REPUBLIQUE DU BENIN

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année 2022 **N° 2450**

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU CNHU-HKM DE COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Modukpè Grâce Mayeul Alégria VIEGBE

Née le 16 décembre 1995 à Cotonou (BENIN)

Directeur de thèse

MCA K. Anthelme AGBODANDE

Co-directeur de thèse

Dr Oswald GOUKODADJA

Président du Jury

Pr Zavier ZOMALHETO

Membres du Jury

MCA François AVAKOUDJO

MCA Anthelme AGBODANDE

Année Universitaire 2020-2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1386/2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi • LE DOYEN • FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)
Source : Service du Personnel

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse.....	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[3]

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.....	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ARCHIVE 2021

Source : Service du Personnel

[4]

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

Source : Service du Personnel

MBK 4/10

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
2021

[5]

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

MBK 5/10

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 2021

Source : Service du Personnel

[6]

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

MAK 6/10

NOVEMBRE 2021

[7]

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

MAK 7/10

Source : Service du Personnel

[8]

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred	Nutrition
18- Mr KADI Christophe	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline	Nutrition

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ENREGISTRE 2021

[9]

LE DOYEN

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

MAK 9/10

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

[10]

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte †	Littérature Anglaise et Américaine

NOVEMBRE 2021

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Le Doyen, 07/12/21

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

ACTION DE GRACE

A Dieu Le Tout Puissant, Miséricorde insondable

Que Tes œuvres sont grandes, Que Tes œuvres sont belles !

Que Tes œuvres sont grandes ! Seigneur Tu me combles de joie.

Toute la Gloire Te revient.

Merci d'avoir été mon plus grand soutien, de m'avoir inspiré et guidé tout au long de ces années d'étude.

A la Très Sainte Vierge Marie

Je te rends grâce Maman Marie pour toutes tes merveilles

Accorde-moi la grâce d'être ce bon médecin dont j'ai toujours rêvé

Amen

DEDICACES

- **A mon père Sosthène M. VIEGBE et ma mère Mathilde T-M. HOUNKPADODE**

Merci pour l'éducation, l'amour, tous les sacrifices consentis, le soutien inébranlable, et vos prières qui ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Que Dieu, le Tout-Puissant vous préserve et vous accorde la bonne santé et la longévité afin que vous demeuriez près de nous et nous guider davantage. Ce travail est le vôtre. Infiniment merci pour tout. Je vous aime.

- **A mes frères, Salem et Spéro VIEGBE**

Merci pour votre soutien.

- **A toute la famille MEHOBA**

Merci pour le soutien que vous êtes pour ma famille depuis toujours. Que Dieu vous bénisse abondamment.

- **A mon très cher Abdul-Farid ADELAKOUN**

Merci pour ton amour et ton soutien.

Puisse Dieu nous unir tous davantage !

REMERCIEMENTS

- **A Mme RADJI Mouïbatou**

Merci de prendre soin de moi comme votre fille. Infiniment merci pour votre soutien.

- **Au grand-frère Nacel ADELAKOUN**

Merci pour votre soutien.

- **Au couple LISSANON**

Merci d'avoir pris soin de moi comme votre fille et de m'avoir soutenue durant ces années. Que Dieu vous le rende au centuple.

- **A Clara LISSANON et Hillary SEWANOU-OZA**

Que puis-je dire que vous ne savez déjà ? Ce parcours a été très éprouvant. Nous voici déjà à la fin. Merci pour l'amour, merci pour l'amitié. Que Dieu vous garde et exauce vos vœux les plus chers. Brillante carrière.

- **A Géovania DAMASSOH**

C'est enfin, terminé. Merci pour la belle personne que tu es. Que les grâces surabondent dans ta vie.

- **A Jémima OROU YOROU**

Je ne saurais te remercier pour ce que tu as fait pour moi. Tu as été là au moment où je n'espérais personne. Infiniment merci pour ta promptitude, ta spontanéité et ton soutien. Que Dieu te comble et te le rende au centuple.

- **A Christelle GAYET**

Le Seigneur l'a fait ! Brillante carrière !

- **A Flora ADON**

Madame la juge, d'une façon ou d'une autre tu as été un soutien pour moi. Merci pour tout.

- **A Cerdane Bérenger Mahugnon AHOMADEGBE**

Tu es le grand frère que la faculté m'a donné. Merci pour le temps passé ensemble. Merci d'avoir rendu ces moments moins pénibles.

- **A la Chorale Saint Albert le Grand**

Merci pour la famille que vous êtes pour moi ! Merci de toujours égayer ma vie.

- **A mes amis et collègues**

François AKOTEGNON, Lysias AZONHAI, Auréa HOUNGUIA, Maxime DOSSOU, Mystère DJENONTIN, Emile HOUNKONNOU, Adrielle ATONDE, Géovania DAMASSOH, Yessirath BOUSSARI, Pascaline FASSINOU, Stéphane DJIGBE, Franel KPEDOTOSSI, Damase SEMASSA, Ophé-Luc ZINSOU, Chrispeace BOCO, Widade OKIKIOLA, Folakè ADEGBIDI.

Nous avons passé ensemble des moments difficiles et inoubliables. Vous êtes désormais ma famille. Que Dieu nous soutienne dans notre carrière et nous accorde une longue vie pleine de santé, de bonheur, richesse et de succès.

- **A mes collègues de la team 43 particulièrement Marinelle HOUNGBEDJI, Marie Flora DOSSA**

Brillante carrière à vous !

- **Aux Dr Ghislain MISSIHO, Dr KARUHIJE, Dr Janvier KONDOLI, Dr Chloé OBEKANDON, Dr Jean-Christ AÏDASSO**

Grâce à vous, j'ai passé le meilleur stage de mon internat en médecine interne. Merci pour l'ambiance. Merci pour tout.

- **A tous ceux qui m'ont aidé d'une façon ou d'une autre, particulièrement Georgia MENSAH, Roxane DENAKPO , Cyrille DOSSOU :** Merci à vous.
- **A tous les patients ayant participé à cette étude spécialement ceux de la salle 7 de traumatologie,**

Merci d'avoir participé à cette étude

HOMMAGES

- **A mon directeur de thèse, Professeur Kouessi Anthelme AGBODANDE**

Cher maître, nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, resteront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession. Infiniment merci pour la promptitude avec laquelle vous avez toujours répondu à nos multiples préoccupations. Votre sens de l'humour et votre bonne humeur ont favorisé une bonne ambiance de travail. Merci pour votre patience et votre calme. Au-delà d'un maître vous avez été un père. Infiniment merci pour tout. Que Dieu vous bénisse abondamment.

Hommages respectueux !

- **A mon co-directeur, Dr Oswald GOUKODADJA**

Merci d'avoir accepté participé à ce travail et merci pour vos suggestions ayant permis d'améliorer ce travail. Que Dieu vous bénisse.

Hommages respectueux !

- **A notre président de jury :**

Vous nous faites honneur en acceptant de présider notre jury de thèse. Veuillez accepter ce travail cher maître en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance. Vos corrections seront rigoureusement prises en compte.

Hommages respectueux !

- **Aux membres du jury :**

Vous nous avez honorée en acceptant de siéger pour notre jury de soutenance de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements. Vos corrections seront rigoureusement prises en compte.

Hommages respectueux !

- **A tous les Maîtres de la Faculté des Sciences Santé de Cotonou :**

Il vous revient le mérite de nous avoir donné un enseignement de qualité et une formation complète. Veuillez accepter nos remerciements les plus sincères.

Hommages respectueux !

Par délibération la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APS : American Pain Society

APS-POQ : American Pain Society- Patient Outcome Questionnaire

APS-POQ-R : American Pain Society- Patient Outcome Questionnaire-Revised

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga

DN4 : Douleur Neuropathique en 4 questions

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

IASP : International Association for the Study of Pain

IM : Intramusculaire

IOM : Institute Of Medicine

IR : Intra rectal

IV : Intraveineuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU-SMUR : Service d'Aide Médicale Urgente- Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification des antalgiques selon David Lussier et Pierre Beaulieu [71] 35
Tableau II : Répartition des patients en fonction des services 52
Tableau III: Répartition des patients selon le niveau d'instruction et la profession. 54
Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie 55
Tableau V: Répartition des patients selon le type d'antalgique prescrit sur la pancarte de soins 59
Tableau VI : Répartition des patients selon l'analyse de l'adéquation du traitement 60
Tableau VII: Répartition des patients selon les moyens non médicamenteux utilisés par les patients eux-mêmes 61
Tableau VIII :Répartition des patients selon la surveillance et la réévaluation du traitement 64
Tableau IX: Moyenne de la note sur 10 accordée par les patients par service . 65
Tableau X : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur évaluée à l'autoévaluation le jour de l'étude 66
Tableau XI : Répartition des patients selon l'influence de l'âge et du sexe sur la douleur 67
Tableau XII: Répartition des patients selon l'influence de l'âge et le sexe sur le contrôle de la douleur 68
Tableau XIII : Répartition des soignants selon le service 69
Tableau XIV :Répartition des patients selon la tranche d'âge 70
Tableau XV : Répartition des soignants selon leur connaissance de la définition de la douleur selon l'IASP 71
Tableau XVI: Répartition des soignants selon la méthode de reconnaissance de la douleur 72

Tableau XVII : Répartition des soignants selon leur connaissance des éléments qui permettent de caractériser une douleur 73
Tableau XVIII : Répartition des soignants selon leur connaissance des différents types et du mécanisme de la douleur 74
Tableau XIX: Répartition des soignants selon la connaissance des caractéristiques de la douleur ayant rapport avec une douleur nociceptive 75
Tableau XX: Répartition des soignants selon leur connaissance des caractéristiques ayant rapport avec la douleur neuropathique 76
Tableau XXI : Répartition des soignants selon leur conception de l'évaluateur de la douleur 77
Tableau XXII : Répartition des soignants selon leur connaissance des échelles d'auto évaluation de la douleur 78
Tableau XXIII : Répartition des soignants selon leur connaissance des échelles d'hétéro évaluation de la douleur 78
Tableau XXIV: Répartition des soignants selon leur connaissance des domaines de retentissement de la douleur 79
Tableau XXV : Répartition des soignants selon leur connaissance des indications du traitement de la douleur 81
Tableau XXVI: Répartition de la connaissance des soignants selon les antalgiques 82
Tableau XXVII : Répartition des soignants selon leur connaissance des antalgiques de Palier 1 82
Tableau XXVIII : Répartition des soignants selon leur connaissance des antalgiques de Palier 2. 83
Tableau XXIX : Répartition des patients selon leur connaissance des antalgiques de Palier 3. 84
Tableau XXX : Répartition des soignants selon leur connaissance des principes généraux de prescription du traitement antalgique 85

Tableau XXXI: Répartition des soignants selon leur connaissance des classes thérapeutiques utilisées dans le traitement des douleurs nociceptive et neuropathique.....86
Tableau XXXII: Répartition des soignants selon la classe d'antalgique prescrite selon l'intensité de la douleur.....87
Tableau XXXIII: Répartition des soignants selon les raisons de la crainte de prescription de la morphine.....90
Tableau XXXIV : Répartition des soignants selon leur connaissance des effets indésirables de la morphine......91
Tableau XXXV :Répartition des soignants en fonction des moyens non médicamenteux proposés aux patients.....92
Tableau XXXVI : Répartition des soignants selon la documentation ou non de l'évaluation de la douleur.....93
Tableau XXXVII: Répartition des soignants selon le contexte de la formation reçue sur la prise en charge de la douleur......93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Voies de la sensibilité douloureuse (voie extra lemniscale) [34] 13
Figure 2 : Diagramme de flux de recrutement de l'échantillon 51
Figure 3 : Répartition des patients selon l'âge 53
Figure 4:Répartition des patients selon l'échelle utilisée pour l'évaluation de la douleur 56
Figure 5:Répartition des patients selon la précision du siège, de la durée du type et de l'irradiation dans le dossier médical 56
Figure 6: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur 57
Figure 7: Répartition des patients selon la période de la journée où la douleur a été la plus intense. 58
Figure 8: Répartition des patients selon l'influence de la douleur sur les activités. 58
Figure 9: Répartition des patients selon les moyens non médicamenteux proposés aux patients 62
Figure 10 :Répartition des patients selon le soulagement de la douleur obtenu après traitement 63
Figure 11 : Répartition des patients selon les effets secondaires 63
Figure 12: Répartition des patients selon leur appréciation globale de la prise en charge de la douleur 64
Figure 13: Répartition des soignants selon la profession 71
Figure 14 : Répartition des soignants selon leur connaissance du mode d'évaluation de la douleur 77
Figure 15 : Répartition des soignants selon la méthode/échelle de la douleur la plus souvent utilisée 80
Figure 16 :Répartition des soignants selon leur connaissance de l'utilité du DN4 80
Figure 17: Répartition des soignants selon les moyens de traitement de la douleur qu'ils connaissent 81

Figure 19 : Répartition des soignants selon la fréquence de recours à la morphine.....88
Figure 20: Répartition des soignants selon les raisons de non prescription de la morphine de façon usuelle.....89
Figure 18: Répartition des soignants selon la crainte ou non de prescrire de la morphine.....89

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 4

2. CADRES ET METHODES D'ETUDE 42

3. RESULTATS 50

4. DISCUSSION 94

CONCLUSION 106

SUGGESTIONS 108

REFERENCES 111

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... T

SERMENT D'HIPPOCRATE ..... A

INTRODUCTION

La douleur est définie par l'*International Association for Study of Pain* comme *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle*[1].

Elle constitue un des symptômes médicaux, les plus débilitants, ce qui justifie qu'elle est actuellement considérée comme le cinquième signe vital, constituant un problème majeur au niveau individuel mais également aux niveaux social et économique[2].

La douleur est responsable de 20% des consultations en externe et 12% des prescriptions médicales[3]. En France, la douleur touche 54% de la population[4]. En milieu hospitalier, elle est la principale cause de consultations (50% des cas) et de visites dans les familles (30% des cas) [5,6]. Après une intervention chirurgicale importante, plus de 50 % des patients ont des douleurs sévères qui sont peu ou mal soulagées[7]. On estime que 50 à 80 % des patients hospitalisés font l'expérience de douleur sévère peu importe la raison d'admission[7]. La douleur est insuffisamment traitée chez 90 % des patients atteints de cancers ou de maladies en phase terminale [8].

La prise en charge de la douleur est pluridisciplinaire et impacte la qualité des soins[9]. Compte tenu de sa prévalence élevée, le personnel soignant se doit d'être formé au mieux à la reconnaissance de la douleur, à son évaluation et à sa prise en charge [10–13]. Son évaluation et son traitement font l'objet de nombreux référentiels et guides de bonnes pratiques[14,15]. De nombreuses études ont d'ailleurs démontré que la formation et l'éducation des personnels soignants ainsi que la mise en place de protocoles d'analgésie permettaient une prise en charge plus précoce et meilleure des patients douloureux[11,13,16–18].

En Europe et en Amérique, les études relatives à la douleur à l'hôpital se sont multipliées cette décennie alors qu'elles sont restées rares en Afrique en général[19–23]. Au Bénin en particulier, nous n'avons retrouvé qu'une seule

étude de Adjien K. et al. qui a porté sur la prévalence et la qualité de la prise en charge de la douleur au CNHU-HKM. Cette étude a permis de constater que la douleur est sous-traitée au CNHU-HKM de Cotonou[24]. Les auteurs, à partir de cette étude sur une série de 408 patients, ont suggéré une véritable politique de lutte contre la douleur en assurant une formation continue des acteurs, sans que ce travail n'évalue la connaissance desdits acteurs sur la douleur et les modalités de prise en charge. C'est dans cette optique que s'inscrit cette étude qui a pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans nos formations sanitaires.

OBJECTIF GENERAL

Evaluer la gestion de la douleur au CNHU-HKM de Cotonou

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence hospitalière de la douleur chez les patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou
- Apprécier la gestion de la prise en charge de la douleur par les patients hospitalisés du CNHU-HKM de Cotonou
- Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en matière de prise en charge de la douleur au CNHU-HKM de Cotonou

1.GENERALITES

1.1 Définition de quelques concepts

- Douleur

La douleur vient du mot latin *dolor*, elle signifie souffrance physique ou morale[1].

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), elle est définie comme " une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle "[1].

Cette définition implique que :

- la douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux;
- la douleur et la nociception sont des phénomènes différents; la douleur ne peut être déduite qu'uniquement de l'activité des neurones sensoriels;
- à travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de douleur;
- bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique;
- la description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal éprouve de la douleur[1].

Pour McCaffery, " la douleur est toute manifestation que la personne douloureuse affirme ressentir. Cette douleur existe à chaque fois que cette personne dit qu'elle existe " [25]

Ces définitions témoignent du caractère subjectif de la douleur ainsi que de sa complexité.

- Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur est un processus qui comprend l'évaluation de la douleur ressentie par le patient, sa documentation, des interventions visant à soulager et la réévaluation régulière de l'efficacité des interventions mises en place. Cette prise en charge est pluridisciplinaire ; l'infirmier y participe avec d'autres professionnels de la santé [26].

- Satisfaction du patient

C'est l'évaluation personnelle, subjective de l'efficacité du traitement, des services de santé et de l'équipe soignante [27].

1.2 Classification des douleurs [28]

La démarche diagnostique doit permettre de préciser non seulement l'existence et la nature du processus pathologique en cause, mais aussi de comprendre le mécanisme générateur de la douleur. Le traitement symptomatique découle pour une large part d'une compréhension satisfaisante de ce mécanisme. Même si de nombreuses données physiopathologiques sont encore imparfaitement comprises, la distinction de trois grands types de mécanismes conserve une valeur opérationnelle, tant pour l'évaluation que pour les décisions thérapeutiques [29].

