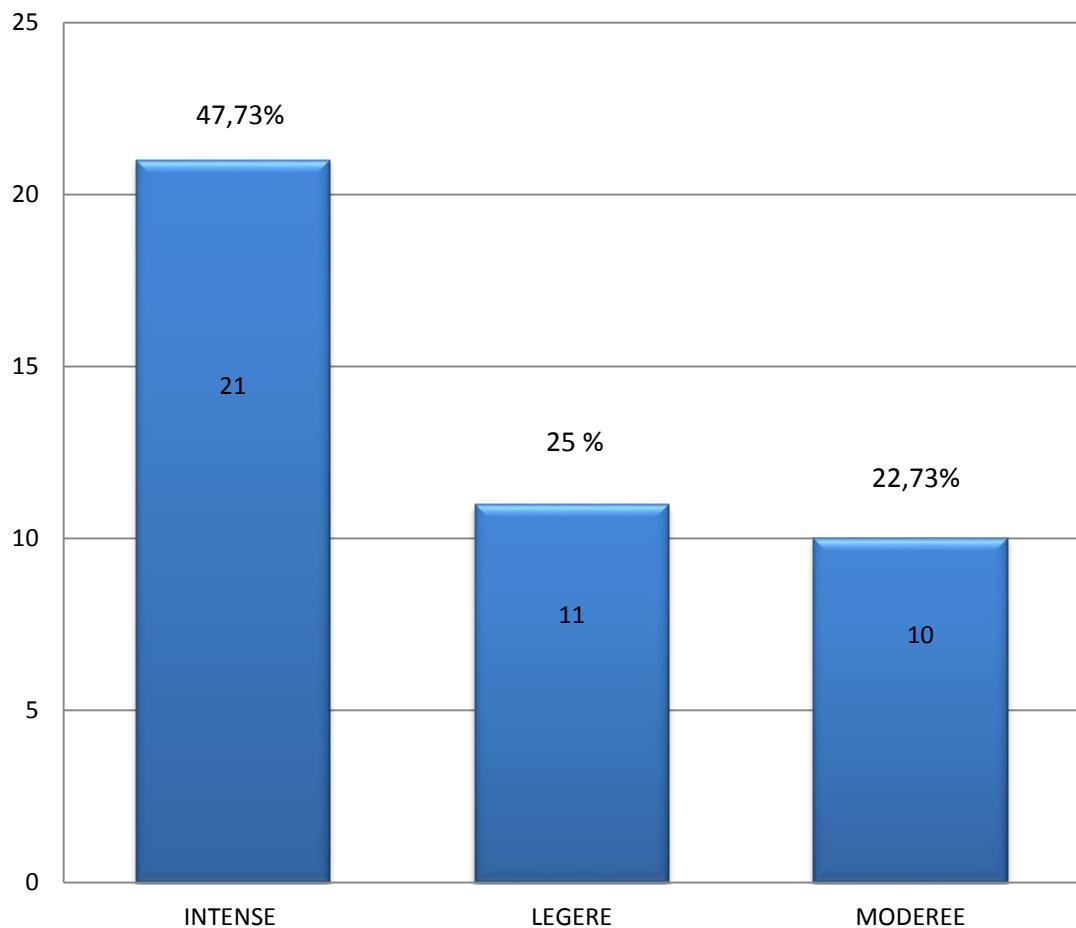


Figure N°10: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur.

Il n'existe pas de relation statiquement significative entre l'intensité de la douleur et l'âge ($p = 0,275$), et également entre l'intensité de la douleur et le sexe ($p = 0,906$).

II.2.5 SELON LE SIÈGE DE LA DOULEUR

La douleur siège au niveau du thorax dans 22,73%, la dorsalgie et la gonalgie sont rares et sont rencontrées seulement dans 2,27%.

Tableau III : Répartition des patients selon le siège de la douleur.

SIEGE	n	%
Abdomen	4	9,09
Dos	1	2,27
Epigastre	4	9,09
Lombaire	4	9,08
Céphalées	4	9,09
Membres inférieurs	10	22,72
Genou	1	2,27
Pied	2	4,55
Thorax	10	22,73
Epaule	4	9,09
TOTAL	44	100%

II.2.6 SELON L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'échelle d'évaluation la plus utilisée est l'échelle verbale simple selon l'enquête des patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon les échelles d'évaluation.

Echelle d'évaluation	EN	EVS	EVA	DOLOPLUS	TOTAL
n	3	41	0	0	44
%	6,28	93,18	0	0	100

II.2.7 SELON LES PATHOLOGIES EN CAUSE

Dans notre série la pneumopathie constitue la première cause de douleur et représente 13,64% des cas.

Tableau IV : Répartition en fonction des pathologies en cause.

PATHOLOGIES EN CAUSE	N	%
Insuffisance cardiaque	3	6,82
Pneumopathie	6	13,64
Cirrhose hépatique	2	4,55
Ulcère gastroduodénale	3	6,82
Syndrome coronaire aigu	1	2,27
Syndrome paranéoplasique	2	4,55
HTA	3	6,82
Maladies systémiques	3	6,82
Colopathie fonctionnelle	3	6,82
Neuropathie périphérique	1	2,27
Pied diabétique	4	9,09
Spondylodiscite	3	6,82
TPM+	1	2,27
Asthme	1	2,27
AVC	4	9,09
Infections urinaires	2	4,55
TOTAL	44	100%

II.3 SELON LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

II.3.1 PERSONNELS SOIGNANTS

Ils prennent en charge en moyenne 11 patients avec au minimum 2 patients et maximum 26 patients. Selon l'enquête au niveau des personnels soignants : en moyenne 2 patients sont douloureux dans la journée et au maximum 8 patients. Quarante-six personnels soignants ont répondu à nos questions dont 11 médecins, 15 internes de spécialité, 9 internes généralistes, 5 internes en pharmacie et 5 infirmiers.

Les personnels soignants

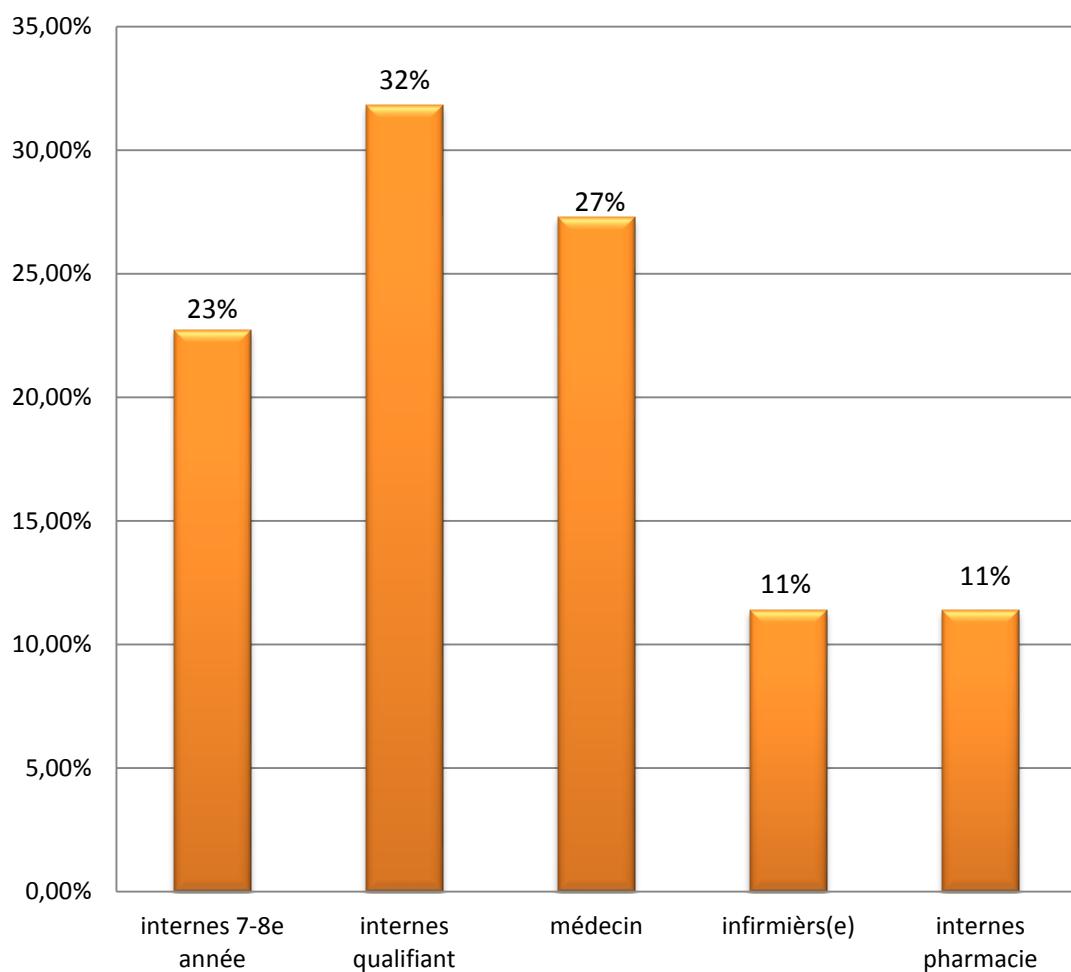


Figure N°11: Répartition des personnels soignants intervenant dans l'étude.

II.3.2 PRÉVENTION DE LA DOULEUR PAR RAPPORT AUX SOINS

Les personnels soignants dans 81,82% des cas préviennent la douleur par rapport aux soins. La prévention de la douleur par rapport aux soins consiste en l'utilisation d'antalgiques appropriés avant d'effectuer certains soins tels que les pansements des plaies profonds, la ponction pleurale, la ponction d'ascite, la ponction articulaire, ...

Tableau VI: Prévention de la douleur par rapport aux soins

PERSONNELS SOIGNANTS	PREVENTION	PAS DE PREVENTION	TOTAL
N	36	10	46
%	81,82	22,73	100

Nous montrons dans le tableau suivant la répartition des personnels soignants en fonction de la prévention de la douleur par rapport aux soins.

Tableau VII: Personnels soignants et la prévention des douleurs par rapport aux soins

PERSONNELS	PREVENTION	PAS DE PREVENTION
MEDECINS	7	5
INTERNES DE SPECIALITÉ	13	1
INTERNES GENERALISTES	9	1
INFIRMIERS	3	2
INTERNES EN PHARMACIE	4	1
TOTAL	36	10

II.3.3- MOYENS DE LA PRISE EN CHARGE

II.3.3.1 LES OUTILS D'ÉVALUATION

Quarante trois personnels soignants (97,73%) évaluent systématiquement la douleur et 100% utilisent systématiquement des antalgiques en cas de douleur. Les outils d'évaluation utilisés par les personnels soignants au cours de l'enquête sont l'échelle verbale simple, l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique.

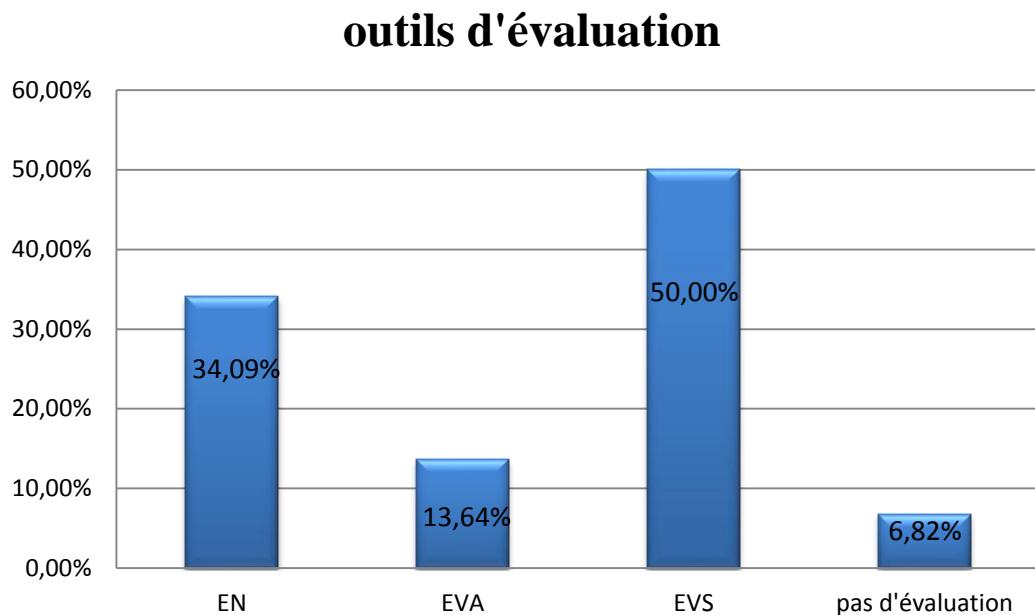


Figure N°12 : Les outils d'évaluation selon les personnels soignants

Nous montrons dans le tableau suivant les détails sur l'utilisation des échelles d'évaluation selon l'enquête des personnels soignants.

Tableau VIII : Répartition des soignants selon les outils d'évaluation

PERSONELS	EN	EVA	EVS
MEDECINS	0	2	9
INTERNES DE SPECIALITE	11	0	4
INTERNES GENERALISTES	3	3	3
INTERNES PHARMACIES	0	0	5
INFIRMIERS	1	0	2
TOTAL	16	5	23

II.3.3.2 L'UTILISATION DES ANTALGIQUES

L'utilisation des antalgiques est systématique dans 100% des personnels soignants. L'utilisation des antalgiques se fait soit selon les paliers OMS (50%), selon l'évaluation douleur, selon l'évaluation de la douleur et par pallier OMS, selon l'avis du médecin pour les infirmiers.