1.2.1 Douleur somatique par excès de nociception

La douleur causée par la présence d'un stimulus douloureux sur les nocicepteurs porte le nom de douleur par excès de nociception ou douleur nociceptive.

L'excès de stimulations nociceptives est le mécanisme le plus couramment rencontré dans la majorité des douleurs aiguës (traumatique, infectieuse, dégénérative…). Au stade chronique, on le retrouve dans des pathologies lésionnelles persistantes, par exemple dans les pathologies rhumatismales chroniques ou cancéreuses. Sur un plan sémiologique, elle s'exprime selon un

rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou inflammatoire (réveil nocturne par douleur).

1.2.2 Douleur neuropathique

La douleur déclenchée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux porte le nom de douleur neuropathique. C'est une douleur causée par une lésion du système nerveux au niveau périphérique ou central ; il en résulte une modification des processus de transmission et/ou de contrôle du message nociceptif. Elle peut être induite par une cause traumatique, toxique (alcool, chimiothérapie, radiothérapie), virale (zona), tumorale (par compression ou infiltration), métabolique (maladie diabétique). Elle a un délai d'apparition variable, mais toujours décalé par rapport au mécanisme initial.

La douleur neurogène a des caractéristiques sémiologiques qui facilitent sa reconnaissance. Dans un premier temps cette douleur peut contraster avec l'absence de lésion somatique visible. Ensuite sa description clinique est particulière avec souvent une composante continue à type de brûlure ou de broiement et une composante intermittente, fulgurante à type de décharges électriques. On retrouve également couramment des dysesthésies. L'examen neurologique quant à lui peut mettre à jour une hypoesthésie voire une anesthésie ou au contraire une allodynie ou une hyperpathie.

1.2.3 Douleur psychogène et "sine materia"

Même si la nature "sine materia" pouvait être suspectée précocement, c'est souvent au stade chronique, après avoir tout éliminé, que l'origine fonctionnelle d'une douleur finit par être évoquée. On doit admettre qu'il est aisé de porter le diagnostic de douleur "fonctionnelle" après qu'un bilan minutieux clinique et paraclinique soit resté négatif. Dans certains cas, la description entre dans un

tableau stéréotypé évoquant un cadre sémiologique précis : céphalée de tension, fibromyalgie, glossodynie… Dans ces cas, il est préférable de parler de douleur idiopathique tant le mécanisme physiopathologique dans ces tableaux reste imparfaitement élucidé. Dans d'autres cas, la sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine psychogène : description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique.

1.3 Composantes de la douleur [28]

La douleur est un phénomène complexe à plusieurs composantes :

1.3.1 Composante émotionnelle

Elle correspond à la façon dont le patient ressent la douleur (désagréable, difficilement supportable, anxiogène, déprimante).

1.3.2 Composante sensorielle ou sensori-discriminative

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la durée, de l'intensité, de la qualité (brûlure, décharge électrique), et de la localisation des messages douloureux.

1.3.3 Composante cognitive

Elle correspond à la place que le patient accorde à la douleur dans sa vie (références à des expériences antérieures). Ainsi, les expériences douloureuses antérieures influent sur l'expression de la douleur.

1.3.4 Composante comportementale

Il s'agit de la façon dont le patient exprime sa douleur. Ce sont les manifestations verbales, motrices et physiologiques du patient douloureux (attitude antalgique, cris, prostration, agitation, silence, HTA, tachycardie)

1.3.5 Composante culturelle et ethnique

Il s'agit des valeurs propres à chaque culture, et de la place que représente la douleur au sein de celle-ci. Elle peut par exemple être considérée comme un rite initiatique dans certaines populations, ou au contraire comme une épreuve inacceptable dans d'autres.

1.3.6 Composante religieuse

Il s'agit des valeurs transmises par les religions concernant la douleur et la mort. Par exemple, un « croyant » peut inconsciemment penser que ses douleurs sont une épreuve envoyée par son Dieu[28].

1.3.7 Notion de douleur totale

Ce que la personne perçoit de la douleur n'est pas uniquement lié à l'étiologie de cette douleur. Avet et al. (2006) écrivent très justement que « les dimensions cognitives et émotionnelles ont une place prépondérante, ce qui nécessite une prise en charge adaptée par une équipe pluridisciplinaire. C'est la notion de douleur totale » (p. 158)[30]

C'est Cicely Saunders (1918-2005), fondatrice des soins palliatifs, qui fut la première à décrire le caractère multidimensionnel de la douleur en mettant en avant le concept de douleur totale. Celui-ci s'articule autour de trois composantes : la composante physiopathologique, la composante psychosociale et la composante spirituelle et philosophique. A ces trois composantes, il faut ajouter la dimension culturelle de la douleur. Bien qu'elle n'ait pas été relevée par Sanders, cette dimension est essentielle et doit être considérée au même titre que les autres dimensions de la douleur.

1.4 Bases neurophysiologiques

Les nerfs périphériques assurent la transmission centripète et centrifuge de trois types d'information, relative à la somesthésie, la motricité et au système végétatif. A l'inverse de ce que l'on observe pour les autres fonctions somesthésiques et d'une façon générale pour tous les autres systèmes sensoriels, on ne peut caractériser, sur le plan histologique, des récepteurs individualisés, spécialisés dans la détection des stimuli nociceptifs.

1.4.1 Récepteurs périphériques ou « nocicepteurs »

Les messages nociceptifs sont générés au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses ; ils sont ensuite véhiculés dans les nerfs par différentes fibres, classées en fibres myélinisées et non myélinisées [31]. La naissance du message douloureux est liée à la libération locale de substances algogènes (histamine, sérotonine, prostaglandines, leucotriènes, ions H+ et K+…) au niveau des terminaisons libres amyéliniques, reparties à la surface des tissus cutanés, musculaires, articulaires et viscéraux : la transmission de l'information est assurée par les fibres sensitives Aδ et C.

Les nocicepteurs cutanés ont été les mieux décrits chez l'homme, on en distingue deux types présents aussi bien au niveau de la peau glabre que des zones poilues :

- ✓ des nocicepteurs unimodaux qui ne sont activés que par un seuil de stimulation mécanique intense : ce sont des mécano-nocicepteurs électivement en relation avec les fibres Aδ. La douleur est à type de piqûre, bien localisée, apparait très rapidement après le stimulus et correspond à une activation sélective des fibres Aδ.
- ✓ des nocicepteurs polymodaux : la douleur est à type de brûlure, apparait plus tardivement, et est diffuse. Ce sont de loin les nocicepteurs les plus

nombreux. Ils répondent non seulement aux modalités précédentes de stimulation physique mécanique élevée mais également à des stimulations de nature thermique ou chimique (chimiorécepteurs). Ils sont associés principalement aux fibres C.

Ces deux fibres bien que caractérisées par un seuil d'excitation élevé, ils ont un pouvoir d'adaptation lent et une vitesse de propagation de l'influx lente. Leur existence permet d'expliquer chez l'homme le phénomène d'une double douleur déclenchée par un stimulus nociceptif bref mais intense. Bien que variable d'un territoire à un autre, la répartition des nocicepteurs est relativement homogène au niveau cutané, ce qui permet de localiser sans difficulté aussi bien la douleur que les autres sensations somesthésiques.

1.4.2 Stimuli nociceptifs

Le système nociceptif peut-être activé par une grande variété de formes d'énergie (mécanique, thermique, chimique…), capable de provoquer une réelle lésion tissulaire. La lésion tissulaire provoquée est responsable d'une série d'évènements étroitement liés aux processus inflammatoires venant prolonger l'activation des nocicepteurs et surtout induire une sensibilisation [32].

1.4.3 Fibres nerveuses afférentes primaires et nerfs périphériques sensitifs

La fibre nerveuse est en fait le prolongement périphérique ou axone du premier neurone ou « protoneurone » dont le corps cellulaire est situé dans le ganglion spinal ou le ganglion trigéminal de Gasser. Les fibres sensitives ne sont pas uniformes, elles propagent le signal sensoriel à des vitesses de conduction différentes, proportionnelles à leur diamètre et à l'épaisseur de leur gaine de myéline [33].

Après avoir emprunté le nerf périphérique puis pour certains un plexus, l'influx nociceptif se dirige vers le nerf spinal. Toutes les fibres périphériques afférentes

(dendrites du premier neurone) possèdent un corps cellulaire au niveau du ganglion spinal situé sur la racine spinale dorsale. Dans la majorité des cas, les afférences du système nerveux central gagnent la moelle spinale par les racines dorsales ou leurs équivalents au niveau des nerfs crâniens. Les différents types de fibres sensitives n'ont aucune organisation particulière au sein des nerfs périphériques et des racines dorsales. Au niveau de la jonction radiculo-médullaire, zone d'entrée de la racine dorsale dans la moelle, elles s'organisent en fonction de leur type et de leur destinée médullaire.

Ainsi, les fibres de gros calibre myélinisées (Aβ) seront destinées au cordon dorsal homolatéral, transportant des informations tactiles superficielles et proprioceptives conscientes (voie lemniscale) se placent dans la partie dorso-médiane de cette région. Les voies spinothalamiques (extra-lemniscales), qui véhiculent la sensibilité thermo algique et protopathique quant à elles croisent à chaque niveau métamérique ; elles cheminent dans le cordon antérolatéral de la moelle du côté opposé [34].

1.4.4 Voies spinales ascendantes

Les neurones nociceptifs médullaires spécifiques ou non du faisceau spinothalamique vont projeter leurs informations au neurone thalamique (troisième neurone de la voie nociceptive) ; leur terminaison commune étant le cortex somatosensitif du lobe pariétal. Ce faisceau transmet essentiellement des influx résultant de l'activation de nocicepteurs somatiques et viscéraux, et de récepteurs au chaud et au froid. La conception moderne le sépare en deux contingents: le faisceau néo-spinothalamique superficiel et latéral et le faisceau paléo-spino-réticulo thalamique profond et médial [34] .

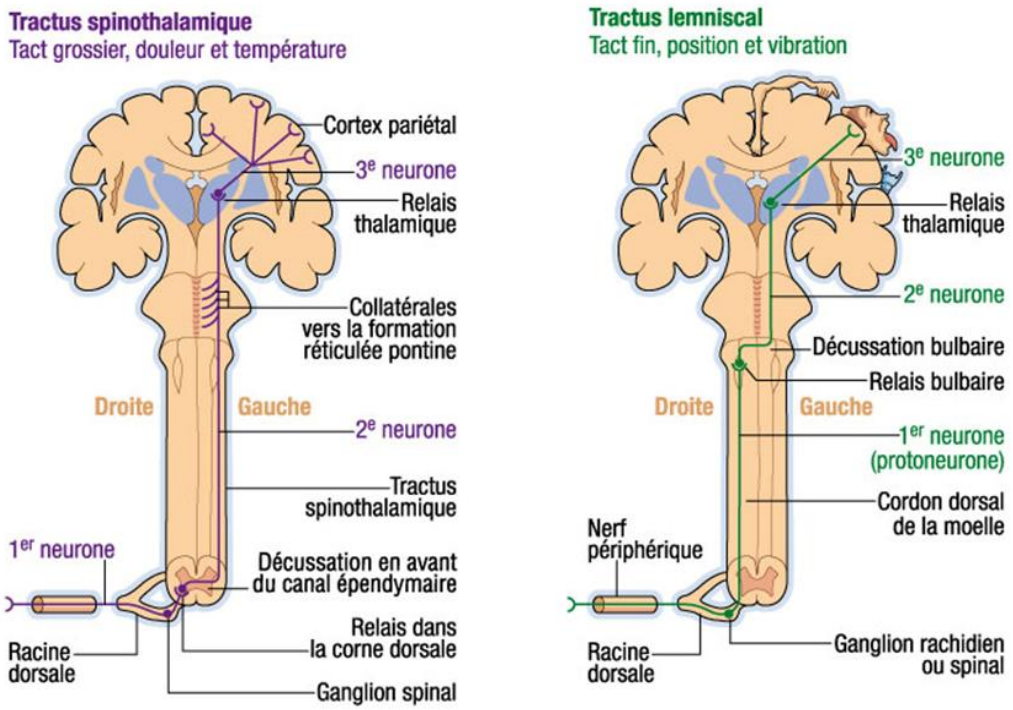


Figure 1 : Voies de la sensibilité douloureuse (voie extra lemniscale) *[34]*

1.5 Évaluation de la douleur

1.5.1 Pourquoi évaluer la douleur ?

L'évaluation systématique de l'intensité de la douleur est devenue un objectif pour la plupart des auteurs [35,36] qui reconnaissent que le seul expert en la matière est le patient lui-même. Il faut évaluer la douleur parce qu'il n'y a pas de relation proportionnelle entre l'importance de la lésion et la douleur exprimée par le patient parce qu'il n'y a pas de marqueur spécifique de la douleur. L'évaluation de la douleur constitue donc la première étape de la prise en charge de la douleur et pose les fondations pour un traitement adéquat [37]. Elle est l'une des conditions sine qua non pour sa bonne prise en charge. Elle permet de reconnaitre les patients douloureux, d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé et la communication soignant-soigné, de prendre la décision thérapeutique adaptée, de contrôler l'efficacité du traitement, d'avoir une

note de douleur dans le dossier du patient le processus d'évaluation mobilise les ressources du patient et l'implique comme partenaire dans le traitement et dans les décisions thérapeutiques[35].

Selon Gordon et al, la qualité de la prise en charge inclut une évaluation appropriée c'est-à-dire la détection de la présence de douleur, une évaluation initiale globale lorsque la douleur est présente, des réévaluations fréquentes de la réponse du patient au traitement [36].

En résumé, derrière les nombreux aspects un peu rébarbatifs voire scolaires de toute évaluation, se cachent de nombreux atouts, parmi lesquels nous citerons une prise en charge correcte de la douleur, un lieu de communication avec le patient et ses proches ainsi qu'avec le personnel soignant, une meilleure appropriation du traitement par le patient, une amélioration du suivi thérapeutique et de sa traçabilité dans le temps et finalement, une meilleure continuité des soins[35].

1.5.2 Pourquoi employer une échelle ?

De nombreuses études ont montré que la compétence des soignants pour évaluer la douleur est variable et que la concordance entre les différents observateurs est mauvaise [36].

Si les différents soignants autour du patient se réfèrent au même outil, le résultat fait autorité en cas de contestation et sert d'instrument de communication entre les équipes; une plus grande objectivité est ainsi atteinte. Les changements de prescription selon l'opinion des soignants qui se succèdent sont évités. Le choix de l'antalgique nécessaire est guidé. Le suivi de la douleur sous traitement se réfère à la courbe des chiffres d'évaluation[35].

Une échelle d'évaluation constitue une manière concrète d'accorder de l'importance à la douleur. C'est pourquoi l'ANAES a estimé nécessaire l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur pour établir l'existence d'une

douleur, apprécier son intensité, déterminer les moyens antalgiques nécessaires, évaluer l'efficacité du traitement proposé et adapter ce traitement[38].

1.5.3 Outils d'évaluation

1.5.3.1 Caractéristiques communes

La validation d'une échelle d'évaluation de la douleur demande d'étudier l'ensemble des caractéristiques métrologiques de cet outil.

Un outil d'évaluation de la douleur doit être [39]:

- intelligible et didactique, tant pour le patient que pour les soignants (validité d'apparence ou " face validity ");
- sensible : capable de mettre en évidence les différences d'un patient à un autre, et chez un même patient, les variations du niveau de douleur en fonction du traitement et de l'évolution de la pathologie;
- reproductible : capable, pour une même échelle, de donner des résultats comparables dans des situations comparables. On étudie la concordance test/retest ou accord intra-juges (intra-rater reliability), testée en général sur enregistrement vidéo, et le coefficient de concordance entre cotateurs pour un même patient au même moment, l'accord interjuges (inter-rater reliability)
- valide : capable de mesurer la douleur et non d'autres sensations (stress, anxiété, asthénie…). Cette validité est essentielle et se répartit en validité de "contenu" (content validity) et surtout en validité de "construit" (construct validity).

La validité de "contenu" est la pertinence et la cohésion des différents items (consistance interne) d'après l'avis d'experts, les corrélations entre items et l'analyse statistique factorielle.

La validité de "construit " est démontrée lorsqu'il y a concordance de l'échelle avec le Gold standard de l'évaluation, l'EVA (validité dite de critère de convergente).

Les corrélations entre outils d'hétéro et d'auto-évaluation sont variables, le plus souvent médiocres ou moyennes (d'après 64 études analysées pour l'ANAES)

Pour les échelles d'hétéro-évaluation, les arguments de validité de "construit " sont déduits :

- de la concordance avec d'autres échelles d'hétéro-évaluation déjà validées (il existe en général une assez bonne concordance entre les différentes échelles d'hétéro-évaluation) (28 études analysées pour ANAES);
- de l'influence des antalgiques sur le score lors d'essais thérapeutiques contrôlés;
- de l'effet sur les scores d'une stimulation douloureuse ou d'une stimulation douloureuse simulée;
- de l'absence d'influence sur le score d'autres variables comme la peur, la fièvre, l'asthénie;
- des différences entre les scores de groupes contrastés (avec ou sans pathologie douloureuse);
- de la concordance avec l'avis d'experts.

Le travail de validation nécessite un recueil de données important et des analyses spécialisées. Il existe actuellement de nombreux outils d'évaluation de la douleur validés, mais ces échelles sont encore insuffisamment utilisées.