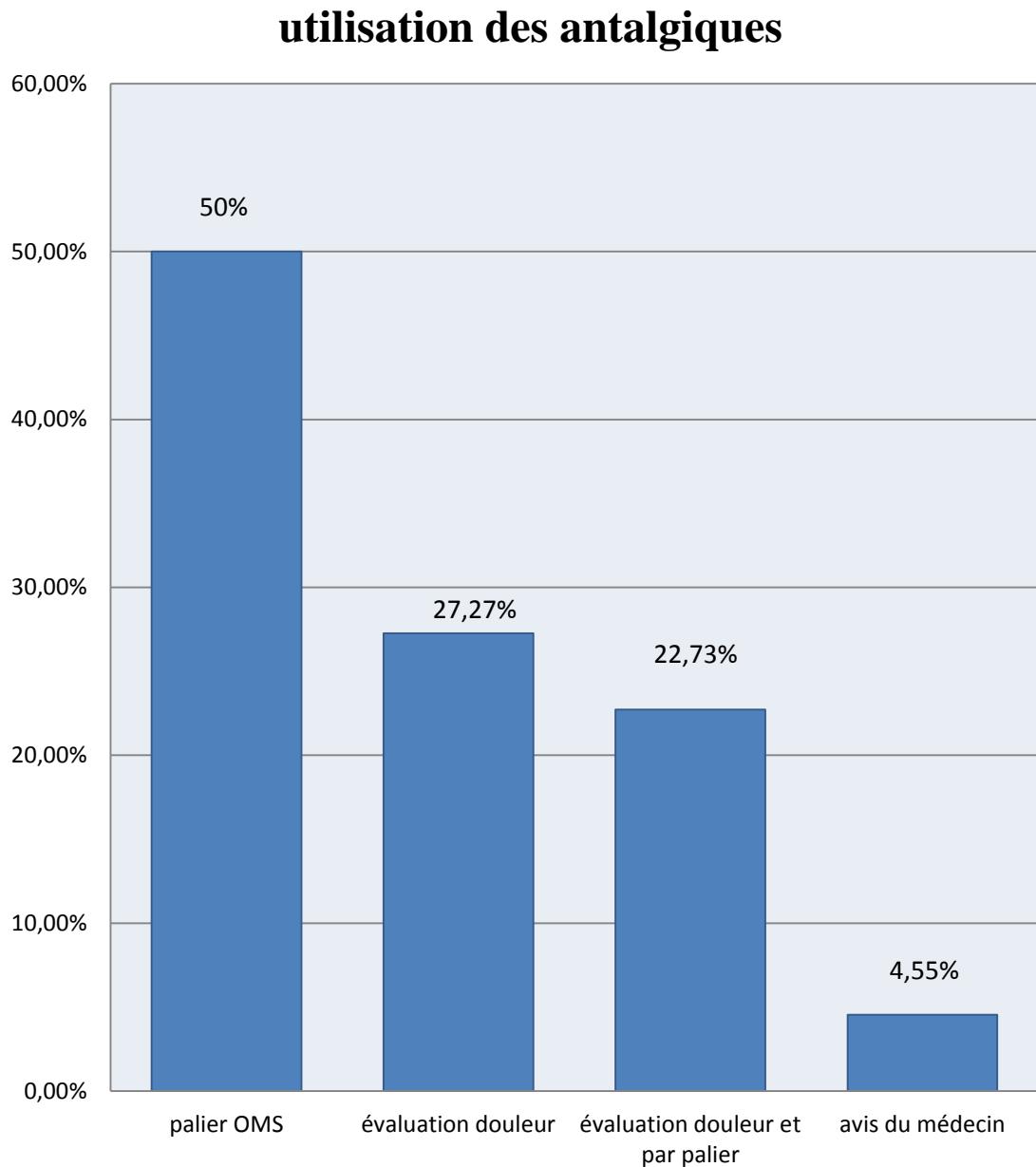


Figure N°13 : Répartition des soignants selon l'utilisation des antalgiques.

La préférence sur la prescription des antalgiques de palier I ont été constaté dans 27% des cas, les co-antalgiques dans 18,18% des cas, les antalgiques de palier II dans 9,09% des cas, et palier III dans 6,82% des cas. Dans 25% des cas les patients ne reçoivent pas d'antalgiques.

Tableau IX : La prescription des antalgiques selon l'enquête patient

ANTALGIQUES	N	%
PALIER I	12	27
PALIER II	4	9,09
PALIER III	3	6,81
CO- ANTALGIQUES	8	18,18
SEDATIFS	3	6,81
OMEPRAZOLE	3	6,81
PAS d'ANTALGIQUES	11	25
TOTAL	44	100

Il existe un frein à l'utilisation de la MORPHINE chez 45,45% des soignants.

Tableau X : Utilisation de la morphine.

PERSONNELS SOIGNANTS	RETICENT A LA MORPHINE	NON RETICENT A LA MORPHINE	TOTAL
			N
	22	24	46
%	45,45	54,55	100

II.3.3.3 FORMATION SUR LA DOULEUR

Peu de personnels soignants ont reçu une formation sur la douleur. La formation sur la douleur est une formation spécialisée incitant les personnels soignants dans chaque établissement de santé à évaluer, traiter et lutter contre la douleur.

Tableau XI : Répartition des personnels soignants selon leur formation sur la douleur

PERSONNELS SOIGNANTS	FORMATION	PAS DE FORMATION
N=	10	36
%	22,73%	81,82%

II.3.3.4 PROTOCOLE ÉCRIT SUR LA DOULEUR

Peu de services possèdent un protocole écrit sur la douleur : le service de Neurologie, et de Rhumatologie (Pavillon Spécial A). Le protocole utilisé est un protocole écrit par chaque service sur l'utilisation des antalgiques en rapport aux recommandations internationales.

Tableau XII: Répartition des services selon les protocoles

SERVICES	PROTOCOLE	PAS DE PROTOCOLE
N=	2	8
%	6,82%	97,73%

II.3.4. RESULTATS DE PRISE EN CHARGE

II.3.4.1-Efficacité du traitement

Vingt et un patients (47,73%) déclarent être soulagés; et vingt-trois(52,27%) ne sont pas soulagés.L'efficacité du traitement est jugé sur le soulagement du patient. Ceux qui sont soulagés sont tous les patients qui ont une diminution de l'intensité de la douleur évaluée à l'EN<3 à la reévaluation après administration des antalgiques.

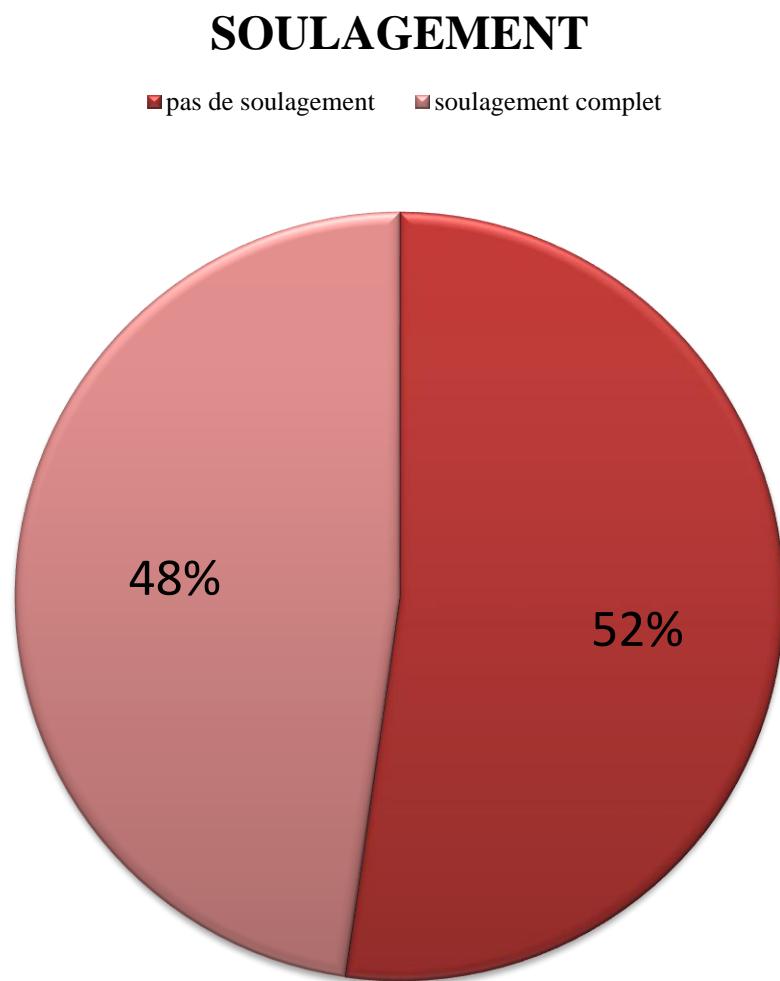


Figure N°14 : Répartition des patients selon leur soulagement.

Nous montrons ci-dessous la satisfaction des patients par rapport aux traitements. L'efficacité du traitement a été aussi évalué selon la satisfaction des patients par rapport aux traitements institués. Certains patients déclarent être très satisfaits, d'autres satisfaits et le reste peu satisfaits. Aucun n'a déclaré non satisfait de la prise en charge.