1.5.3.2 Méthodes d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est qualitative (dimensions, localisations) et quantitative (intensité, retentissement) [40].

L'évaluation clinique des douleurs aigües ou chroniques est un préalable indispensable à la mise en route d'un traitement, ainsi qu'au suivi des patients adultes ou enfants [14]. Cette évaluation est une responsabilité de tout soignant et doit reposer sur des outils validés tant chez l'adulte que chez l'enfant. Elle doit être renouvelée au cours du temps notamment après l'administration d'un traitement pour en évaluer l'efficacité. Elle doit toujours utiliser les mêmes procédés au cours du suivi d'un même patient.

Le choix est fonction du patient et de sa capacité ou non à communiquer un niveau de douleur, du type de douleur (discrimination des composantes de la douleur), de la nécessité d'évaluer le retentissement fonctionnel ou d'un effet thérapeutique. Le soignant doit accepter que le patient soit, en dernière analyse, le seul véritable expert pour apprécier l'existence et l'intensité de sa douleur [41,42]. Le dépistage de la douleur repose sur l'interrogatoire du patient qui doit être systématiquement fait à son admission ou lors de sa prise en charge [11,43,44]. La quantification de l'intensité douloureuse repose sur l'emploi d'outils objectifs, reproductibles et sur leur faisabilité.

Ces derniers permettent la mesure objective de données subjectives et nous pouvons classer les échelles de mesures en deux catégories : les échelles d'autoévaluation où le patient évalue sa douleur et les échelles d'hétéro-évaluation où un tiers va évaluer la douleur du patient par des signes indirects[11].

a. Echelles d'auto-évaluation

Elles sont fondées sur une évaluation par les adultes ou enfants capables de communiquer l'intensité ou les caractéristiques de la douleur, sans intervention du

médecin ou de l'entourage. Elles s'appliquent aux adultes et enfants en âge scolaire. L'auto-évaluation s'effectue à l'aide d'échelles globales unidimensionnelles ou multidimensionnelles.

- **Echelles globales unidimensionnelles**

Elles évaluent une seule dimension de la douleur: son intensité. Ces échelles sont les plus adaptées à l'utilisation dans le cadre de l'urgence et sont applicables à une majorité de patients[45,46]. Plusieurs études ont démontré l'intérêt de ces échelles qui sont simples d'utilisation et reproductibles [47].

Elles apprécient de façon globale la douleur ou son soulagement sans préjuger de la nature de la douleur, de ses mécanismes. Elles offrent l'avantage commun de mesures rapides, répétées.

D'après les recommandations de l'ANAES, les scores calculés ont une valeur descriptive pour un individu donné mais ne permettent pas de comparaisons interindividuelles. Ils aident à identifier le malade exigeant un traitement symptomatique de la douleur. Il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur l'échelle et le type d'antalgique nécessaire; ils ont une implication limitée pour la décision thérapeutique et facilitent le suivi du patient.

Ces outils sont "validés" car ils répondent à trois qualités métrologiques (validité, fidélité, sensibilité au changement). Le mode de passation est le suivant :

Il est souhaitable d'utiliser l'EVA

L'EN peut être utilisée si le patient ne comprend pas l'EVA

L'EVS peut être utilisée si le patient ne comprend pas l'EN

- **Echelle visuelle analogique (EVA) [Annexe]**

Elle se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 100 mm ou 10 cm dont l'extrémité gauche est qualifiée par le terme « pas de douleur », et celle de droite « douleur maximale imaginable ».

Le support de cette échelle est variable. Il peut être sous forme papier. Le patient répond en traçant un trait ou une croix sur la ligne. Sous forme d'une réglette, la réponse du patient est obtenue par le déplacement d'un curseur sur la ligne.

Le score correspond à la distance en millimètres, mesurée sur le dos de la réglette à partir de l'extrémité "douleur absente " jusqu'au repère indiqué par le patient.

Il s'agit de la méthode la plus répandue [48–52]. Elle comporte de multiples avantages en recherche, dont la possibilité d'analyser les données recueillies sous forme de ratio et une bonne fiabilité test-retest. Elle est également utile en clinique en raison de sa meilleure sensibilité pour l'évaluation de l'intensité de la douleur et de la réponse au traitement antalgique.

Cependant, elle demande un minimum d'apprentissage par le patient, et son incompréhension en limite parfois l'usage. Certains patients ne parviennent pas à faire l'analogie entre la douleur et la réglette, notamment à cause des capacités d'abstraction et des fonctions visuo-spatiales qu'elle exige. Pour ces raisons elle est difficilement utilisable chez la personne âgée, ou en cas de troubles cognitifs.

Diverses adaptations ont été décrites, dont le thermomètre de la douleur », où une languette de couleur est déroulée progressivement.

L'intérêt de cette méthode réside dans l'analogie avec la température, qui rend son utilisation un peu plus concrète, et bien qu'elle n'ait pas été validée spécifiquement pour les patients âgés, ceux-ci peuvent habituellement l'utiliser sans difficultés [53].

- **Echelle numérique (de Likert)**

Elle évalue l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 0 à 10. Le patient doit indiquer sur l'échelle la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de sa douleur (de 0: pas de douleur à 10: douleur maximale imaginable). Un score compris entre 1 et 3/10 correspond à une douleur faible, un score entre 4 et 6/10 correspond à une douleur modérée, et un score supérieur ou égal à 7/10 correspond à une douleur forte.

Elle est très fréquemment utilisée en clinique, et les patients sont souvent familiers avec cette échelle. Elle est souvent recommandée en raison de sa facilité d'utilisation chez la personne âgée. En outre elle présente l'intérêt de se prêter à des réponses orales chez les patients souffrant de troubles visuels [54].

- **Echelle verbale simplifiée (de Keele)**

Elle est très simple d'utilisation, et facile à comprendre. Le patient décrit sa douleur en choisissant parmi les mots : absente / faible / modérée / intense / extrêmement intense.

Elle constitue un outil fort utile en clinique, et a été utilisée avec succès chez des personnes âgées ainsi que chez des patients avec troubles cognitifs. Sa sensibilité est toutefois moindre que celle de l'EVA et, parfois, aucun adjectif ou énoncé ne décrit bien la douleur du patient. Le passage d'une échelle à l'autre se fait comme suit :

EVA (EN)	EVS
0	Douleur absente
1-3	Douleur faible
4-6	Douleur modérée
7-10	Douleur sévère

Une importante critique adressée aux échelles unidimensionnelles est qu'elles portent à considérer la douleur comme un phénomène simple. Elles sont, en fait, l'intégration de facteurs variés et méconnaissent l'aspect multidimensionnel.

- **Echelles globales multidimensionnelles**

Les échelles multidimensionnelles permettent d'évaluer les différentes composantes qualitatives et quantitatives de la douleur, mais sont totalement inadaptées à la médecine d'urgence en raison du nombre important d'items à recueillir. Elles se présentent sous forme d'un questionnaire composé de classes et sous-classes. Chaque sous-classe correspond à une composante de la douleur et regroupe deux à six qualificatifs. Le nombre de qualificatifs est variable selon le questionnaire utilisé.

- **Mac Gill Pain Questionnary** [55]

Il a été élaboré en 1975 par Melzack et Wall. C'est un questionnaire de 78 mots répartis en 20 sous-classes regroupées en 4 classes : sensorielle, affective, évaluative et sensori-affective qui peut être rempli en 5 à 15 minutes. Il est constitué d'une série d'adjectifs permettant de qualifier la douleur. Le malade coche les cases qui correspondent le mieux à ce qu'il ressent.

- **Questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA)** [56]

C'est le pendant français du Mac Gill Pain Questionnaire. Il comporte 58 qualificatifs répartis en 16 sous-classes, 9 sensorielles et 7 affectives. On demande au patient de sélectionner, au sein de chaque classe concernée, les meilleurs descripteurs de sa douleur et de leur attribuer une note 0 (pas du tout) et 4 (extrêmement). On calcule alors par sommation un score total (Somme des notes

de A à P), un score sensoriel (somme attribuée de A à 1), un score affectif (somme attribuée de J à P).

- **Brief Pain Inventory (B.P.I.)** [57] **ou Questionnaire Concis de la Douleur (QCD).**

Ce questionnaire a été construit et testé dans la douleur cancéreuse et la polyarthrite rhumatoide. Il a été utilisé plus particulièrement pour l'évaluation de la douleur cancéreuse. Il n'est pas retrouvé comme questionnaire de référence dans les études les plus récentes sur l'évaluation de la douleur chronique. Il explore les principales dimensions de la douleur l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation, la détresse psychologique [58].

- **L'inventaire multidimensionnel de la douleur (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory)**

L'inventaire multidimensionnel de la douleur est la traduction validée du Multidimensional Pain Inventory. Il est constitué de 49 items évaluant l'impact de la douleur chronique sur plusieurs aspects : l'expérience du patient avec la douleur, le soutien que le patient perçoit de son principal aidant (en général son conjoint), et les activités quotidiennes [59,60]. Trois catégories d'adaptation ont été proposées : dysfonctionnel, difficultés interpersonnelles et adaptatif [61].

- **Dallas Pain Questionnary (D.P.Q.)**

Cette échelle de qualité de vie spécifique des lombalgies chroniques a été établie par Lawlis, McCoy et Selby [62]. L'échelle D.R.A.D. (Douleur du Rachis: Auto-questionnaire de Dallas) en est la traduction française qui fut établie et validée par la Section Rachis de la Société française de Rhumatologie. Elle permet d'obtenir

pour chaque domaine de la qualité de vie une estimation en pourcentage du retentissement de la douleur chronique [63].

b. Echelles d'hétéro-évaluation

Les échelles d'hétéro-évaluation sont basées sur l'appréciation de la douleur par une tierce personne, avec le risque d'une sous-estimation de l'intensité douloureuse, bien souvent démontrée, même en médecine d'urgence [14,64].

Certaines échelles évaluent le comportement verbal (plaintes, réclamation d'antalgiques, etc.) ou physique (grimaces, agitation, attitude antalgique). Elles ne requièrent pas la coopération du patient et peuvent être utilisées lorsque les échelles d'autoévaluation sont difficilement réalisables (nourrissons et jeunes enfants, personnes âgées, difficultés de compréhension...).

c. Echelles comportementales

- **Echelle Doloplus 2**[65]

S'inspirant des travaux de l'Institut Gustave Roussy sur la reconnaissance de la douleur chez le jeune enfant cancéreux, Bernard Wary a proposé, dès 1992 une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante dénommée Doloplus. Cette échelle, imparfaite, sera revisitée en 1995, validée et baptisée Doloplus 2.

Elle est basée sur l'observation des comportements dans différentes situations potentiellement révélatrices de douleur (10 au total). Ces comportements sont classés en trois groupes évoquant le retentissement somatique, psychomoteur ou psychosocial de la douleur, côtés chacun entre 0 et 3, avec un score total entre 0 et 30. Un score d'au moins 5 sur 30 suggère la présence d'une douleur. L'utilisation

et la cotation doit être pluridisciplinaire, et biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs (Recommandée par l'ANAES).

- **Echelle Algoplus**

C'est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur aigue chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale [66]. Elle est particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des pathologies douloureuses aigues (fractures, douleur aigue postopératoire, ischémie, zona...), des accès douloureux paroxystiques (névralgie faciale, poussées douloureuses sur cancer) et des douleurs provoquées par les soins. L'échelle comporte cinq items correspondant à cinq domaines d'observation. Chaque item coté "oui" est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à 2/5 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité et une spécificité de plus de 80%[28].

- **Beck Depression Inventory (B.D.I.)** [58]

Traduit en français et validé chez des malades psychiatriques, il explore la dimension dépressive (Recommandé pur I 'ANAES) Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.) [67,68]

La version française de l'HAD est validée. Les scores au-delà des valeurs seuils permettent de parler de symptomatologie anxieuse et/ou dépressive.

- **Geriatric Depression Scale**

Cette échelle est largement utilisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée et dans les travaux de recherche clinique portant sur la dépression ou

les troubles cognitifs. Elle comporte une trentaine d'items à réponses binaires oui/non.

- **Échelle Comportementale de douleur pour la Personne Âgée (ECPA) (4è version)**

Elle a été créée par le groupe français REGATES (Réseaux d'Evaluation en Gériatrie de l'Activité des Thérapeutiques et de leurs Effets Secondaires). L'échelle pédiatrique DEGR a servi d'esquisse pour la première version. Quatre Versions d'ECPA se sont succédées pour satisfaire la validation. L'ECPA possède deux dimensions observation avant les soins, puis pendant les soins.

- **Échelle Comportementale Simplifiée (ECS) Sainte Périne** : cette échelle a été validée par le Comité de Lutte anti Douleur du groupe hospitalier Sainte-Périne. Elle utilise des signes comportementaux non verbaux ne pouvant être repérés que par des soignants connaissant l'état habituel du patient, en dehors de toute douleur. Elle est donc réservée aux patients ayant des difficultés à communiquer verbalement et présents dans une unité depuis au moins 15 jours[69]

d. Quelques Spécificités

- **Échelle Evendol**

Echelle française validée chez l'enfant de la naissance jusqu'à 7 ans et traduite dans plusieurs langues, elle permet d'évaluer la douleur de l'enfant aux urgences (urgences médicale ou traumatiques ou chirurgicales) mais aussi en pédiatrie médicale, pour la douleur postopératoire, pour le transport SAMU-SMUR ; elle est en cours de validation pour le nouveau-né à terme et pour la douleur des soins. Elle permet d'enregistrer aussi bien la douleur aigue (cris, agitation) que la

douleur installée (immobilité) et la douleur prolongée avec atonie psychomotrice. Score de 0 à 15 ; le seuil de traitement est de 4/15[66]

- **Questionnaire DN4**

C'est une échelle pour évaluer la probabilité d'une douleur neuropathique. La cotation est de 1 point par réponse OUI et 0 point par réponse NON. Le score total est sur 10. On peut évoquer le diagnostic de douleur neuropathique à partir de 4/10.

1.5.3.3 Obstacles et difficultés d'évaluation de la douleur

Les problèmes posés par l'évaluation de la douleur sont ceux de tout autre phénomène subjectif [70].

Une première difficulté est d'accepter que le malade soit le seul véritable expert pour apprécier l'intensité d'une douleur. Chaque patient sera donc son propre témoin et ce sont les évaluations comparatives chez le même patient qui seront utiles. Dans l'état actuel des connaissances, contrairement aux conditions du laboratoire, on ne dispose ni d'un moyen de mesure du stimulus responsable de la douleur pathologique, ni d'un marqueur neurobiologique valide. Pour être performant, un score qui mesure une variable subjective doit avoir des qualités métrologiques démontrées, une structure dimensionnelle cohérente et doit être corrélé avec des mesures ou paramètres couramment utilisés[70].

Une deuxième difficulté est celle liée au temps. Evaluer un patient à l'aide d'une échelle d'hétéro-évaluation demande de 1 à 4 minutes.

Il importe de recueillir l'information dans des conditions les plus standardisées possibles avec un instrument valide, reproductible, sensible aux thérapeutiques [70]. Malheureusement, certains médecins prescripteurs tiennent peu compte de

l'évaluation, la résistance aux changements, très présente dans l'institution hospitalière (on a toujours fait comme ça »), aggrave les difficultés.

On peut regretter que les limites d'âge en deçà ou au-delà desquelles un outil n'est plus valide ne soient pas toujours connues. Il en va de même pour le seuil d'intervention thérapeutique (cut-off) qui n'est pas toujours étudié systématiquement par les auteurs des échelles, même si les échelles mises au point ces dernières années le précisent[70].

1.6 Modalités de traitement de la douleur

1.6.1 Moyens médicamenteux

Le choix du médicament à visée antalgique est fonction de la nature de la douleur, de son intensité, de son évolution dans le temps comparé aux caractéristiques pharmacocinétiques de la substance retenue et des éventuels effets secondaires indésirables. Ce choix découle d'une réévaluation régulière de l'intensité de la douleur et de l'efficacité du traitement retenu.

1.6.1.1 Traitement des douleurs nociceptives [71]

L'OMS hiérarchise les antalgiques selon trois paliers en fonction de leur puissance d'action, ce qui permet une réponse graduée et appropriée aux souffrances du patient et une adaptation des thérapeutiques avec l'évolution de la maladie. Proposés initialement pour soulager la douleur cancéreuse, ces paliers sont également adaptés aux douleurs nociceptives[71].

Palier 1, antalgiques non opioïdes

Les antalgiques non opioïdes sont préconisés dans les douleurs légères à modérées. Ils agissent principalement par inhibition des cyclo- oxygénases périphériques (anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) ou centrales

(paracétamol). Ces enzymes sont, en effet, responsables d'une cascade de réactions à l'origine de la douleur, de l'inflammation et de la fièvre. Par ailleurs,

les métabolites du paracétamol activent les récepteurs transient receptor potential ankyrin 1 médullaires [72] , provoquant une augmentation de l'influx d'ions sodium et calcium dans le neurone pré synaptique. Il s'en suit une dépolarisation membranaire avec une inhibition soutenue des canaux sodiques et calciques voltage dépendants, ce qui a pour effet de soulager la douleur.

Palier 2, antalgiques centraux, opioïdes faibles

Les antalgiques de palier 2 sont essentiellement la codéine et le tramadol, préconisés pour des douleurs modérées à sévères ou en cas d'échec des antalgiques de palier 1. Ces médicaments agissent sur la perception de la douleur par une action au niveau central sur des récepteurs spécifiques appelés nocicepteurs. Ils se lient ainsi aux récepteurs mu, le tramadol ayant, de plus, la particularité d'inhiber la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Ils sont utilisés seuls (tramadol) ou avec d'autres molécules antalgiques de palier 1 du fait d'un mode d'action complémentaire et synergique (codéine et paracétamol, tramadol et paracétamol). En revanche, il est inutile d'associer des médicaments qui ont le même mode d'action (comme la codéine et le tramadol) du fait d'une absence de potentialisation ou de synergie dans l'efficacité du traitement.