SATISFACTION DES PATIENTS

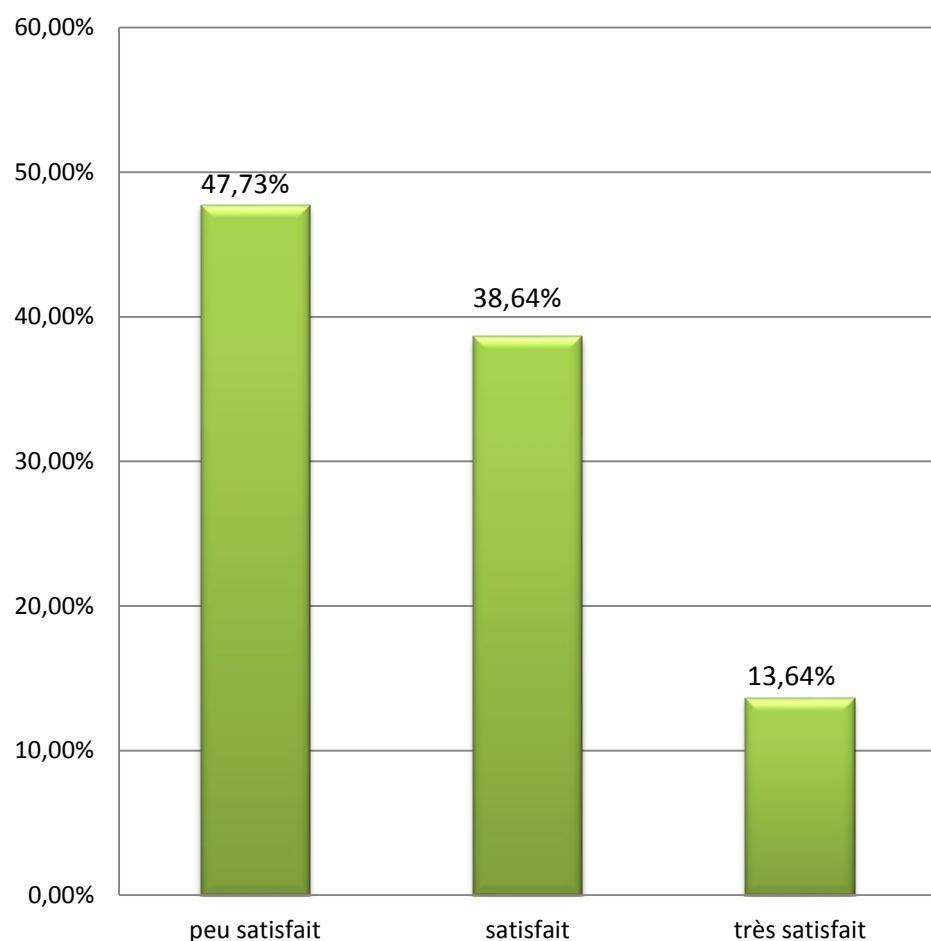


Figure N°15 : Répartition des patients selon leur satisfaction.

Notre enquête s'est étalée également sur les motifs de non soulagement , un obstacle pour la prise en charge des patients douloureux; qui fait partie donc de blocage pour la prise en charge des patients douloureux.

D'après l'enquête des personnels soignants, la difficulté de prise en charge réside dans: le faible revenu socio-économique(39,13%), la non disponibilité des molécules dans 17,39%,la mauvaise observance (8,70%),l'incompréhension des EVA et EN (8,70%), la difficulté sur la manipulation des antalgiques (4,35%).

II.3.4.2 SATISFACTION DES MEDECINS

Enfin, l'avis des personnels soignants sur la prise en charge de la douleur au CHU HJRB. Les personnels sont peu satisfaits de la prise en charge de la douleur.

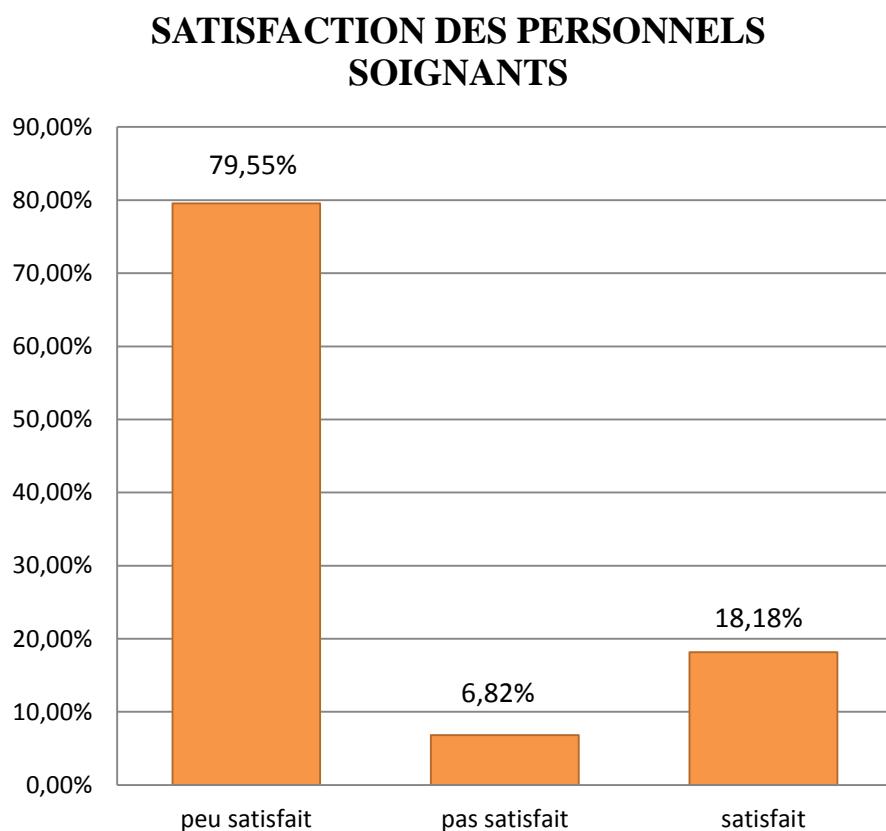


Figure N°16 : Répartition des personnels soignants selon leur satisfaction.

TROISIEME PARTIE: DISCUSSION-COMMENTAIRES- SUGGESTIONS

DISCUSSION

Cette étude représente la première étude malgache évaluant les processus et les résultats de prise en charge de la douleur physique dans les principaux services de médecine interne du CHU de Befelatanana : service de Cardiologie, Néphrologie, Gastro-entérologie, Rhumatologie, Dermatologie, Endocrinologie, Pneumologie, Neuro-psychiatrie, Maladies infectieuses, Pavillon spécial A et Pavillon spécial B.

I-SUR LA MÉTHODOLOGIE DE L'ETUDE

Notre enquête a été réalisée chez 44 patients sur 127 patients hospitalisés le jour de l'enquête. La taille de la population d'étude s'explique par la méthodologie qui est une étude prospective type un jour donné sur 11 services de médecine alors que dans les études européennes, elles concernent une trentaine de services incluant tous les services de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie dont cinq cent quarante deux patients en 2001 au CHU de BORDEAUX, cinq cent soixante sept patients en 2005 dans le même Centre (8).

Notre enquête s'est déroulée dans un service de médecine où la prise en charge de la douleur n'a pas été sensibilisée. Les personnels du service n'ont pas été prévenus du jour où serait réalisée l'enquête, ils avaient reçu l'information d'une réflexion sous forme de cours théorique sur la prise en charge de la douleur dans le service. L'âge des patients inclus était de 15 ans et plus; ce qui inclut la prise en charge de la douleur chez certains adolescents, chez les adultes et les personnes âgées.

II-SUR LA PRÉVALENCE DE LA DOULEUR

II.1-PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS DOULOUREUX

II.1.1-SELON LA FREQUENCE

Dans notre étude, 34% étaient douloureux, comparée à une étude faite au CHU BORDEAUX en 2000 où 32% étaient douloureux en service de MEDECINE (9).

Sur le tableau ci-dessous, nous notons l'évolution de la prévalence de la douleur dans chaque service (médecine et chirurgie) du CHU BORDEAUX depuis 2006 à 2009 (10). Les résultats montrent qu'il y a une nette diminution des patients douloureux pris en charge par an mais ces résultats ne sont pas superposables à notre enquête à cause de la différence de taille de la population d'étude.

Tableau XIII: Evolution des résultats des indicateurs (10)

	2006	2007	2008	2009
Adults	1718	1972	1851	2250
Traceability (%)	53.4	59.9	61.9	60.3
Pain treatment (%)	57.5	59.9	61.9	60.3
Pain prevalence (%)	27.6	26.9	29.7	23.8
Pediatrics	219	194	170	315
Traceability (%)	45.2	72.2	67.7	51.7
Pain treatment (%)	50.7	45.9	49.4	47.8
Pain Prevalence (%)	31.3	21.4	8.6	18.4

La prévalence des patients douloureux étaient de 46,8% lors d'une enquête évaluée dans le service médecine interne et immunologie clinique CHU Amiens en 1998 (11) . Alors que l'enquête au niveau des médecins déclaraient en moyenne 2 patients douloureux par jour, sur en moyenne 10 patients hospitalisés par service, avec maximum 8 patients douloureux.

Cette différence peut s'expliquer par le manque d'information auprès des patients de devoir déclarer sa douleur, ainsi les personnels soignants évaluent rarement la douleur.

Cette différence peut aussi s'expliquer par la nature subjective de la douleur. Il faut admettre que la nature subjective de la douleur aide à mieux comprendre pourquoi ce que dit le malade ne doit pas a priori être mis en doute. Il convient d'accepter que le malade est en dernière analyse le seul véritable expert pour apprécier l'intensité de sa douleur (12). Elle confirme par cet aspect la difficulté de son évaluation et de son traitement.