Palier 3, opioïdes forts

Indiqués pour lutter contre les douleurs sévères ou en cas d'échec des antalgiques de palier 2, les opioïdes forts sont essentiellement représentés par la morphine et ses dérivés. En fonction de leur mécanisme d'interférence avec les récepteurs opioïdergiques mu, kappa et delta, on distingue les :

- agonistes purs, comme la morphine, le fentanyl, l'oxycodone

et l'hydromorphone, qui agissent essentiellement sur les récepteurs mu avec, pour certains, un léger effet kappa ; l'augmentation des doses permet d'atteindre un effet maximal ;

- agonistes-antagonistes ou agonistes partiels, comme

la nalbuphine (agoniste kappa- antagoniste mu) et la buprénorphine (agoniste partiel mu-antagoniste kappa).

1.6.1.2 Traitement des douleurs neuropathiques

Si la classification de l'OMS est pertinente dans le traitement des douleurs nociceptives, elle ne tient pas compte des mécanismes de la douleur et n'est pas adaptée aux formes neuropathiques, aux céphalées et aux migraines, à la fibromyalgie, ainsi qu'à la plupart des douleurs chroniques rhumatologiques (arthrose chronique, lombalgie chronique).

En laissant penser qu'à chaque palier correspond une intensité de douleur, elle est source d'erreurs. C'est ainsi que la prescription des opiacés forts dans des douleurs chroniques, sur la base des paliers de l'OMS et des libellés d'autorisation de mise sur le marché (AMM), en l'absence de prise en compte de la nature de la douleur, se révèle être souvent inappropriée. Leur utilisation est en réalité formellement déconseillée dans cette indication où le risque de mésusage peut être élevé [71].

Le traitement médicamenteux des douleurs par désafférération fait appel aux antidépresseurs et aux antiépileptiques, et éventuellement à des traitements topiques. Il faut noter cependant que les antalgiques centraux , et en particulier la morphine, peuvent avoir une efficacité partielle, ce qui explique qu'ils sont parfois associés[66].

Antidépresseurs

Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces sur la composante continue de la douleur (brûlure, fourmillements) ; Le plus utilisé est l'amitriptyline (Laroxyl®). La paroxétine (Déroxat®) peut également être utilisée hors AMM dans cette indication. La duloxétine (Cymbalta®), un antidépresseur agissant à la fois sur la sérotonine et la noradrénaline, a l'AMM dans les douleurs neurogènes périphériques d'origine diabétique en première intention. La venlafaxine (Effexor®) est une alternative mais hors AMM.

Anticonvulsivants

La gabapentine (Neurontin®) est intéressante, en particulier dans les douleurs post-zostériennes.

La prégabaline (Lyrica®), est indiquée dans les douleurs neuropathiques périphériques chez l'adulte (composante continue et paroxystique).

La carbamazépine (Tegrétol®), la diphényl-hydantoine (Di-hydan®) peuvent aussi être utilisées. A noter que le Tégrétol a de nombreuses interactions médicamenteuses et qu'il est souvent mal toléré il est donc essentiellement recommandé dans les névralgies faciales (névralgie essentielle du trijumeau).

1.6.1.3 Traitement des phénomènes dystoniques [66]

Dans de nombreux cas de phénomènes dystoniques d'origine centrale (syndrome thalamique), on peut essayer la lévodopa (Sinemet® ou Modopar®) par augmentation très progressive, ainsi que les traitements anticholinergiques, le trihexyphénidyle (Artane®) ou encore essayer un dépléteur de dopamine tétrabénazine. On peut aussi utiliser le baclofène (Liorésal®), un myorelaxant d'action centrale.

1.6.1.4 Traitement des douleurs migraineuses[66]

La douleur migraineuse met en jeu de nombreux facteurs neurogènes et vasculaires (vasodilatation) et dépend aussi d'une dépression corticale propagée. Les traitements de la crise comprennent les antalgiques susmentionnés (niveau I mais surtout les AINS), la dihydroergotamine (par voie nasale, IM [intramusculaire] ou IV [intraveineuse]) ou le tartrate d'ergotamine (en comprimé ou suppositoire). Les triptans sont notamment pratiques sous forme de spray nasal, en comprimé ou ampoules injectables, mais sont contre-indiqués avec la DHE (dihydroergotamine). Il faut attendre 24 heures après la prise d'un dérivé ergoté pour pouvoir utiliser un triptan.

En traitement de fond, on propose souvent un bétabloquant sans activité inotrope positive (propranolol : Avlocardyl®, métoprolol), les antimigraineux (oxétorone : Nocertone®; pizotifène : Sanmigran®, flunarizine : Sibelium®, anticonvulsivants (topiramate : Epitomax®) ou l'amitriptyline (Laroxyl®). Dans les migraines résistantes, il pourra être utilisé du méthysergide (Désernil®). Ce traitement ne doit pas être associé aux triptans, et nécessite des fenêtres thérapeutiques de 1 mois tous les 6 mois (risque de fibrose rétropéritonéale).

1.6.1.5 Topiques[66]

Le Versatis®, un gel de lidocaïne en patch, s'utilise en application sur 12 heures avec une action de 24 heures. Il est indiqué pour le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes (DPZ).

Le Qutenza un patch de capsaïcine, est indiqué en seconde intention pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes non diabétiques, seul ou en association avec d'autres médicaments antidouleur (réservés à l'usage hospitalier).

1.6.1.6 Traitements adjuvants [66]

Les traitements adjuvants ou co analgésiques permettent souvent une meilleure antalgie, soit par un effet propre, soit par un effet synergique avec les antalgiques usuels, dont ils permettent alors de réduire les posologies.

Corticoïdes

Ils sont efficaces sur les douleurs par infiltration et compression d'organe d'origine tumorale ainsi que dans les métastases osseuses ou hépatiques. Il faut surveiller l'apparition d'une candidose digestive qui peut gêner l'alimentation, et garder en mémoire l'effet diabétogène et dysphorique (éviter les prises après 16 h) de ces produits.

Biphosphonates

Les biphosphonates comme les AINS, peuvent être utiles dans le traitement des douleurs osseuses métastatiques.

Antispasmodiques

Les antispasmodiques (phloroglucinol : Spasfon®), selon l'origine de la douleur peuvent compléter utilement les traitements antalgiques classiques par exemple dans les tumeurs urologiques obstructives. On utilise la scopolamine (Scoburen®) dans les douleurs digestives et gynécologiques.

Myorelaxants

Les myorelaxants - diazépam (Valium®), baclofène (Liorésal®, agoniste des récepteurs Gaba B) - sont utiles dans les douleurs de rétractions tendineuses. Le diazépam a l'avantage d'exister en gouttes pouvant être administrées par voie

sublinguale. Le dantrolène (Dantrium®) par son action directe sur les fibres musculaires striées est utile dans certaines dystonies périphériques. Le baclofène intrathécal est réservé aux dystonies très invalidantes.

Anesthésiques locaux

Les anesthésiques locaux à base de lidocaïne en crème ou en patch (Emla®) sont aussi utilisés chez l'adulte avant des gestes (ponction lombaire) ou des soins (escarres) potentiellement douloureux. L'utilisation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (Kalinox®, Entonax®, Antasol®, Oxynox®) est également intéressante lors des actes douloureux de courte durée (myélogramme), de soins dentaires, des soins d'escarres ou en traumatologie.

Autres traitements

D'autres traitements, plus spécifiques de la cause de la douleur, vont bien sûr avoir un effet antalgique important : chimiothérapie anticancéreuse, radiothérapie, hormonothérapie, traitement anti-infectieux ou chirurgie.

1.6.1.7 Classification de Lussier et Beaulieu

Proposée en 2010 par l'Association internationale pour l'étude de la douleur, la classification de David Lussier et Pierre Beaulieu stratifie les médicaments en fonction de leurs mécanismes d'action et tient compte de la nature de la douleur, mais aussi des mécanismes physiopathologiques en jeu et de ses expressions cliniques multiples [73,74].

Cette classification cliniquement plus pertinente que celle de l'OMS permet une prise en charge plus adaptée et mieux ciblée. Elle oblige notamment le médecin à rechercher le type exact de douleur (nociceptive mécanique, nociceptive

inflammatoire, neuropathique, mixte, etc.) en analysant de manière individuelle ses caractères et ses aspects avant de prescrire un antalgique.

Elle évite également la corrélation, parfois fausse, entre l'intensité de la douleur et l'efficacité présumée de la thérapeutique, et prend en considération tous les médicaments, dont ceux qui ont été développés pour d'autres indications. Elle est également évolutive et permet d'intégrer de nouvelles molécules.

Tableau I : *Classification des antalgiques selon David Lussier et Pierre Beaulieu [71]*

Groupes	Indications	Classe pharmacologique	DCI
Antalgiques antinociceptifs	Douleurs nociceptives	Antalgiques périphériques non opioïdes	Paracétamol AINS
		Antalgiques opioïdes	Morphine Codéine Oxycodone Hydromorphone
		Cannabinoïdes	Dronabidol
Anti-hyperalgésiques	Douleurs neuropathiques centrales Situations avec hyperalgésie, notamment hyperalgésie induite par les opioïdes	Antagonistes des récepteurs de l'acide N-méthylD-aspartique	Kétamine
		Antiépileptiques	Gabapentine Prégabaline Lamotrigine
		Antalgiques périphériques non opioïdes	Néfopam
Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs	Douleurs neuropathiques	Antidépressseurs tricycliques	Amitriptyline Clomipramine
		Inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline	Imipramine Duloxétine Venlafaxine
Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique	Douleurs neuropathiques périphériques	Anesthésiques locaux	Lidocaïne Xylocaïne
		Antiépileptiques	Carbamazépine Oxcarbamazépine Topiramate Lamotrigine Capsaïcine
Antalgiques à effets mixtes : analgésiques antinociceptifs, modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants	Douleurs mixtes, nociceptives et neuropathiques	Antalgiques centraux opioïdes faibles	Tramadol tapentadol

1.6.2 Moyens non médicamenteux

La prise en charge de la douleur aigüe et chronique fait appel également à des compétences pluridisciplinaires. D'autres approches thérapeutiques peuvent être utilisées.

Techniques de neurostimulation [66]

Elles peuvent être utilisées dans les douleurs neurogènes chroniques sévères et rebelles aux traitements antalgiques. La neurostimulation consiste à utiliser de petites impulsions électriques pour bloquer la douleur au niveau de la moelle épinière. Il existe deux techniques, soit transcutanée (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS) soit chirurgicale. Le patient dispose d'un boîtier de commande (programmateur) lui permettant d'ajuster les réglages pour un soulagement optimal de la douleur.

Acupuncture

Le mode d'action de l'acupuncture est inconnu et son intérêt reste pour certains controversé. Elle peut être utilisée pour les douleurs suivantes : ostéoarticulaires, tendino musculaires, névralgiques, spasmodiques et opératoires.

Hypnose

Le développement actuel des centres de traitement de la douleur en dynamise le retour et l'essor. Cette technique fait l'objet de nombreuses études, même si son efficacité n'est plus à prouver. C'est une technique séduisante car elle s'appuie sur les ressources propres de l'individu sans recours médicamenteux, qui y trouve la satisfaction de prendre une large part dans son traitement. Il n'est pas incompatible d'associer d'autres thérapeutiques chimiques ou physiques. Les principales indications sont les céphalées, les douleurs post-chirurgicales orthopédiques ou viscérales, diverses neuropathies, les douleurs du cancer, le soin des grands brûlés.

Quelques équipes en Europe utilisent l'hypnose en pré, per, ou post opératoire pour tenter de réduire l'importance de la prescription médicamenteuse.

Techniques de relaxation et de sophrologie

Ces techniques sont fondées sur l'idée que la personnalité est un ensemble somato-psychique, avec une interrelation permanente entre le physique et le psychique.

La relaxation permet une diminution des réactions du système nerveux sympathique. Il y a une relation étroite entre la tonicité et les émotions, entre la tension psychique et la tension musculaire. Le traitement consistera à obtenir, par un relâchement musculaire, une détente affective. Plusieurs techniques sont utilisées (Training autogène de Schultz, technique de Jacobson etc.) en fonction des pathologies, mais surtout de la personnalité du malade.

Kinésithérapie antalgique

Pour lutter contre la douleur, le kinésithérapeute bénéficie de nombreuses techniques : massages, physiothérapie, courant électrique galvanique (basse, moyenne ou haute fréquence), ultrasons, infrarouges, balnéothérapie, thermothérapie (chaud), cryothérapie (froid), etc. Elles sont surtout utilisées dans les douleurs articulaires et rhumatologiques [66].

Techniques chirurgicales et anesthésiques

Techniques anesthésiques

L'anesthésie locorégionale permet d'obtenir un soulagement de la douleur dans de très nombreuses situations, que ce soit pour une douleur aigue ou pour une douleur chronique. Sa réalisation passe par la connaissance de l'anatomie, des techniques, des indications et contre-indications, ce qui représente un obstacle pour de nombreux praticiens.

Même s'il ne faut pas banaliser sa pratique, connaitre un minimum de gestes n'est pas insurmontable, car un certain nombre de blocs nerveux sont relativement simples à réaliser.

Techniques neurochirurgicales

La place de la neurochirurgie dans la prise en charge de la douleur est très réduite par rapport à ce qu'elle a pu être. On pense habituellement aux possibilités de cette spécialité quand toutes les autres ont échoué. Pendant très longtemps, il s'agit d'interventions à type de section nerveuse irréversible Aujourd'hui, les techniques de stimulation permettent d'envisager la neurochirurgie sous un autre angle. Les interventions portent à différents niveaux du système nerveux, de la périphérie au cerveau, avec les risques inhérents à ces gestes. Il faut toujours peser le bénéfice risque du geste envisagé.

1.7 Concept de qualité et prise en charge de la douleur

La qualité en santé d'après l'Institute of Medicine des Etats-Unis (IOM) est définie comme la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment.

Un rapport de l'IOM en 2011 spécifie les buts qui déterminent un système de soin de qualité. Selon cet institut, les soins doivent être :

- sûrs : ne doivent pas causer des dommages au patient

- efficaces : scientifiques fournissant des services basés sur les connaissances scientifiques

- centrés sur le patient : fournissant des soins qui respectent et sont réactifs aux préférences du patient, à ses besoins, à ses valeurs en s'assurant que ses valeurs guident toutes les décisions cliniques

- opportuns : réduisant les temps d'attente et les retards parfois préjudiciables pour ceux qui bénéficient des soins aussi bien que pour ceux qui les fournissent

- efficients : évitant les gaspillages notamment d'équipements, d'idées ou d'énergie

- équitables : offrant des services dont la qualité ne varie pas selon les caractéristiques personnelles comme le sexe, l'ethnie, la localisation géographique, le statut socioéconomique.

L'un des plus célèbres outils de mesure de la qualité des services de santé est celui proposé par Donabédian. Il propose de mesurer la qualité des soins de santé à partir de 3 éléments la structure (le cadre où les soins sont délivrés), le processus (les pratiques médicales, les interactions) et les résultats (impact des soins sur le statut de santé). La structure au sein de laquelle les soins sont délivrés affectent les processus et les résultats (si le lieu n'est pas plaisant, les gens ne viendront pas, les travailleurs ne feront pas un bon travail). Les résultats indiquent les effets combinés de la structure et du processus. La structure et le processus sont facilement mesurés (propreté des lieux, politesse des infirmiers) il est à noter que seuls la structure et le processus peuvent être manipulés. Notre travail s'articulera autour du processus et des résultats.

Pourquoi insister sur la qualité des soins ?

Simplement rendre les services de santé accessibles n’assure en rien qu’ils seront utilisés. De nombreuses recherches dans différents cadres ont montré que la demande en vaccination et autres services de soins de santé primaires a augmenté avec la qualité de ces services pour atteindre et maintenir les populations en bonne santé, les pays doivent trouver des moyens d’augmenter la qualité des services offerts.

1.8 APS-POQ-R

L'APS a publié en 1991[52] son premier APS-POQ qui faisait partie des Standards d'assurance qualité pour le traitement de la douleur aigüe et cancéreuse. En 1995 [53], les standards d'assurance qualité ont été révisés avec une mise à jour de l'APS-POQ.

Une revue systématique de 20 études d'amélioration de qualité de la prise en charge de la douleur a utilisé la version 1995 de l'APS-POQ et a impliqué 3527 patients hospitalisés en médecine, chirurgie et cancérologie. Elle suggère qu'un nombre de modifications était nécessaire [39]. Six indicateurs de qualité centraux étaient recommandés pour la mesure du processus et des résultats de la prise en charge de la douleur : utilisation d'une échelle numérique ou descriptive pour l'évaluation de la douleur, documentation de l'intensité de la douleur à des intervalles fréquents, traitement de la douleur par une voie autre que la voie intramusculaire, administration régulière des analgésiques, et utilisation d'un régime de traitement multimodal lorsque cela est possible, prévention et contrôle de la douleur à un degré qui facilite la qualité de vie, et provision des informations adéquates pour que le patient soit bien informé de la prise en charge de la douleur.