II.1.2 SELON L'ÂGE

L'âge moyen de la population dans notre étude est de 45,32 ans avec un sex ratio de 1,095 . Comparée à l'étude effectuée au service de médecine interne et immunologie clinique à l'Hôpital Antoine Béclère, de la région SUD OUEST de PARIS en 1996 ,l'âge moyen est de 47,7 ans , le sex ratio est égal à 0,72(11).

Dans nos résultats, nous nous sommes concentrés sur la prévalence de la douleur chez l'adulte. Néanmoins, nous avons considéré les adultes jeunes moins de 30ans , prenant en compte des adolescents de 15 ans et plus ; où la prévalence de la douleur est de 15,9%.

Il existe des variations inter-individuelles. Rappelons que la douleur est à la fois un phénomène commun et complexe. La subjectivité de la douleur dépend de l'âge, elle est plus importante et expressive chez l'enfant, particulièrement anxiogène chez la personne âgée. La femme est plus sensible, l'homme moins tolérant. Cette subjectivité dépend de la personne souffrante mais aussi des expériences antérieures et du contenu d'une mémoire algique (13) .

La prévalence de la douleur chez les personnes âgées (> 60ans) est de 29,5%. Nos résultats ne sont pas superposables à ceux qui sont publiées en 2008 service de médecine A du centre régional de gériatrie où la prévalence chez les personnes âgées est de 42% (14). Cependant, la prévalence de la douleur n'est pas négligeable dans notre étude mais non comparable par rapport aux études européennes vue la taille de notre échantillon d'étude.

III- SUR LE PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA DOULEUR

La douleur aiguë est la plus fréquente 68,18% contre une douleur chronique évaluée à 31, 82%. La composante nociceptive a été retrouvée dans 68,18% des cas, dont les maladies aiguës évolutives constituent les causes de ces douleurs. Les douleurs thoraciques des pneumonies bactériennes occupent le premier rang. La douleur est neuropathique dans 15,9%, dont l'AVC constitue la première cause. La douleur est cancéreuse dans 6,81%, neurogène dans 2,27%.

Nos résultats divergent de ceux recueillis au CHU de BORDEAUX en 2001 qui ne rapportent que 43,6% de douleur aiguë à composante nociceptive, dont les maladies évolutives occupent le premier rang, la douleur est chronique dans 39,7%, 14,5% sont des douleurs neuropathiques.

Selon les résultats diffusés en 1998 au service de MEDECINE INTERNE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE au CHU AMIENS où la douleur cancéreuse est au premier diagnostic (19%) suivi des douleurs liées à l'infection VIH (13,5%) et l'AVC en dernier rang (8%).

Cette enquête a permis d'évaluer et classer les causes de la douleur au CHU de Befelatanana, comparer les états des lieux de la douleur par rapport aux enquêtes similaires effectuées dans les établissements de France.

Par rapport à notre étude, nous expliquons cette différence par la différence de taille de l'échantillon et la durée d'étude.

L'enquête a été effectuée en un jour donné dans toutes les évaluations de prise en charge de la douleur effectuées dans chaque établissement. Ce qui peut prouver une différence de résultat parmi les résultats de chaque enquête.

Par ailleurs, la douleur siégeant au niveau du thorax est la plus fréquente. Ce sont des douleurs faisant suite à l'effort de toux, intenses et intermittentes. Mais, globalement dans nos résultats on ne retrouve pas de réels facteurs déclenchants de la douleur.

Les études de la prise en charge de la douleur du CHU BORDEAUX en 2000 et 2001 déclaraient que les moments les plus douloureux étaient la nuit et la douleur survenait suite à un évènement intercurrent tels que la mobilisation et les soins alors que dans notre étude ces évènements ne semblent pas favoriser la douleur.

Quelle que soit l'étiologie, on constate d'importantes variables inter-individuelles des plaintes ou du handicap (15, 16). A priori, il n'existe pas de relation simple ni entre le stimulus causal et l'expérience globale de la douleur, ni entre les différentes dimensions qui la constituent. Certains patients peuvent adopter des attitudes stoïques malgré une importante douleur, aucun comportement de la douleur n'est manifesté. A l'inverse, certains patients manifestent des comportements douloureux exagérés par rapport à la gravité de la cause identifiée. Cette complexité doit être reconnue et justifie une évaluation des différents niveaux de retentissement d'une douleur (17) .

IV- SUR LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

L'étude du processus de prise en charge de la douleur a permis de montrer que certains aspects des recommandations de prise en charge de la douleur étaient déjà atteints, comme l'information du patient sur la nécessité de déclarer ses douleurs. Cette enquête a mis en évidence l'insuffisance de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, les carences dans le diagnostic et dans les traitements des douleurs.

IV.1-LES MOYENS DE PRISE EN CHARGE

IV.1.1-IDENTIFICATION DES PATIENTS DOULOUREUX

Tous les malades n’expriment pas spontanément leur douleur (18). L’absence de comportement douloureux manifesté ne signifie pas obligatoirement absence de douleur perçue. En outre, selon leur personnalité (introvertie ou extravertie), les malades seront plus ou moins enclins à se plaindre de leur douleur. Il faut donc évaluer systématiquement la douleur pour mieux déterminer les attitudes thérapeutiques appropriées.

Dans nos résultats 97,73% des soignants déclarent évaluer systématiquement les patients douloureux. Nous avons noté une discordance entre la déclaration des patients et des médecins à propos des échelles d’évaluation utilisées.

Cependant, l’EVS reste l’échelle la plus utilisée sur l’évaluation de l’intensité de la douleur : 93,18% selon les questionnaires patients et 50% selon les questionnaires soignants. L’EN prend le second rang et l’EVA en dernier rang.

Selon les études, 3 échelles d’évaluation de la douleur sont validées en intra et en pré-hospitalier : l’EN, l’EVA,l’EVS. Elles ont un taux de faisabilité de 83-94% en intra et pré-hospitalier. Selon l’évaluation de la douleur au CHU de BORDEAUX publiée en 2001, la reglette (EVA) est l’outil d’évaluation utilisé par 47% des infirmiers, 41% des médecins. L’EVA est souvent préférée du fait de sa plus grande sensibilité liée au plus grand nombre de réponse possible (19). L’EVS utilise la description spontanée des malades et de ce fait est facile à comprendre, toutefois le nombre plus réduit des réponses possibles la rend moins sensible que l’EVA. L’EN est également sensible, de compréhension facile et a l’avantage de se prêter à des réponses orales. Elle est très utile dans la pratique en médecine ambulatoire. Les échelles DOLOPLUS et ECPA sont inconnues dans notre centre. La non utilisation de la reglette (EVA) s’explique par le fait que tous personnels soignants ne disposent pas de la réglette, aussi ils ne sont pas formés sur l’utilisation des échelles d’évaluation .

IV.1.2-LA FORMATION SUR LA DOULEUR

Notre étude montrait que 81,82% des personnels soignants ne sont pas formés sur la prise en charge de la douleur. Seulement 22,17% des personnels soignants avaient été formé sur le sujet. Ces résultats sont superposables à ceux des résultats publiés par le

CHU BORDEAUX en 2001, que seulement 35% des personnels soignants dont 19% des médecins, et 17% des infirmières avaient reçu une formation médicale continue sur la prise en charge de la douleur. L'enquête douleur CLUD pôle centre ALSACE en décembre 2004 (20) déclarait qu'un seul médecin et un masseur kinésithérapeute ont suivi une formation douleur spécifique. Les personnels soignants des centres hospitaliers bénéficient peu de formation continue sur la douleur.

IV.1.3-PROTOCOLE ÉCRIT SUR LA DOULEUR

Peu de services possèdent des protocoles écrits sur la prise en charge de la douleur. Ceux-ci correspondaient aux résultats vus au CHU de BORDEAUX où près de 80% des services ne disposaient d'aucun protocole écrit sur la douleur. Ils sont rares et inconnus selon l'enquête CLUD pôle centre ALSACE. En 2005, une réévaluation au CHU de Bordeaux montrait qu'il existait un support écrit sur la prise en charge de la douleur dans 19% des services (21). Les protocoles écrits ne sont pas encore appliqués dans les centres hospitaliers (22,23).