L'APS-POQ a été révisé en 2010 (APS-POQ-R). Dix (10) membres de l'APS (5 infirmiers, 2 médecins, 2 psychologues, et 1 pharmacien) avec une expérience de l'utilisation de l'APS-POQ, une expertise dans la prise en charge de la douleur et dans le développement d'instruments ont été invité à rejoindre une task force pour réviser l'APS-POQ. En premier lieu, les items l'APS-POQ ont été extensivement discutés par le comité. Par consensus, les items perçus comme n'ayant pas été utile dans l'amélioration de qualité (exemple temps d'attente perçu et les croyances des patients) ou très pauvrement conçus (exemple adéquation des instructions...) ont été éliminé. Des items ont été ajoutés tenant compte des recommandations émises dans une précédente publication faisant une revue de 10 ans d'expérience

d'utilisation de l'outil original[39]. La seconde phase a consisté à l'administration de la version révisée de l'instrument à des patients de différents hôpitaux qui faisaient l'expérience des différents types de douleurs aigues et chroniques.

L'American Pain Society-Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ) a été développé par une équipe interdisciplinaire pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. Il a été révisé en 2010. La version révisée comporte 12 questions et 23 items. Elle mesure six dimensions de qualité des soins de la douleur : sévérité de la douleur et soulagement; usage de méthodes non pharmacologiques, effet de la douleur sur l'émotion, le sommeil et les activités, effets secondaires du traitement antalgique, participation du patient aux prises de décisions, la fourniture d'information sur la prise en charge de la douleur.

L'APS-POQ a été traduit en 11 langues dont le Français, langue officielle au Benin [75]. Le Bénin faisant partie des 10 premiers pays à fort taux d'analphabétisme, il n'était pas possible d'utiliser directement cette version pour notre travail. Nous avons apporté quelques modifications pour adapter l'outil à notre contexte.

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE

2.1 CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans les services d'hospitalisation du CNHU-HKM de Cotonou. Ce centre a été sélectionné parce qu'il s'agit du centre hospitalier universitaire que nous avons fréquenté durant nos stages hospitaliers mais aussi parce qu'il s'agit du centre de référence du Bénin.

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga

Hôpital de première référence du pays, il a été créé en 1962 sur un terrain de 10 hectares. De type pavillonnaire, il a une capacité de 750 lits répartis dans différents services regroupés que sont :

- Les services de médecine :
  - la Clinique Universitaire de Médecine Interne et d'Oncologie médicale
  - la Clinique Universitaire de Rhumatologie
  - la Clinique Universitaire d'Endocrinologie, Métabolisme et Nutrition
  - la Clinique Universitaire de Neurologie
  - la Clinique Universitaire de Néphrologie
  - la Clinique Universitaire d'Hépato-Gastro-Entérologie
  - l'Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie
  - le Service des Maladies du Sang
  - la Clinique Universitaire de Santé Mentale
  - la Clinique Universitaire de Dermatologie et Vénérologie
- Les services de Chirurgie :
  - la Clinique Universitaire d'Ophtalmologie
  - la Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique la Clinique Universitaire de Traumatologie, d'Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice
  - la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale
  - la Clinique Universitaire d'Urologie et d'Andrologie

  - la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique
  - la Clinique Universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie, de Chirurgie Cervico-faciale et d'Odontostomatologie
- Les services multidisciplinaires que sont :
  - la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences
  - le Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation
  - la Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation
- Le bloc médicotechnique constitué des laboratoires d'analyses bio médicales, l'imagerie médicale et la pharmacie
- Le bloc administratif

2.2 METHODES D'ETUDE

2.2.1 Type d'étude et période d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique dont la collecte a été prospective sur la période allant du 15 janvier au 15 février 2022.

2.2.2 Population d'étude

De façon exhaustive, elle était constituée de tous les patients hospitalisés depuis au moins 24 heures dans les services d'hospitalisation du CNHU ainsi que des soignants desdits services. Il s'agit des services de médecine (Médecine Interne, Endocrinologie, Cardiologie, Neurologie, Hépato-gastro-entérologie, Rhumatologie, Néphrologie, Neurologie, Médecine Physique et Réadaptation, Hématologie, Psychiatrie, Pédiatrie), de chirurgie (Chirurgie Viscérale, Traumatologie-Orthopédie, Urologie-Andrologie, Chirurgie pédiatrique, d'Oto-Rhino-Laryngologie, de Chirurgie Cervico-faciale et d'Odontostomatologie de Gynécologie-Obstétrique), des Urgences et de la Réanimation.

- ***Critères d'inclusion***

✓ Patients

- Être âgé de plus de 28 jours
- Hospitalisé depuis au moins 24 h
- Avoir donné son consentement (pour les mineurs le consentement du parent est requis)

✓ Soignants

- Être en activité dans le service enquêté
- Etre directement impliqué dans la prise en charge du patient (médecins, infirmiers, ki,ésithérapeutes, sage-femmes, étudiants en médecine à partir de la 6è année)
- Avoir donné son consentement oral

- ***Critères de non-inclusion***

✓ Patients

- Patients présentant des troubles de la conscience
- Patients présentant des troubles psychiatriques avec rupture du contact avec la réalité

✓ Soignants

- Soignants absents ou en congés le jour de l'enquête

2.2.3 Technique d'échantillonnage

Nous avons réalisé un recrutement exhaustif de tous les patients hospitalisés dans les services et des soignants en activité au CNHU-HKM durant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion.

2.2.4 Collecte de données

2.2.4.1 Outils de collecte des données

Les données ont été recueillies grâce aux questionnaires patients et soignants élaborés et administrés aux différentes cibles grâce à la plateforme de collecte de données numérique Kobocollect.

Le questionnaire patient a permis de recenser les renseignements généraux, les données relatives au vécu de la douleur. Nous avons adapté l'APS-POQ-R. L'APS-POQ a été traduit en 11 langues dont le Français, langue officielle au Benin [75]. Le Bénin faisant partie des 10 premiers pays à fort taux d'analphabétisme, il n'était pas possible d'utiliser directement cette version pour notre travail. Nous avons apporté quelques modifications pour adapter l'outil à notre contexte. Pour mesurer la sévérité de la douleur, nous avons utilisé l'EVS au lieu de l'EN. Les questionnaires comportaient des questions ouvertes et fermées.

Nous avons également utilisé les dossiers médicaux des patients douloureux, les feuilles de température pour recueillir le traitement antalgique reçu et la documentation de l'évaluation de la douleur.

2.2.4.2 Technique de collecte des données

Après un pré test sur 10 patients, nous avons réalisé la collecte nous-même par remplissage des fiches d'enquête patients et administration des questionnaires aux soignants.

La collecte a été faite en parcourant successivement sur plusieurs jours les services d'hospitalisation sus cités.

Dans un premier temps, nous avons expliqué aux patients et soignants les objectifs de notre étude et les avantages pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur au CNHU-HKM. Après obtention de leur consentement, nous avons recueilli en les questionnant leurs différentes réponses sur la fiche d'enquête. Pour ce qui était de l'appréciation globale de la prise en charge de la douleur, les patients ont donné des notes sur 10. La prise en charge était considérée comme médiocre pour des notes de 0 à 4, passable pour des notes égales à 5, assez-bien pour des notes égales à 6, bien pour des notes de 7 à 8 et très bien pour des notes de 9 à 10.

Ensuite à partir des pancartes et dossiers médicaux, nous avons relevé des informations comme le traitement antalgique administré, l'évaluation documentée ou non de la douleur et d'autres données relatives à la description sémiologique de la douleur des patients ainsi que sa prise en charge dans sa globalité.

2.2.5 Variables

2.2.5.1 Variables dépendantes

Il s'agit de la présence de douleur chez les patients hospitalisés et des

connaissances, attitudes et pratiques des soignants en matière de gestion de la douleur.

2.2.5.2 Variables indépendantes

Il s'agit des données sociodémographiques

Variables	Types	Modalités
Age	Quantitative discrète	Valeur renseignée en nombre d'années
Sexe	Qualitative dichotomique	masculin, féminin
Ethnie	Qualitative nominale	fon et apparentés, mina et apparentés, Goun et apparentés, yoruba et apparentés, Bariba, dendi, peulh, mahi, autres
Profession des patients	Qualitative nominale	Salarié, commerçant, étudiant/élève, artisan/ouvrier, sans emploi, ménagère, autres
Profession des soignants	Qualitative nominale	Médecin (généraliste et spécialiste), DES, infirmier, sage-femme, étudiant, autres
Niveau d'étude	Qualitative nominale	non instruit, primaire, secondaire et supérieur
Services	Qualitative nominale	médecine interne, gastrologie, endocrinologie, néphrologie, neurologie, rhumatologie, cardiologie, MPR, CUGO, Psychiatrie, chirurgie viscérale, traumatologie, réanimation, urgences, pédiatrie, ORL, hématologie chirurgie pédiatrique, urologie

2.2.6 Analyse et traitement des données

Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel Epi info version 7.2.1.0. Les graphes et tableaux ont été conçus dans Excel 2013. Les données quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne et écart type, et les données qualitatives sous forme de fréquence.

2.2.7 Considérations éthiques

Une autorisation de collecte des différents chefs services a été obtenue avant le début de l'enquête. Une autorisation a également été obtenue de la Direction Générale du CNHU-HKM [Annexe]. La participation des patients a été volontaire. Le consentement éclairé a été obtenu auprès des patients et soignants après explication des avantages, inconvénients liés à leur participation à cette étude.

L'exploitation et la confidentialité des données recueillies sur l'identité des sujets participant à l'étude ainsi que les conditions socio-économiques ont été garanties par l'équipe de recherche.

2.2.8 Difficultés de l'étude

Nous avons rencontré plusieurs difficultés au cours de cette étude. Elles étaient essentiellement liées au personnel soignant notamment de pouvoir discuter avec ceux-ci et leur soumettre la fiche d'enquête. Vu les occupations des uns et des autres, et la non disponibilité à la fois de tout le personnel, il fallait souvent de longues heures d'attente pour faire remplir la fiche au personnel.

3. RESULTATS

3.1 Étude de la prise en charge de la douleur chez les patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou

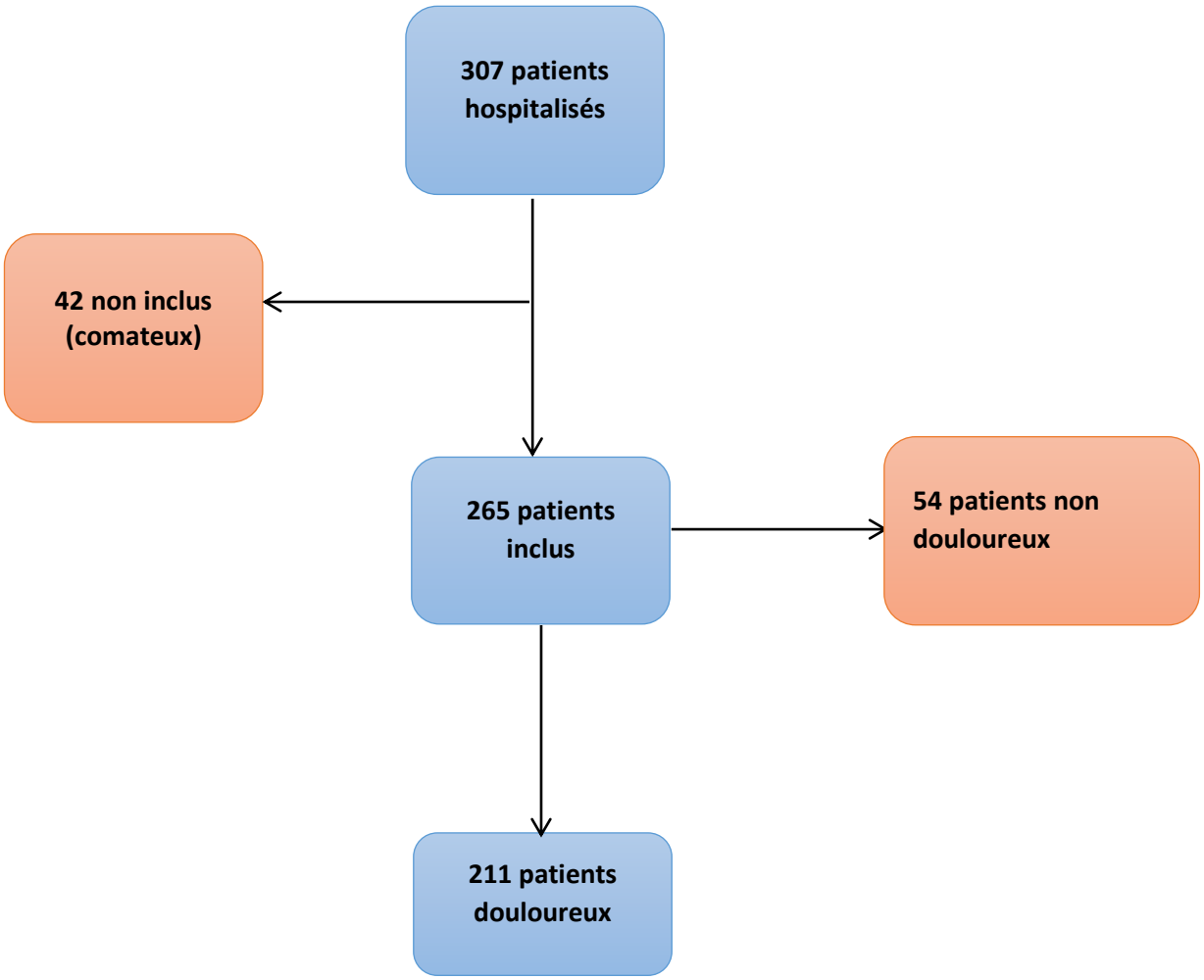


Figure 2 *: Diagramme de flux de recrutement de l'échantillon*

Pendant la période d'étude, 265 patients ont été sélectionnés. Parmi eux, 211 avaient ressenti une douleur au début ou en cours d'hospitalisation. La fréquence hospitalière de la douleur dans notre étude était de 79,62%.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 12,87 ± 4,42 jours avec les extrêmes de 1 et 240 jours.

Les services où tous les malades étaient algiques étaient la traumatologie, la rhumatologie, la neurologie et la psychiatrie (**tableau II)**

Tableau II *: Répartition des patients en fonction des services*

	Patient douloureux	Total patient	Fréquence douleur (%)
Neurologie	06	06	100,00
Rhumatologie	13	13	100,00
Médecine interne	04	07	57,14
Gastrologie	05	07	71,43
Endocrinologie	03	04	75,00
Néphrologie	05	07	71,43
Cardiologie	06	11	54,55
MPR	00	02	0,00
CUGO	32	40	80,00
Psychiatrie	01	01	100,00
Chirurgie viscérale	15	17	88,24
Traumatologie	43	43	100,00
Urgence	32	45	71,11
Pédiatrie	10	15	66,67
ORL	13	14	92,86
Hématologie	08	14	57,14
Chirurgie pédiatrique	04	05	80,00
Urologie	11	14	78,57
Total	211	265	79,62

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients

✓ **Sexe**

Cent vingt patients (soit 56,87%) étaient de sexe masculin et 91 (soit 43,13%) de sexe féminin. Le sex-ratio H/F est de 1,31.

✓ **Age**

L'âge moyen des patients est de 37,6 ±2,28 ans et les extrêmes de 3 et 89 ans. Les tranches d'âge de 20 à 40 ans étaient les plus représentées (figure 3).

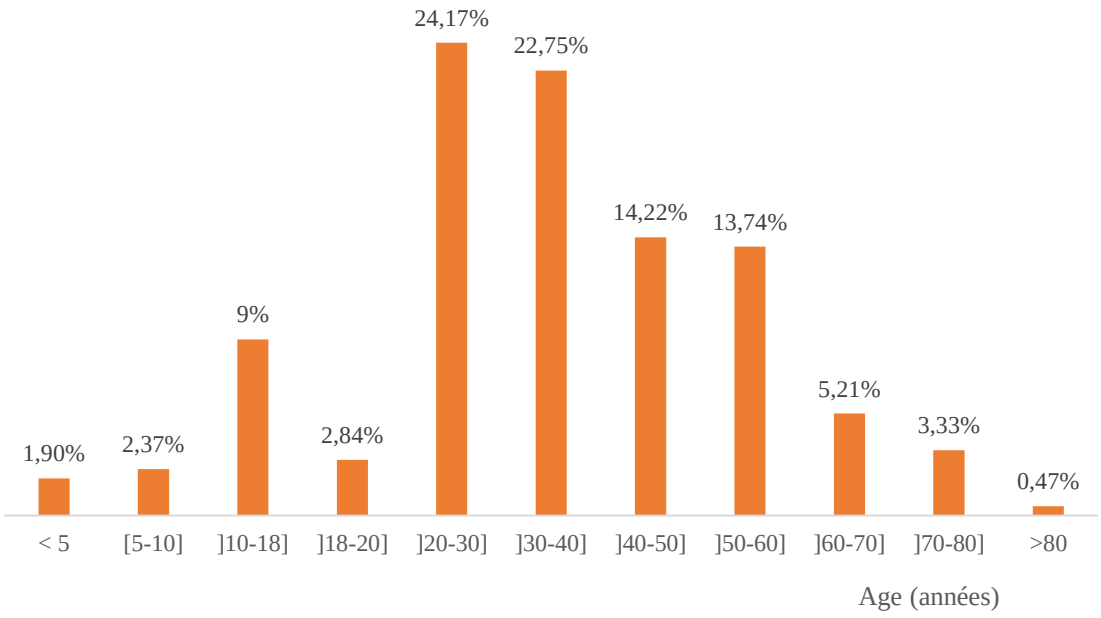


Figure 3 *: Répartition des patients selon l'âge*

✓ **Niveau d'instruction et profession**

Tableau III: *Répartition des patients selon le niveau d'instruction et la profession*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Profession		
Commerçant	70	33,17
Salarié	45	21,33
Elève/étudiant	25	11,85
Artisan	23	10,90
Paysan/pêcheur	16	07,58
Sans emploi	13	06,16
Retraité	12	05,69
Ménagère	07	03,32
Niveau d'instruction		
Non instruit	31	14,69
Primaire	46	22,80
Secondaire	68	32,22
Supérieur	66	31,27

Près des deux tiers (63,49 %) des patients ayant ressenti une douleur avaient au moins le niveau secondaire. Les commerçants étaient les plus représentés.