IV. 2-LES TRAITEMENTS

IV.2.1-L'UTILISATION DES ANTALGIQUES

Près de la totalité des personnels soignants utilisent systématiquement des antalgiques en cas de douleur. Selon la connaissance des médecins, les antalgiques sont utilisés selon les paliers OMS. La préférence est l'utilisation des antalgiques de palier I dans 27%, paliers II dans 9,09%, palier III dans 6,81%, co-antalgiques dans 18,18% .

Nos résultats sont superposables à ceux des études recueillis à l'Hôpital HAUTE PIERRE CHU de STRASBOURG en 1998, où les antalgiques de palier I et II de l'OMS sont largement prescrits en première intention. Lors des douleurs intenses ou rebelles, le NEFOPAM est l'antalgique de palier II le plus utilisé. Il semble exister une réticence à utiliser des agonistes–antagonistes morphiniques(24, 25).

IV.2.2-FREINS À LA MORPHINE

Il existe un frein à l'utilisation de la morphine dans 45,5% des cas. Ces craintes d'utilisation de la morphine sont rencontrées également lors de l'enquête CLUD centre pôle ALSACE, décembre 2004 chez 39% des soignants mais seulement 17% des

médecins. Selon les résultats publiés de CHU BORDEAUX en 2001, la proportion des prescriptions à la demande concernait des antalgiques non opiacés dans 27%, opiacés forts dans 18%, corticoïdes dans 15% des cas, opiacés faibles dans 16% des cas, anticonvulsivants dans 13% des cas. La morphine reste encore un des médicaments antalgiques dont l'utilisation reste encore mal connu à cause de ces divers effets indésirables, ses contre-indications, l'indisponibilité de NALOXONE dans le centre, l'absence de protocole écrit sur la titration de la MORPHINE. Par ces différentes raisons que la plupart des personnels soignants ont peur d'utiliser la MORPHINE alors que la MORPHINE est un médicament largement évalué, efficace, fiable, sans effet plafond et disposant d'un antidote : le NALOXONE(26,27,28). Le grand âge n'est pas une limite à son utilisation(26,27).

IV.3 RÉSULTAT DE LA PRISE EN CHARGE

Les patients déclarent être soulagés dans 52% des cas, néanmoins une proportion non négligeable déclarent ne pas être soulagée (48%). Lors de l'enquête effectuée au CHU BORDEAUX en 2001, 12,8% n'étaient pas soulagés, 41,7% étaient modérément soulagés, 45,5% étaient soulagés. Dans notre étude, les patients ne sont pas satisfaits de la prise en charge dans 49% des cas. Les médecins dans 79,55% des cas déclarent non satisfaits pour la prise en charge de la douleur. En somme, la prise en charge des patients douloureux demeurent une lacune du centre jusqu'à ce jour .

Pour les personnels soignants cette difficulté de prise en charge est due à:

- la non disponibilité de certains médicaments.
- le manque de moyens financiers des patients.
- la difficulté d'évaluer la douleur.
- l'absence de diagnostic.
- l'absence de protocole écrit.

SUGGESTIONS

D'après cette étude nous pouvons proposer ces suggestions :

Plans de lutte contre la douleur (29) :

- Développer la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.
- Développer la formation et l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
- Prendre en compte la demande du patient et l'information du public.
- Améliorer l'accès de la personne souffrant de douleur chronique à des structures spécialisées(30,31).
- Amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de lutte contre la douleur.
- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.
- Améliorer l'utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.

Les 10 principes pour augmenter l'efficacité des intervenants auprès des malades douloureux (32) :

- Prendre un temps suffisant pour comprendre et apprendre le malade douloureux.
- Etablir une clinique de la douleur et établir une fiche douleur pour chaque patient.
- Choisir les méthodes et les médicaments par ordre de puissance croissante.
- Savoir associer les moyens thérapeutiques
- Le soulagement dépend de la régularité des suivis médicaux et l'observance des techniques antalgiques.
- Faire du temps un allié.
- Prévenir, et si possible neutraliser les conséquences néfastes des médicaments et des techniques thérapeutiques.
- Accompagner et rester à l'écoute du malade douloureux.
- Reévaluer régulièrement le plus souvent possible avec une grande humilité le diagnostic initial.
- Savoir accepter un échec.

En outre, il faut bien indiquer les échelles d'évaluation pour chaque catégorie de malade. Il faut prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » : nouveau-nés et très jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés, malades atteints de pathologies démentielles. Elaborer et conduire la prise en charge selon des objectifs explicités et des moyens proportionnés avec la mise en place d'une véritable fonction de pilotage tel que le CLUD.

PROPOSITION DE PROTOCOLE COMMUN

1-CONDUITE DU TRAITEMENT

Selon l'OMS, la prescription doit répondre à 5 principes :

- par la voie la moins invasive.
- à intervalles réguliers.
- selon une échelle d'intensité de la douleur.
- de façon adaptée aux besoins individuels.
- avec un constant souci du détail.

Chaque palier peut être associé ou non à des co-analgésiques selon le mécanisme de la douleur(33,34). L'efficacité du traitement doit être évaluée de façon périodique et répétée.

Pour chaque palier et de façon générale :

- Si le palier est efficace : il faut réévaluer de façon systématique la douleur ; prévenir, rechercher et traiter les effets secondaires des médicaments.
- Si la douleur persiste : il faut vérifier l'observance du traitement, puis changer de palier.
 - Pour les médicaments du 3^{ème} palier de l'OMS, si la douleur persiste après 4 jours de traitement : il faut revoir les traitements co-antalgiques, identifier une composante neurogène de la douleur et discuter une morphino-résistance métabolique (34,35,36).

2-PROTOCOLE

a-Palier I

- 3comprimés par jour de paracétamol 500 mg puis, si insuffisant : 6 comprimés par jour de paracétamol 500 mg.

b-Palier II

- 3 comprimés ou gélules par jour de paracétamol-dextropropoxyphène ou paracétamol-codéine, puis si insuffisant : 6 comprimés ou gélules par jour de paracétamol-dextropropoxyphène ou paracétamol-codéine. Si inefficace : Tramadol à libération prolongée (100, 150 ou 200 mg) : 1comprimé matin et soir, ou Tramadol 50 mg 1 à 2 gélules toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser la dose de 400 mg/j

c-Palier III

Sulfate de morphine LP (30 mg toutes les 12 h ou 50 mg toutes les 24 h) + 1 ampoule de morphine sous cutané à la demande (10 mg) ou comprimé (10 et 20 mg) de morphine à la demande (34, 35).

- Fentanyl transdermique 25 microgrammes (tous les 3j). Si inefficace : augmenter tous les jours le sulfate de morphine de 10 mg jusqu'à 600 mg, à 8h et 20 h.
- Si réponse antalgique partielle : rotation d'opioïde.
- Si analgésie imparfaite : changer de voie d'administration.
- Si inefficace : consultation d'algologie.

3-TITRATION DE LA MORPHINE

La morphine est diluée à 1mg/ml, est injectée en IV lente (37, 38).

- A T0 (temps 0mn) : faire un bolus de 3mg de morphine, réduire le bolus initial à 2 mg chez le sujet âgé de plus de 65 ans ou de poids inférieur à 50 kg.
- A T5 (temps + 5mn) :
 - Si EN supérieur ou égale à 3 : reinjecter la morphine 3 mg toutes les 5 mn jusqu'à EN inférieur à 3. Si EN> 3, c'est que la dose injectée 4 heures avant a été insuffisante : réinjection de la dose initiale + titrations supplémentaires de 2mg toutes les 5minutes pour un objectif EN inférieur à 3.
 - Si EN inférieur ou égale à 3 : arrêt de la titration.
- A T10 (temps + 10mn), T complémentaire :
 - Il n'y a pas de dose maximale de morphine
 - Si EN supérieur à 3 après 20 mg de morphine, nécessité d'une reévaluation médicale avant de continuer.

L'entretien sera assuré par des injections itératives en intraveineuse ou en sous cutanée toutes les 4 heures :

- Si dose totale inférieure à 10 mg, l'analgésie peut être assurée par des antalgiques de palier II.

- Si dose totale entre 10 et 15 mg, l'analgésie peut être assurée par la morphine en intraveineuse ou en sous cutanée.