✓ **Ethnie**

Tableau IV *: Répartition des patients selon l'ethnie*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Fon et apparentés	102	48,34
Mina et apparentés	11	05,21
Goun et apparentés	50	23,70
Bariba	04	01,90
Yoruba et apparentés	25	11,85
Dendi	04	01,90
Peulh	04	01,90
Mahi	04	01,90
Autre	07	03,32
Total	211	100,00

Les ethnies fon et apparentés étaient les plus représentées.

3.1.2 Caractéristiques de la douleur des patients hospitalisés

3.1.2.1 Au début ou en cours d'hospitalisation

✓ **Caractéristiques de la douleur**

Parmi les patients douloureux, 113 ont déclaré avoir été évalué par les soignants (53,55%). Les résultats de l'évaluation de la douleur ont été consignés dans le dossier médical chez 55 patients (26,06%). La figure 4 indique les outils utilisés pour l'évaluation ; L'EVS et l'EN étaient les outils les plus utilisés.

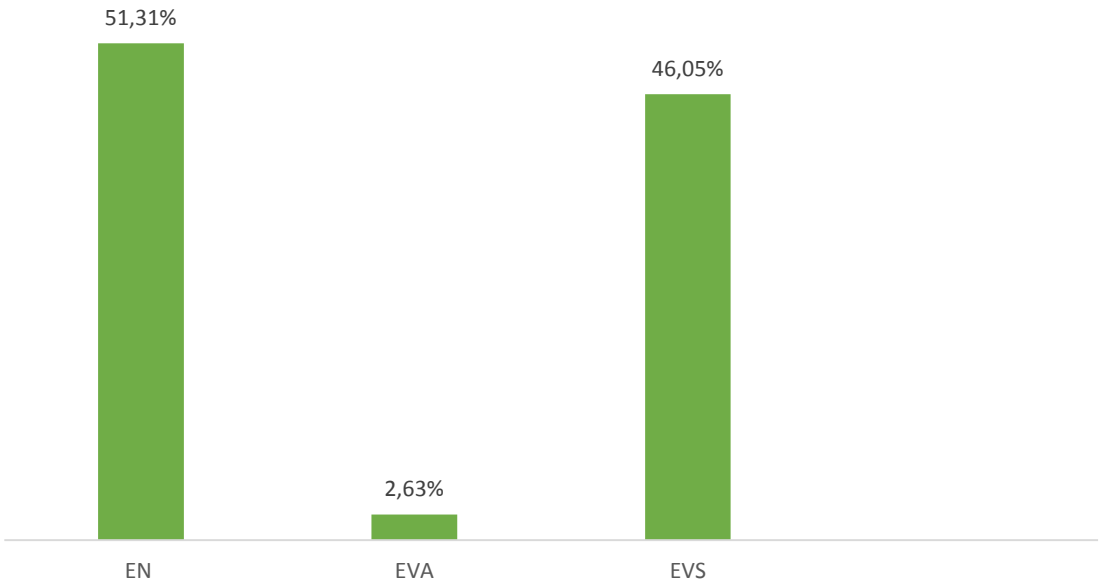


Figure 4:*Répartition des patients selon l'échelle utilisée pour l'évaluation de la douleur*

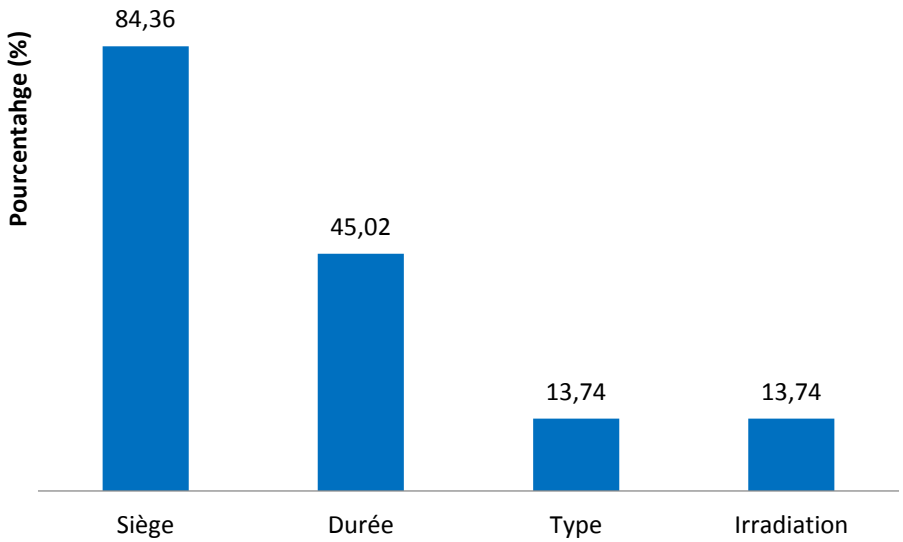


Figure 5: *Répartition des patients selon la précision du siège, de la durée du type et de l'irradiation dans le dossier médical*

La durée, le type et l'irradiation de la douleur avaient été renseignés pour moins de 50% des patients douloureux ; le siège était la caractéristique de la douleur la plus renseignée dans le dossier médical (84,36%).

Mécanisme de la douleur

Le mécanisme de la douleur (nociceptif ou neuropathique) avait été renseigné pour trois patients (2,65%) et il s'agissait essentiellement du type neuropathique.

Intensité

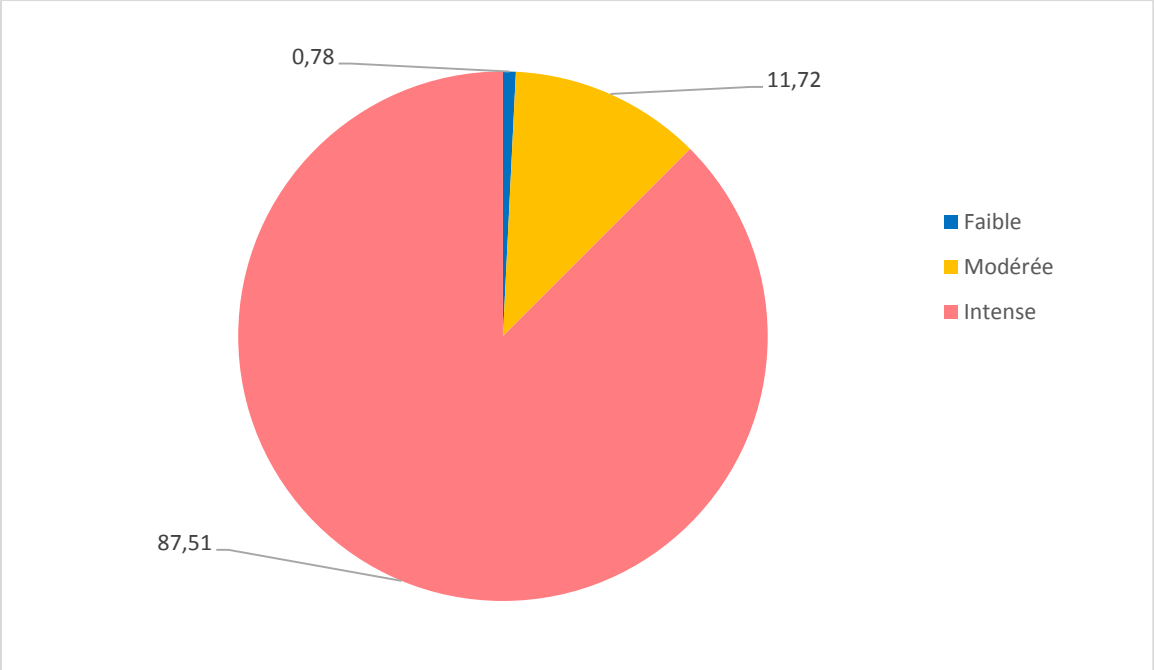


Figure 6*: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur*

La douleur était intense pour la majorité (87,51%) des patients.

Retentissement de la douleur

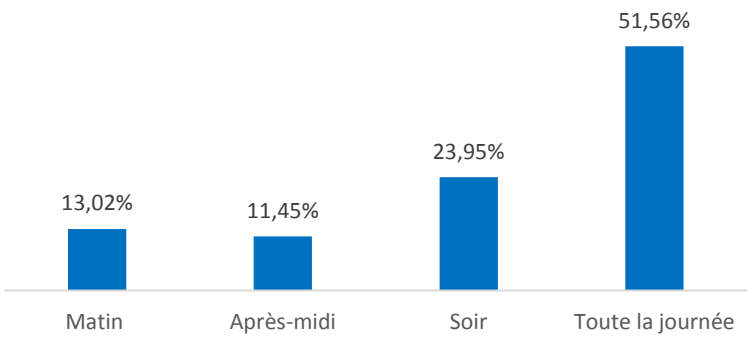


Figure 7*: Répartition des patients selon la période de la journée où la douleur a été la plus intense.*

Pour plus de la moitié (51,56%) des patients, la douleur a été intense toute la journée.

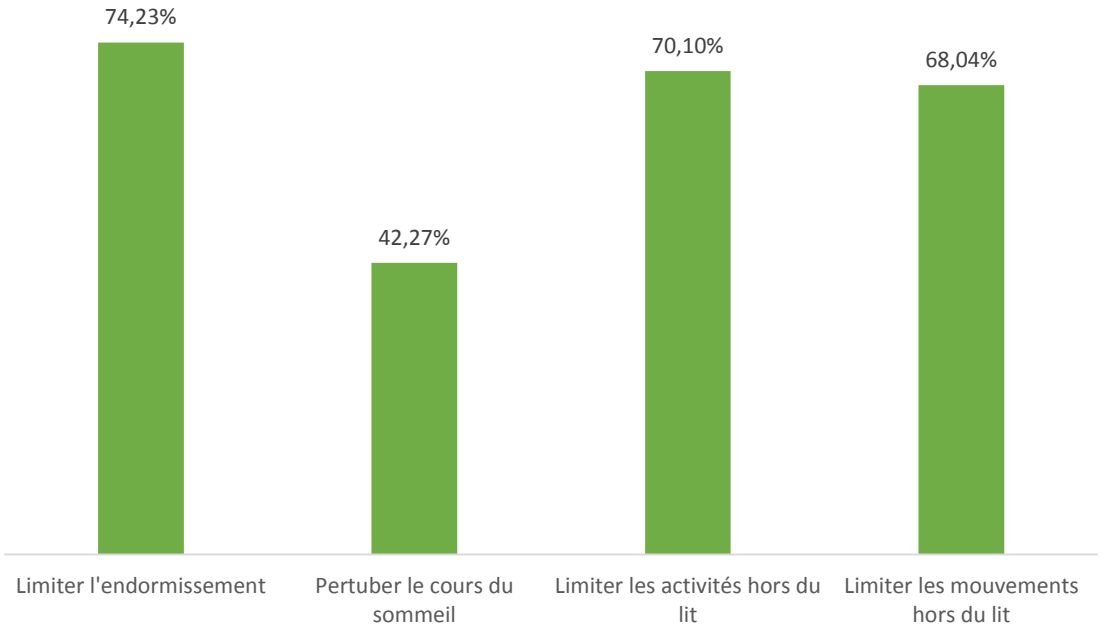


Figure 8*: Répartition des patients selon l'influence de la douleur sur les activités.*

La douleur limite l'endormissement chez 74,23% des patients douloureux.

3.1.3 Traitement de la douleur

✓ Traitement antalgique médicamenteux

***Tableau V**: Répartition des patients selon le type d'antalgique prescrit sur la pancarte de soins*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Palier I	172	81,51
Palier II	130	61,61
Palier III	12	05,68
Association Palier I et II	99	46,91
Association Palier II et III	04	01,88
Association Palier I et III	02	00,94
Antidépresseurs	01	00,47
Co-antalgie	07	03,29

Les antalgiques de palier I ont été plus utilisés.

Tableau VI *: Répartition des patients selon l'analyse de l'adéquation du traitement*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Traitement adapté au type	152	72,03
Traitement adapté à l'intensité	23	11,00
Heure fixe	165	78,20
Traitement de la cause	152	72,03
Prévention de la douleur (soins/pansements)	03	01,43
Information du patient	51	24,71
Implication du patient dans l'adaptation du traitement	44	20,58

Selon les informations recueillies dans les dossiers, un traitement du symptôme douleur avait été réellement mis en place pour 99,05% des patients. Le traitement était adapté au type de douleur pour 72,03% de ceux-ci ; et il était adapté à l'intensité pour 11%.

- ✓ **Traitement non médicamenteux**

Cent trente patients (soit 62,20%) avaient eu recours à des moyens non médicaux pour soulager leur douleur ; ces moyens ont été proposés par le patient lui-même ou le soignant. Les principaux moyens non médicamenteux sont indiqués dans le tableau VI.

***Tableau VII**: Répartition des patients selon les moyens non médicamenteux utilisés par les patients eux-mêmes*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Prière	112	86,15
Massage	38	29,23
Méditation	22	16,92
Ecouter la musique	19	14,62
Phytothérapie	12	09,23
Respiration profonde	07	05,38
Marche	04	03,08
Rééducation	02	01,54
Application à froid	01	00,77
Chaleur	01	00,77
Réflexologie	01	00,77

La prière est le moyen non médicamenteux le plus utilisé suivi du massage.

Les moyens non médicamenteux avaient été proposés par l'équipe soignante pour 41 patients (soit 19,43%). La figure 9 renseigne sur ces moyens proposés.

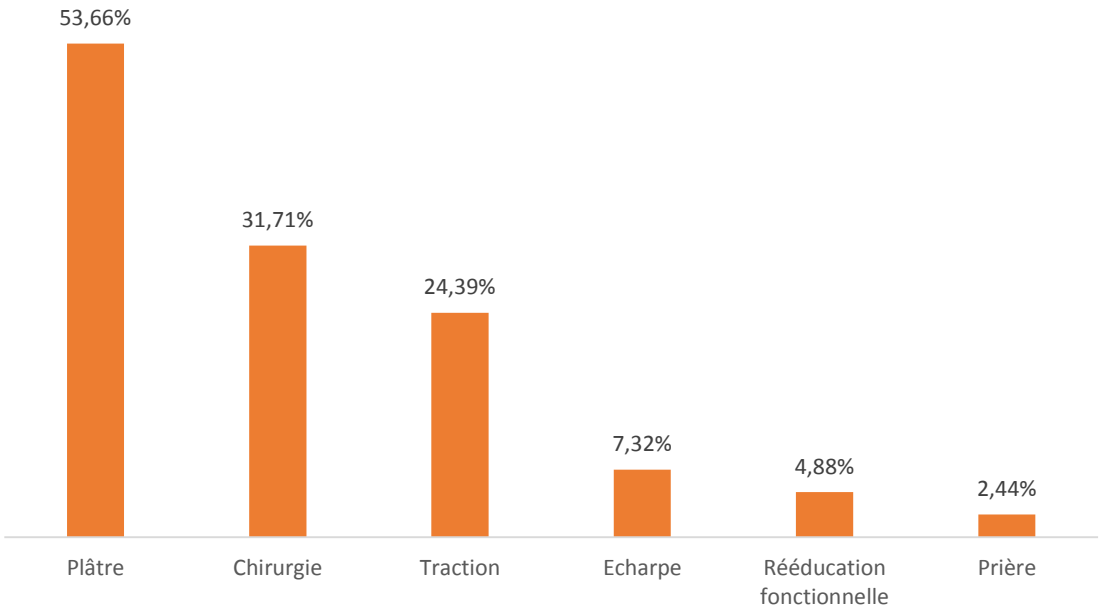


***Figure 9**: Répartition des patients selon les moyens non médicamenteux proposés aux patients*

Le plâtre était le moyen non médicamenteux le plus utilisé.

- ✓ **Effet du traitement antalgique**

Soulagement de la douleur

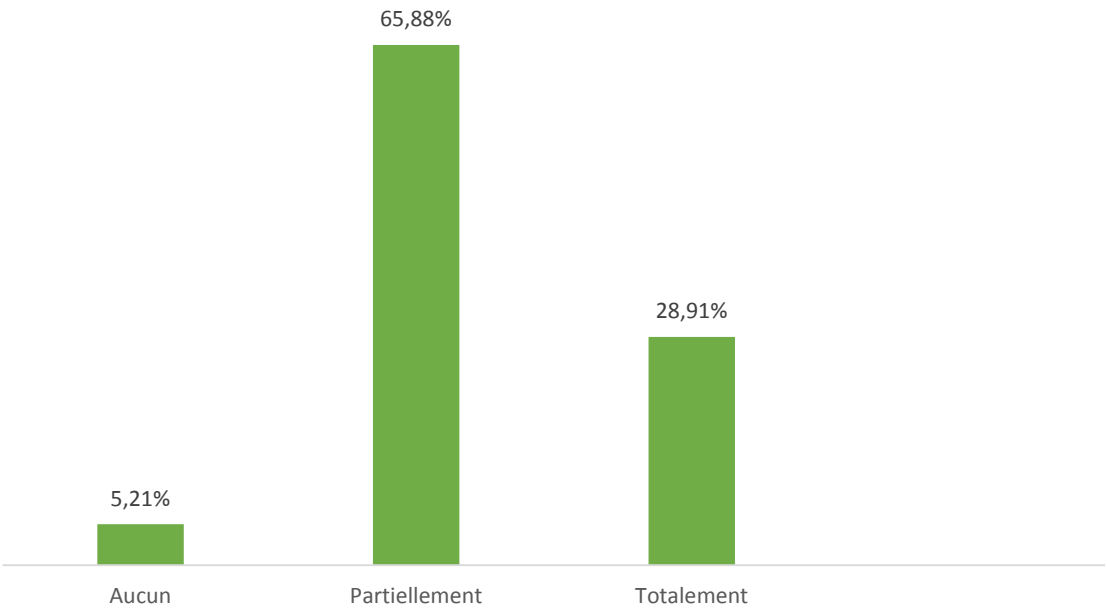


Figure 10 *:Répartition des patients selon le soulagement de la douleur obtenu après traitement*

Le traitement antalgique n'a eu aucun effet chez 5,21% des patients et 65,88% n'ont eu qu'un contrôle partiel de la douleur.