- Si dose totale supérieure à 15 mg, l'analgésie sera au mieux assurée par la morphine en PCA. C'est un procédé technique et médical par lequel le patient peut s'envoyer un bolus d'antalgique par voie intraveineuse.

- En injections itératives, si la douleur réapparaît avant la 4ème heure et après administration de co-analgésique, une reinjection IV intermédiaire peut être faite 2heures après la première dose initiale par des titrations supplémentaires de 2mg toute les 5 minutes pour un objectif EN inférieure à 3.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre enquête a permis de faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur, évaluer la connaissance des personnels soignants et la prise en charge des patients hospitalisés dans le CHU de BEFELATANANA. Notre étude a montré une prévalence de la douleur évaluée à 34%, que la douleur thoracique dûe à une pneumopathie bactérienne est la plus fréquente. L'EVS est l'échelle la plus utilisée des personnels soignants pour évaluer les patients douloureux. Les patients ainsi que les médecins de notre centre ne sont pas satisfaits de la prise en charge de la douleur.

A l'issue de cette enquête, nous constatons que des progrès restent à faire sur la formation médicale continue des médecins, la mise en place de protocole écrit dans chaque service, l'approvisionnement des médicaments antalgiques dans le centre.

De nouveaux plans de lutte contre la douleur comportant une proposition de protocole commun étalée sur la conduite du traitement des antalgiques et surtout sur l'utilisation de la MORPHINE ont été suggérés.

Enfin, pour poursuivre cette dynamique de prise en charge de la douleur, d'autres enquêtes devront être réalisées dans tous les services d'hospitalisation avec une évaluation à distance bien rythmée et codifiée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Peyron. R. Physiologie et diagnostic de la douleur, encyclopédie médicale et chirurgicale, Neurologie, 17 0003 F.
- 2- Caroline Husson M. Classification évaluation et traitement de la douleur,Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament, 2000 ; XXI, 5-6.
- 3- Le Bars D, J.-C. Willer. Physiologie de la douleur, encyclopédie médicale et chirurgicale , Anesthésie réanimation, 2004; 227-66.
- 4- Guirimand F, Le Bars D. Physiologie de la douleur. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 1996;15: 1048-79.
- 5- Pélissier J, Pelles Fet Bernaim C . Principes d'échelles d'évaluation, collège Françaisdes enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, Avril 20010, 123-143
- 6- Nathalie Lelièvre. Douleur: importance de la traçabilité de l'évaluation. Droit et douleur. Elsevier Masson. Douleurs, 2006, 7, 3.
- 7- Législation de la douleur. www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET_INF.pdf
- 8- Brochet Bet al. Prise en charge de la douleur des patients adultes hospitalisés au CHU de BORDEAUX: Reévaluation après 3ans. Douleur et Analgésie, 2005; 123-27
- 9- Virginie D et al. Prise en charge de la douleur dans les services de médecine au CHU de Bordeaux, 2001 ; 2, 3.
- 10- Robinson N, Stark F . Programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur au CHU de Bordeaux, 19 Avril 2010 ; 183

- 11- Lafon B et al. Évaluation de la prise en charge de la douleur dans un service de médecine interna Revue de Médecine Interne CHU Amiens-CHU Clamart , 1998; 19, 3 : 429
- 12- Hirowski F, Boureau F. Nécessité d'évaluer de la douleur en pratique quotidienne, 2000; 1: 1
- 13- Pr Zouhair EL HECHMI. La douleur point de vue d'un psy société Tunisienne de Medecine Interne, 2004; 4: 5
- 14- Nathalie V etal.Dépistage, évaluation et traitement de la douleur chez la personne âgée dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles : à propos d'une enquête de 26 patients hospitalisés en court séjour gériatrique. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2008 ; 9,4 : 180-95
- 15- David H et al. Enquête sur la prise en charge aigu dans les services d'urgences adulte du réseau régional de la Basse Normandie, 2005 ; 6,3.
- 16-. Martinez M, Pouzetts Fernandez I, Colligo F, evaluations des pratiques professionnelles sur la Prise en Charge de la douleur, Journal Européen 2004
- 17- Pascal C. Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie Revue du Rhumatisme, 2009 ; 76, 517-21
- 18- Galinski M.et al. Prise en charge de la douleur aigue sévère chez l'adulte en médecine extrahospitalière: enquête nationale auprès des médecins de Smur, Annales Françaises d'Anesthésies et de réanimation 2004 ; 23 : 1149-54
- 19- Valérie M et al.Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2010;11:Pages 3-21
- 20- Thierry G. Enquête douleur du CLUD de Pôle Centre ALSACE, Décembre 2004; 1: 2

- 21- Boureau F, Luu M, Doubère J.F. Principes d'organisation d'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur Original Research Article La Revue de Médecine Interne, 1995 ; 16 : 696-704
- 22- Virginie P, Olivier R, Michel , Lantéri –Minet. Chemin clinique d'un hôpital de jour dans le département d'évaluation et de traitement de la douleur-médecine palliative de Nice : amélioration des pratiques et analyse médicoéconomique. Traitement des douleurs chroniques rebelles par la lidocaïne intraveineuse Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2010;11: 107-15
- 23- Rivière S. Évaluation de la prise en charge de la douleur en médecine interne : étude prospective de 133 malades La Revue de Médecine Interne, 2000, 21: 493
- 24- Andrès E et al. À propos de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge dans un service de médecine interneCHU STRASBOURG. La Revue de Médecine Interne, 1998 ; 19, 3: 430
- 25- Lafon B.et al Évaluation de la prise en charge de la douleur dans un service de médecine interne la Revue de Médecine Interne, 1998 ; 19 : 429
- 26- Françoise L, Sylvie R, Frédéric A, Serge P.Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues durs (héroïne et cocaïne). Revue du Rhumatisme, 2012; 79, 306-11
- 27- Florence T et al. Comment un réseau douleur régional peut-il améliorer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique ? Discussion à partir des résultats d'une étude réalisée chez 166 patients pris en charge dans les structures douleur de Franche-Comté. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2008; 9 : 118-26

- 28- Wood C, Sakiroglu O, Cunin R. Particularités dans la prise en charge de la douleur de l'adolescent Original Research Article Archives de Pédiatrie, 2008; 15: 1600-05
- 29- François B et al. Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010
Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, 2011; 12 : 129-139
- 30- Brun C. Évaluation et prise en charge de la douleur à la phase préhospitalière : à propos de 517 patients Original Research Article
Journal Européen des Urgences, 2010 ; 23: 29-33
- 31- Belbachir A, Fletcher D, Larue F. Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité Original Research Article
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2009 ; 28 : e1-e12
- 32- Poirson R, Szymanowicz A. Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : prise en charge (PEC) de la douleur thoracique aiguë aux urgences
Immuno-analyse & Biologie Spécialisée, 2010; 25: 197-04
- 33- Morel V et al. Prise en charge de la douleur, soyons simple mais efficace Review Article
Revue de Pneumologie Clinique, Volume 64, Issue 2, April 2008, Pages 50-61
- 34- Clément Cousin. Du droit du patient de recevoir des soins antalgiques à l'obligation du médecin de prendre en charge la douleur Original Research Article
Médecine & Droit, 2012; 116: 158-160
- 35- Madi-Jebara S et al. Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire dans les hôpitaux libanais
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2009; 28: 496-00

- 36- Florent C. Dix ans d'organisation de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé , Douleurs Evaluation diagnostic et traitements 2009; 10: S48-S-49
- 37- François B et al.Evaluation de plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-20010 Douleurs Evaluation Diagnostic traitements(2011) ; 12, 129-39
- 38- Michel P et al. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre Hospitalo-universitaire Presse Méd 2001; 30: 1438-44 2001,

ANNEXES

ANNEXE 1

CENTRE HOSPITALIER DE BEFELATANANA

COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

ENQUETE D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AUPRES DES PATIENTS

Code patient

1-Nom et Prénom

Adresse

Profession

2-SEXE

Feminin Masculin

3- AGE

4-LA PERSONNE PEUT-ELLE S'EXPRIMER ?

Oui **Non**

Si non, il existe un problème

Etat clinique **Linguistique** **Refus** **Autre** **Précisez**

5-JOUR D'HOSPITALISATION

6- AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE POUR CETTE DOULEUR ?

Oui **Non**

7-DEPUIS QUAND RESSENTIEZ-VOUS LA DOULEUR ?

8- PRECISEZ LE SIEGE DE VOTRE DOULEUR?

9- L'INTENSITE?

Faible modéré intense extrêmement intense

10- AVEZ VOUS SUBIT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE?

Oui non

11- COMMENT A-T-ON EVALUE VOTRE DOULEUR?

REGLETTE ECHELLE NUMERIQUE A LA DISCUSSION

—

12 - A QUEL MOMENT LA DOULEUR A-T-ELLE ETE MAXIMALE ?

Le 1er jour **La 1ère nuit** **Les jours ou les nuits suivants**

13 – LA DOULEUR ETAIT-ELLE PERMANENTE ?

Oui **Non**

14— PRECISEZ SI NECESSAIRE, LES CIRCONSTANCES D'APPARITION DE LA DOULEUR

Soins **Toilette** **Examens** **Mobilisation (au cours de mouvements)**

Autre Précisez

13- AVEZ-VOUS FORMULE UNE DEMANDE POUR CALMER CETTE DOULEUR AUPRES DE L'EQUIPE

14- QUELS SONT LES TRAITEMENTS ADMINISTRES?

MEDICAMENTS	DCI	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION

15- ETES-VOUS SATISFAITS DES MESURES MISES EN OEUVRES?

Pas du tout Un peu Beaucoup Totalement

16- COMMENT QUANTIFIEZ-VOUS VOTRE SOULAGEMENT?

Pas de soulagement peu Soulagement complet

17- A-T-ON PARLE DES EFFETS SECONDAIRES DES MEDICAMENTS?

Oui Non

MERCI D'AVOIR REPONDU A NOS QUESTIONS

ANNEXE 2

CENTRE HOSPITALIER BEFELATANANA

COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

ENQUETE sur LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AUPRES DES PERSONNELS

1-FONCTION

Médecin internes Pharmacie

Internes 7 et 8 Année

2- DANS VOTRE SERVICE, COMBIEN DE PATIENTS AVEZ-VOUS EN CHARGE AUJOURD'HUI?

3- COMBIEN DE PATIENTS PRÉSENTENT UNE DOULEUR?

4- PARMI CES PERSONNES, COMBIEN PRÉSENTENT UNE DOULEUR

Faible modéré intense extrêmement intense

5-HABITUELLEMENT,ÉVALUEZ-VOUS LA DOULEUR?

Parfois souvent très souvent toujours

6-QUELS OUTILS UTILISEZ-VOUS POUR ÉVALUER LA DOULEUR?

Echelle numérique

Echelle visuelle Analogique

Echelle Visuelle Simple

Echelle Dolopus(sujets>65ans, ne pouvant communiquer)

7-AVEZ- VOUS BÉNÉFICIÉ UNE FORMATION CONCERNANT LA DOULEUR?

Oui Non

8-EXISTE-T-IL UN PROTOCOLE ÉCRIT DANS VOTRE SERVICE?

Oui Non

9- COMMENT PRESCRIVEZ-VOUS LES ANTALGIQUES?

10-PARLEZ-VOUS DES EFFETS SECONDAIRES DES ANTALGIQUES UTILISÉS AUPRÈS DES PATIENTS?

11-Y A T-IL UNE PRÉVENTION DE LA DOULEUR LIÉE À CERTAINS CODE SERVICE

SOINS? (UTILISEZ- VOUS DES ANTALGIQUES, DES ANESTHÉSIES?)

Oui non

12- EXISTE-T-IL DES PRESCRIPTIONS ANTICIPEES PERSONNALISÉES SUR LE DOSSIER DU PATIENT ?

Oui Non

SI OUI,

parfois

souvent

très souvent

toujours

12- – SELON VOUS, QUEL EST LE MOTIF LE PLUS FREQUENT DE "NON SOULAGEMENT" DE LA DOULEUR DE VOS PATIENTS ? (si plusieurs réponses, classer par ordre de priorité de 1 à 5)

Absence de diagnostic _

Absence de prescription _

Absence de protocole écrit _

Non application du protocole écrit _

Absence de prescription anticipée personnalisée sur le dossier du patient _

Refus du patient d'évaluer sa douleur _

Refus du patient de recevoir une thérapeutique spécifique _

Incapacité de soulager la douleur _

Jour d'entrée du patient _

13- DANS VOTRE SERVICE, LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EST

Très satisfaisante satisfaisante pas satisfaisante insatisfaisante

14-QUELS TYPES DE DIFFICULTÉS RENCONTREZ-VOUS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR?

MERCI D'AVOIR REPONDU A NOS QUESTIONS

VELIRANO

« *Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ny toeram-pampianarana 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-panatontosana 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 hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana 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 mampianatra 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 Président de Thèse

Signé : Professeur RANDRIAMAROTIA Willy

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: Professeur RANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

Name and Surname : ANDRIANANJA Volatiana

Title of thesis : PAIN EVALUATION IN HOSPITAL CENTRE OF BEFELATANANA

Heading : Medecine
Number of pages : 52
Number of tables : 11

Number of appendices : 2
Number of figures : 16
Bibliography : 38

SUMMARY

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with tissue damage existing or potential or described in terms of such damage. The aim of our study was to describe the state of the art on the management of pain proposition to develop a common protocol, through the evaluation of the knowledge of nursing staff and analysis procedures management of pain patients.

This is a prospective cross-type on a given day, descriptive and analytical also. We identified 127 patients hospitalized with 44 pain patients is 34.64%. The average age of 45.32 years were. The male population predominated, with a sex ratio = 1.09. Chest pain on bacterial pneumonia was the most frequent. The EVS was the scale most commonly used.

Most of nursing staff were not trained in pain and little service had written protocol. The survey allowed us to demonstrate that the subjectivity of pain made it difficult to evaluation, where the inter-individual variations. The difficulty and limitation of our study reside on the sample size and duration of study that we had failed to establish a correlation between each variable. Deficiencies were noted. The management of pain are to improve. Our control plan is to validate and disseminate in all services.

Keywords : pain evaluation – chest pain – EVS- difficult - subjective

Director of thesis : RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

Reporter of thesis : RANDREMANDRANTO RAZAFIMBELO Narindra Stéphanie

Author address : Villa Macarena-Fkt Mananjara-Antananarivo IV

Nom et prénom : ANDRIANANJA Volatiana

Titre de la thèse : EVALUATION DE LA DOULEUR AU CENTRE HOSPITALIER
DE BEFELATANANA

Rubrique : médecine

Nombre de pages : 51

Nombre de tableaux : 11

Nombre de figures : 16

Nombre de références : 38

Nombre des annexes : 2

RESUME

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. L'objectif de notre étude était de décrire les états des lieux sur la prise en charge de la douleur afin d'élaborer une proposition de protocole commun ; en passant par l'évaluation de la connaissance des personnels soignants et l'analyse des modalités de prise en charge des patients douloureux.

Il s'agit d'une étude prospective transversale type un jour donné, descriptive et également analytique. Nous avons recensé 127 patients hospitalisés dont 44 patients douloureux soit 34,64%. L'âge moyen était de 45,32ans. La population de sexe masculin prédominait, avec un sex ratio= 1,09. La douleur thoracique sur une pneumopathie bactérienne était la plus fréquente. L'EVS était l'échelle la plus utilisée.

La plupart des personnels soignants n'était pas formé sur la douleur et peu de service disposait de protocole écrit. L'enquête nous avait permis de démontrer que la subjectivité de la douleur rendait difficile son évaluation, d'où les variations inter-individuelles. La difficulté et la limite de notre étude résident sur la taille de l'échantillon et la durée d'étude qui ne nous avaient pas permis d'établir une corrélation entre chaque variable. Des lacunes ont été constatées. La prise en charge de la douleur sont à améliorer. Notre plan de lutte reste à valider et à vulgariser dans tous les services.

Mots clés : Evaluation de la douleur - douleur thoracique- EVS- difficile – subjective

Directeur de thèse : Professeur RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

Rapporteur : Docteur RANDREMANDRANTO RAZAFIMBELO Narindra Stéphanie

Adresse de l'auteur : Villa Macarena-Fkt Mananjara-Antananarivo IV