Effets secondaires du traitement médicamenteux annoncé par le malade

Quarante-deux patients avaient signalé des effets secondaires suite au traitement.

Les résultats se présentent comme suit :

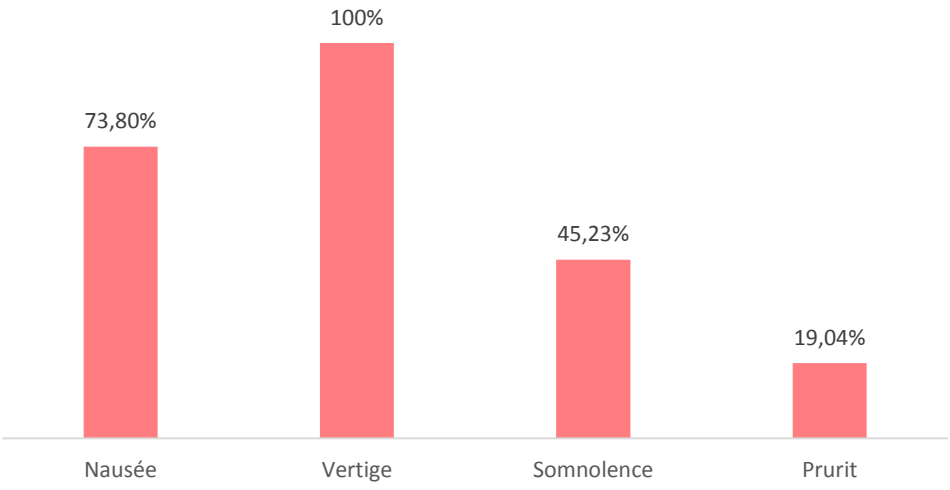


Figure 11 *: Répartition des patients selon les effets secondaires*

Le vertige est l'effet secondaire retrouvé chez tous les patients ayant ressenti des effets secondaires.

✓ **Surveillance et réévaluation**

Tableau VIII *:Répartition des patients selon la surveillance et la réévaluation du traitement*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Réévaluations après mise en route du traitement	130	62,20
Ajustement du traitement en fonction des résultats de la réévaluation	44	33,84
Contrôle de la douleur après réajustement	18	40,90

3.1.4 Appréciation globale de la prise en charge de la douleur par le malade

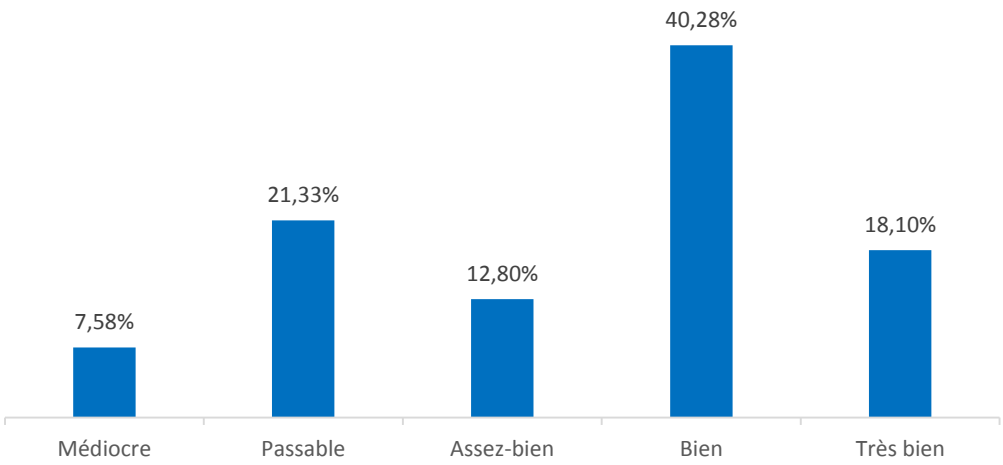


Figure 12*: Répartition des patients selon leur appréciation globale de la prise en charge de la douleur*

***Tableau IX**: Moyenne de la note sur 10 accordée par les patients par service*

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Traumatologie	06,89	07,0	01	10
Urgence	05,60	05,5	02	10
ORL	07,53	08,0	04	10
Chirurgie viscérale	06,92	07,0	04	10
CUGO	06,44	07,0	02	09
Rhumatologie	07,15	07,0	05	10
Cardiologie	06,83	07,0	05	08
Urologie	07,50	08,0	06	08
Pédiatrie	09,40	10,0	08	10
Néphrologie	06,50	08,0	00	10
Neurologie	07,10	07,0	05	09
Gastrologie	06,00	06,0	05	07
Hématologie	06,50	06,5	06	07
Chirurgie pédiatrique	10,00	10,0	10	10
Endocrinologie	05,30	05,0	04	07
Médecine interne	06,00	05,5	05	08
Psychiatrie	09,00	09,0	09	09

La prise en charge de la douleur était passable en endocrinologie ; assez-bien en médecine interne, gastrologie, gynécologie-obstétrique, urgences ; bien en cardiologie, rhumatologie, chirurgie viscérale, ORL, traumatologie et très bien en psychiatrie, chirurgie pédiatrique et pédiatrie.

3.1.5 Évaluation de la douleur le jour de l'étude

Cent-trente-six patients ressentaient toujours de la douleur au cours de la période d'étude (soit 64,45%).

L'EVA avait été utilisée pour évaluer la douleur chez 44 patients (soit 32,35%) l'EN chez 40 patients (soit 29,41%) et l'EVS chez 52 patients (soit 38,23%).

Les résultats de l'évaluation de la douleur à l'EVA, à l'EN et l'EVS se présentent dans le tableau ci-après.

Tableau X *: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur évaluée à l'autoévaluation le jour de l'étude*

	Effectifs **(n= 136)**	Pourcentages (%)
Douleur faible	23	16,91
Douleur modérée	78	57,35
Douleur intense	35	25,74

Au cours de la période d'étude, 83,09% avaient encore au moins une douleur modérée ou intense.

3.1.6 Facteurs associés au contrôle de la douleur chez les patients au CNHU-HKM de Cotonou.

Tableau XI *: Répartition des patients selon l'influence de l'âge et du sexe sur la douleur*

	Douleur		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Sexe					
Masculin	120	26	0,7	1	
Féminin	91	28		1,47	0,38 - 1,28
Age (années)					
< 5	04	02		1	
[5 - 10]	05	01		01,36	0,22 - 3,6
]10 - 18]	19	07		01,96	0,3 - 6,3
]18 - 20]	06	03		02,10	0,32 - 4,8
] 20 - 30]	51	08	0,6	03,10	0,2 - 9,1
] 30 - 40]	48	07		02,60	0,23 - 6,2
] 40 - 50]	30	09		01,38	0,4 - 5,2
] 50 - 60]	29	08		07,10	0,33 - 8,2
] 60 - 70]	11	04		05,20	0,8 - 10,2
] 70 - 80]	07	03		07,40	0,9 - 12,5
> 80	01	01		02,30	0,5 - 5,5

Le sexe et l'âge n'ont aucune influence sur la douleur.

***Tableau XII**: Répartition des patients selon l'influence de l'âge et le sexe sur le contrôle de la douleur*

	Douleur contrôlée		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Sexe					
Masculin	76	44	0,69	1	
Féminin	60	31		1,12	0,63 - 1,98
Age (années)					
< 5	1	3		1	
[5 - 10]	4	1		2,4	0,22 - 3,8
]10 - 18]	10	9		1,23	0,12 - 4,6
]18 - 20]	3	3	0,27	4,2	0,28 - 7,12
] 20 - 30]	38	13		1,23	0,07 - 5,1
] 30 - 40]	30	18		1,36	0,28 - 4,5
] 40 - 50]	22	8		2,1	0,28 - 6,2
] 50 - 60]	20	9		5,1	0,8 - 7,8
] 60 - 70]	4	7		4,1	0,31 - 8,1
] 70 - 80]	4	3		3,3	0,22 - 6,12
> 80	0	1		1,2	0,12 - 2,8

Le sexe et l'âge n'ont aucune influence sur le contrôle de la douleur

3.2 Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des soignants en matière de prise en charge de la douleur

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des soignants

Le service d'origine a été renseigné par 135 agents de santé sur 193. Les résultats se présentent dans le tableau ci-après.

Tableau XIII *: Répartition des soignants selon le service*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Pédiatrie	19	14,07
Médecine interne	16	11,85
Urgence	16	11,85
Traumatologie	14	10,37
Réanimation	09	06,67
Chirurgie viscérale	08	05,93
Néphrologie	08	05,93
Endocrinologie	06	04,44
Chirurgie pédiatrique	05	03,70
CUGO	05	03,70
Gastrologie	04	02,96
Neurologie	04	02,96
Rhumatologie	04	02,96
ORL	04	02,96
Hématologie	04	02,96
Urologie	04	02,96
Cardiologie	02	01,48
MPR	02	01,48
Psychiatrie	01	00,74
Total	135	100,00

La pédiatrie, les urgences et la médecine interne étaient les plus représentés.

- ✓ **Age**

L'âge moyen des soignants est de 29,92 ±1,49 ans avec des extrêmes de 19 et 60 ans.

Tableau XIV *:Répartition des patients selon la tranche d'âge*

	Effectifs	Pourcentages (%)
≤ 20	08	05,93
20 – 30	85	62,96
30 – 40	21	15,56
40 – 50	17	12,59
> 50	04	02,96
Total	135	100,00

La grande majorité des soignants avaient entre 20 et 30 ans d'âge.

- ✓ **Sexe**

Les soignants ayant participé à l'étude sont en majorité de sexe masculin (71,5%).

✓ **Statut professionnel**

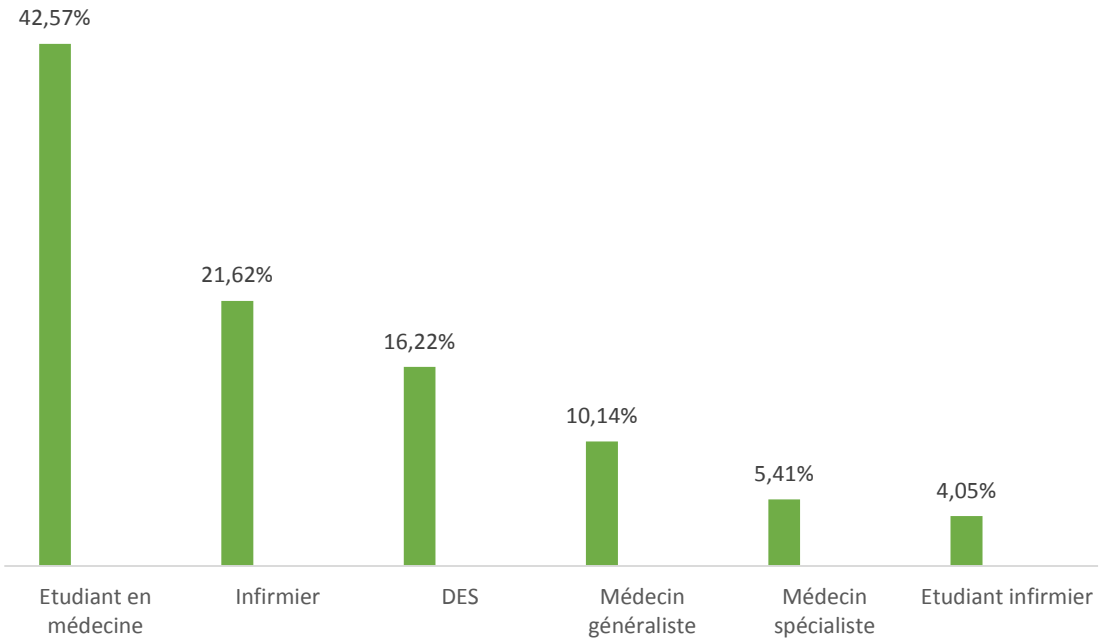


***Figure 13**: Répartition des soignants selon le statut professionnel*

Les étudiants en médecine étaient les plus représentés.

3.2.2 Connaissances

***Tableau XV** : Répartition des soignants selon leur connaissance de la définition de la douleur selon l'IASP*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Oui	100	51,81
Non	93	48,19
Total	193	100,00

Près de la moitié des soignants ne connait pas la définition de la douleur selon l'IASP.

***Tableau XVI**: Répartition des soignants selon la méthode de reconnaissance de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
En se basant sur les plaintes du malade	144	74,61
Par des examens paracliniques	11	05,70
Ne sait pas	38	19,69
Total	193	100,00

Le quart des soignants (25,39%) ne connait pas la méthode de reconnaissance de la douleur chez un patient.

Tableau XVII *: Répartition des soignants selon leur connaissance des éléments qui permettent de caractériser une douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Mode de début	126	85,71
Siège	133	90,48
Intensité	143	97,28
Type	125	85,03
Irradiation	130	88,44
Durée	121	82,31
Rythme	99	67,35
Facteurs aggravants	130	88,44
Facteurs calmants	122	82,99
Signes associés	113	76,87
Facteurs déclenchant	3	02,04
EVS	1	0,68
Evolution	1	0,68
Ne sait pas	1	0,68
Connaissance de toutes les caractéristiques	73	37,82

Plus de la moitié des soignants (62,17%) ne connait pas toutes les caractéristiques de la douleur. L'intensité était la caractéristique de la douleur la plus citée.

Tableau XVIII *: Répartition des soignants selon leur connaissance des différents types et du mécanisme de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Durée		
Douleur aigue et chronique	136	70,47
Ne sait pas	57	29,53
Mécanisme		
Douleur nociceptive – neuropathique	36	18,65
Douleur nociceptive - neuropathique – mixte	73	37,82
Ne sait pas	84	43,52

Plus du quart (29,53%) des soignants ne connait pas les types de douleur selon la durée et 43,52% ne connaissent pas les mécanismes de la douleur

***Tableau XIX**: Répartition des soignants selon la connaissance des caractéristiques de la douleur ayant rapport avec une douleur nociceptive.*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Brûlure	88	45,59
Picotement	36	18,65
Fourmillement	20	10,36
Torsion	77	39,89
Tiraillement	68	35,23
Décharge électrique	27	13,98
Coup de poignard	81	41,96
Point de côté	75	38,86
Engourdissement	13	06,73
Serrement	56	29,01
Démangeaison	20	10,36
Sensation de froid douloureux	22	11.39
Torsion, tiraillement, coup de poignard, point de côté, serrement	36	18,65
Ne sait pas	77	39,89

Moins du cinquième des soignants (18,65%) a réussi à citer exactement les caractéristiques en rapport avec la douleur nociceptive.

***Tableau XX**: Répartition des soignants selon leur connaissance des caractéristiques ayant rapport avec la douleur neuropathique*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Brûlure	48	24,87
Picotement	87	45,07
Fourmillement	103	53,36
Torsion	6	03,10
Tiraillement	19	09,84
Décharge électrique	92	47,66
Coup de poignard	7	03,62
Point de côté	7	03,62
Engourdissement	76	39,37
Serrement	19	09,84
Démangeaison	45	23,31
Sensation de froid douloureux	64	33,16
Brûlure, picotement, fourmillement, décharge électrique, engourdissement, démangeaison, sensation de froid douloureux	15	07,77
Ne sait pas	67	34,71

Seulement 7,78% des soignants arrivent à identifier toutes les caractéristiques en rapport avec une douleur neuropathique.

Modes et échelles d'évaluation de la douleur

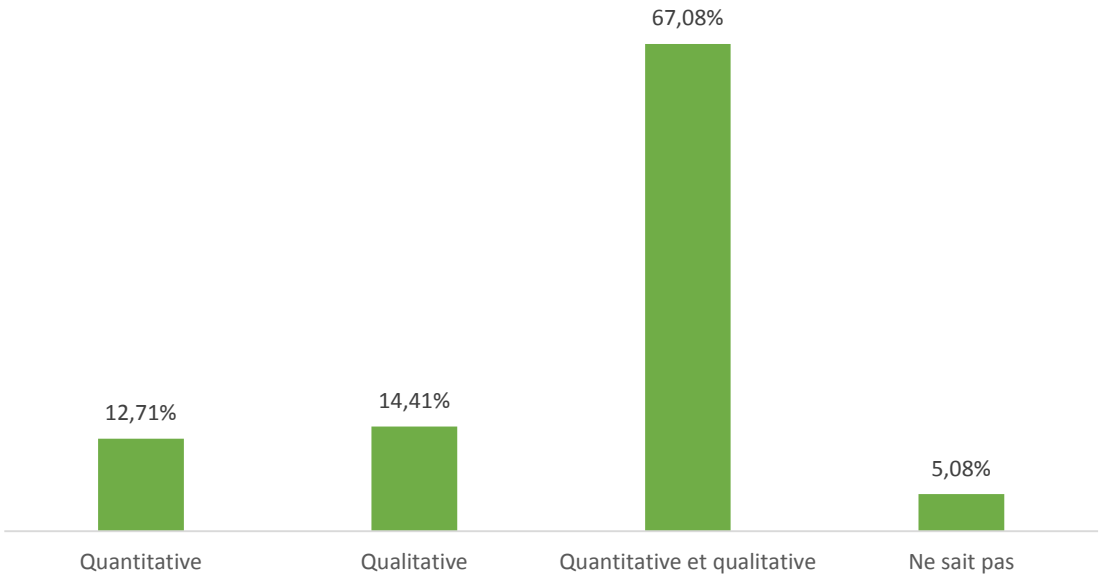


Figure 14 *: Répartition des soignants selon leur connaissance du mode d'évaluation de la douleur*

67,80% des soignants savent que l'évaluation de la douleur doit être à la fois quantitative et qualitative.

Tableau XXI *: Répartition des soignants selon leur conception de l'évaluateur de la douleur.*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Le patient lui-même (auto-évaluation)	84	87,50
Le soignant (hétéro-évaluation)	73	76,04
Les deux à la fois	62	64,58
Ne sait pas	1	1,04

La majorité des soignants a répondu que le patient et le soignant à la fois peuvent évaluer la douleur.

Tableau XXII *: Répartition des soignants selon leur connaissance des échelles d'auto évaluation de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Echelle numérique	94	48,70
Échelle Visuelle Analogique (EVA)	90	46,63
Échelle Verbale Simple	85	44,04
EN, EVA, EVS	59	30,56
Ne sait pas	70	36,26

Trente virgule cinquante-six pour cent des soignants reconnaissent à la fois l'EN, l'EVA, et l'EVS comme des outils d'auto évaluation de la douleur.

Tableau XXIII *: Répartition des soignants selon leur connaissance des échelles d'hétéro évaluation de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Echelle doloplus	21	10,88
Behavioral Pain Scale (BPS)	25	12,95
Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée (ECPA)	30	15,54
Echelle Algoplus	15	7,77
Evendol	10	5,18
Échelle Comportementale de la douleur (CPOT)	31	16,06
Echelle Doloplus, BPS, ECPA, Echelle Algoplus, Evendol	6	3,10
Ne sait pas	106	54,92

Seulement 3, 10% des soignants avaient cité toutes les échelles et plus de la moitié des soignants (54,92%) ne connait pas les échelles d'hétéro évaluation de la douleur.

***Tableau XXIV**: Répartition des soignants selon leur connaissance des domaines de retentissement de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Sommeil	143	74,09
Vie sexuelle	127	65,80
Habitude	122	63,21
Vie sociale	126	65,28
Comportement	132	68,39
Psychologique	132	68,39
Aucun aspect de la vie du patient	03	1,55
Qualité de vie	01	0,51
Rendement professionnel	01	0,51
Travail	01	0,51
Ne sait pas	47	24,35

Le sommeil, le comportement et l'état psychologique sont les aspects les plus cités par les soignants comme pouvant être affectés par la douleur.

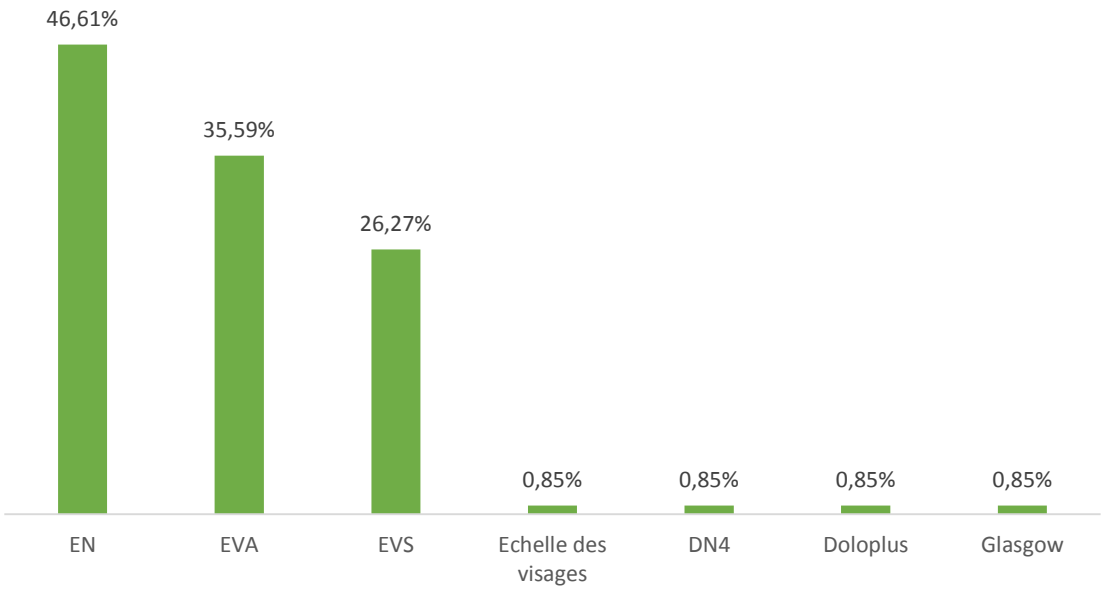


Figure 15 *: Répartition des soignants selon la méthode/échelle de la douleur la plus souvent utilisée*

L'EN, l'EVA et l'EVS sont respectivement les échelles les plus souvent utilisées.

DN4

Trente-trois soignants (soit 17,09%) connaissent le DN4 et 21 (soit 63,64%) déclarent l'avoir déjà utilisé.

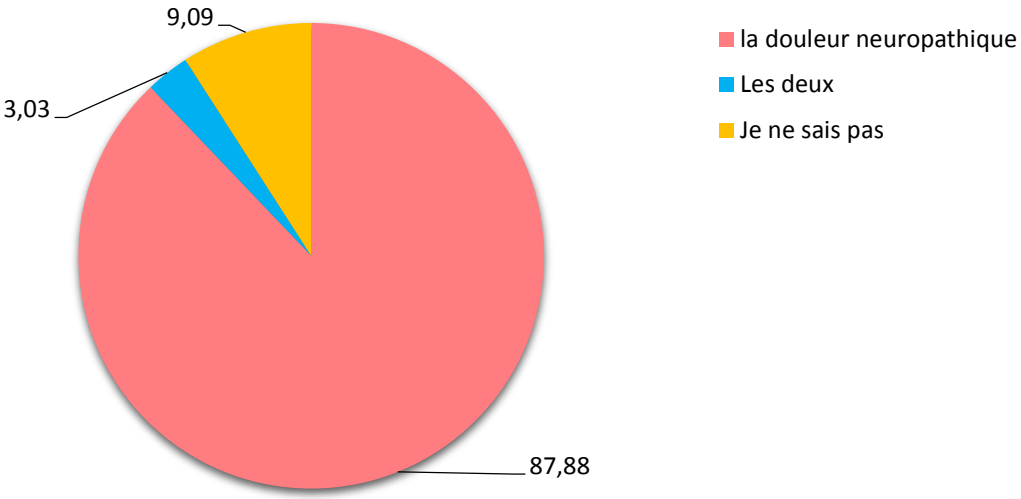


Figure 16 *:Répartition des soignants selon leur connaissance de l'utilité du DN4*

La majorité des soignants qui connaissent le DN4 (soit 87,88%) pense qu'il s'utilise pour évaluer la douleur neuropathique.

Traitement de la douleur

Tableau XXV *: Répartition des soignants selon leur connaissance des indications du traitement de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Prévention	97	50,25
Le traitement du symptôme douleur	126	65,28
Le traitement de la cause de la douleur ou de la maladie sous-jacente	128	66,32
Connaissance de tous les volets	82	42,48
Ne sait pas	52	26,94

Quatre-vingt-deux soignants (soit 42,48%) connaissent tous les volets qu'impliquent le traitement de la douleur.

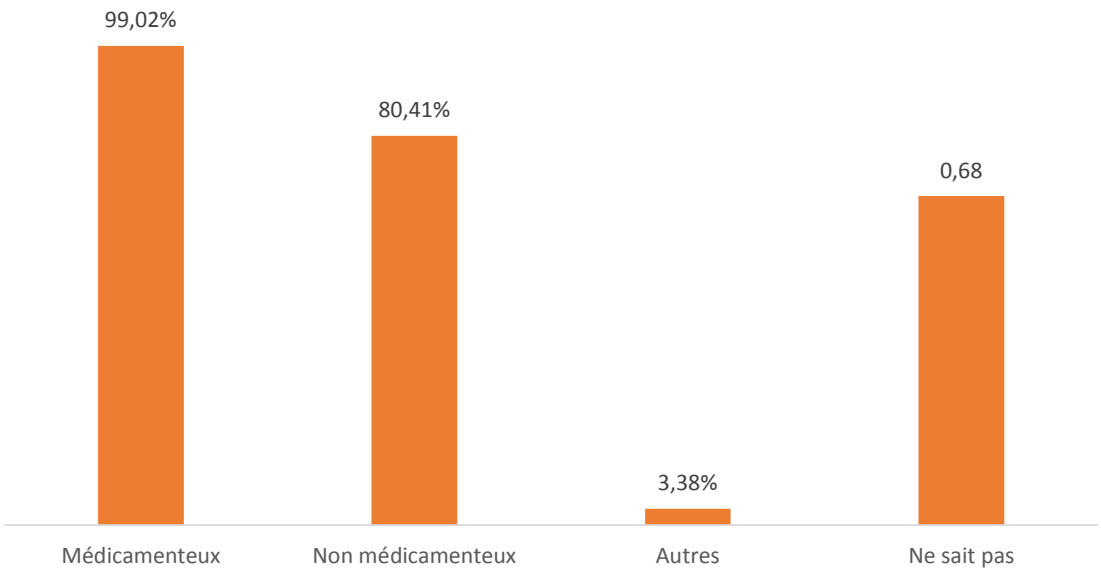


Figure 17*: Répartition des soignants selon les moyens de traitement de la douleur qu'ils connaissent*

Cent-dix-neuf répondants ont cité à la fois les moyens médicamenteux et non médicamenteux pour traiter la douleur.

Classes d'antalgique

***Tableau XXVI**: Répartition de la connaissance des soignants selon les antalgiques*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Les antalgiques périphériques (Palier I)	142	73,57
Les antalgiques centraux faibles (Palier II)	140	72,53
Les antalgiques centraux puissants (Palier III)	137	70,98
Ne sait pas	50	25,90

Cent-trente-six soignants (70,46%) connaissent tous les paliers d'antalgiques

***Tableau XXVII** : Répartition des soignants selon leur connaissance des antalgiques de Palier*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Paracétamol	135	69,94
Codéine	47	24,35
Morphine	17	08,80
Fentanyl	02	01,03
Buprénorphine	05	02,59
Aspirine	102	52,84
Tramadol	34	17,61
Hydromorphone	01	00,51
Oxycodone	04	02,07
Néfopam	61	00,31
Nalbuphine	02	01,03
AINS	99	51,29
Tous les antalgiques du palier 1	45	23,31
Ne sait pas	54	27,97

Quarante-cinq soignants (23,31%) seulement citent à la fois le paracétamol, l'aspirine, les AINS et le néfopam comme étant les antalgiques de Palier 1.

Tableau XXVIII *: Répartition des soignants selon leur connaissance des antalgiques de Palier 2.*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Paracétamol	18	09,32
Codéine	93	48,18
Morphine	15	07,77
Fentanyl	12	06,21
Buprénorphine	14	07,25
Aspirine	12	06,21
Tramadol	96	49,74
Hydromorphone	10	05,18
Oxycodone	06	03,11
Néfopam	47	24,35
Nalbuphine	11	05,69
AINS	14	07,25
Tous les antalgiques de palier 2	78	40,41
Ne sait pas	62	32,12

Plus de la moitié (59,58%) des soignants ne connait pas les antalgiques de Palier 2.

Tableau XXIX *: Répartition des patients selon leur connaissance des antalgiques de Palier 3*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Paracétamol	01	00,51
Codéine	13	06,73
Morphine	124	64,24
Fentanyl	102	52,84
Buprénorphine	88	45,59
Aspirine	00	0
Tramadol	09	04,66
Hydromorphone	61	31,60
Oxycodone	57	29,53
Néfopam	09	04,66
Nalbuphine	56	29,01
AINS	02	01,03
Tous les antalgiques de palier 3	38	19,68
Ne sait pas	155	80,31

Près de la totalité des soignants (80,31%) ne connait pas tous les antalgiques de Palier 3.

Tableau XXX *: Répartition des soignants selon leur connaissance des principes généraux de prescription du traitement antalgique*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Adapté au type de douleur	124	64,24
Adapté à l'échelle analgésique	109	56,47
En commençant toujours par le palier le plus bas et monter graduellement	93	48,18
Adapté aux besoins du malade	82	42,78
Sur demande du malade	10	5,18
A heure fixe	44	20,72
Administré de la façon la plus simple pour le malade	79	40,93
Par voie orale de façon préférentielle	49	25,38
Plutôt par voie injectable	08	04,14
Tous les principes	17	08,80
Ne sait pas	53	27,46

Dix-sept soignants (8,80%) connaissent les principes généraux de prescription des antalgiques

Traitement de douleurs nociceptives et neuropathiques

Tableau XXXI*: Répartition des soignants selon leur connaissance des classes thérapeutiques utilisées dans le traitement des douleurs nociceptive et neuropathique*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Douleur nociceptive		
Antidépresseurs	22	11,39
Corticoïdes	30	15,54
Biphosphonates	07	03,62
Anti convulsivants	11	05,69
Paliers de l'OMS	68	35,23
Myorelaxants	54	27,97
Anti migraineux	25	12,95
Antispasmodiques	55	28,49
Anesthésiques locaux	49	25,38
AINS	02	01,03
Connaissance de toutes les classes	68	35,23
Ne sait pas	39	20,20
Douleur neuropathique		
Antidépresseurs	76	39,38
Corticoïdes	30	15,54
Biphosphonates	07	03,62
Anti convulsivants	36	18,65
Paliers de l'OMS	41	21,24
Myorelaxants	44	22,79
Anti migraineux	39	20,20
Antispasmodiques	10	05,18
Anesthésiques locaux	29	15,02
Neurostimulation	01	0,05
Connaissance de toutes les classes	07	03,62
Ne sait pas	27	13,98

Soixante-huit soignants reconnaissent les paliers de l'OMS comme la classe thérapeutique pouvant être utilisée dans le traitement de la douleur nociceptive et

7 reconnaissent à la fois les antidépresseurs, les anticonvulsivants, les anti migraineux et les paliers OMS comme pouvant être utilisés dans le traitement de la douleur neuropathique.

3.1.1 Attitudes et pratiques

Tableau XXXII*: Répartition des soignants selon la classe d'antalgique prescrite selon l'intensité de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Douleurs faibles		
Palier I	138	71,50
Palier II	03	01,55
Association Palier I et II	03	01,55
Ne sait pas	49	25,39
Douleurs modérées		
Palier I	07	03,63
Palier II	72	37,31
Association Palier I et II	65	33,68
Palier I et III	01	0,52
Palier II et III	01	0,52
Ne sait pas	47	24,35
Douleurs sévères		
Palier II	07	03,63
Palier III	91	47,15
Palier I,II et III	10	05,18
Palier I et III	03	01,55
Palier II et III	35	18,13
Ne sait pas	47	24,35

Cent quarante-un soignants (soit 73,05%) prescrivent les antalgiques du palier I pour les douleurs faibles, 65 (33,68%) les paliers I et II pour les douleurs modérées et 45 (soit 23,31%) les paliers II et III pour les douleurs sévères.

✓ **Morphine : prescription, recours, effets secondaires**

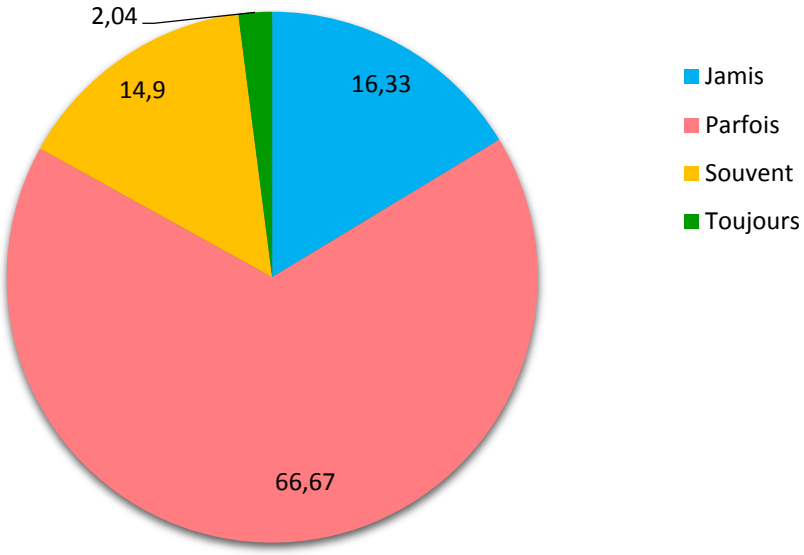


Figure 18 *: Répartition des soignants selon la fréquence de recours à la morphine*

Seulement quinze soignants (7,77%) utilisent de façon usuelle la morphine

Les raisons de la non prescription se présentent dans la figure ci-après.

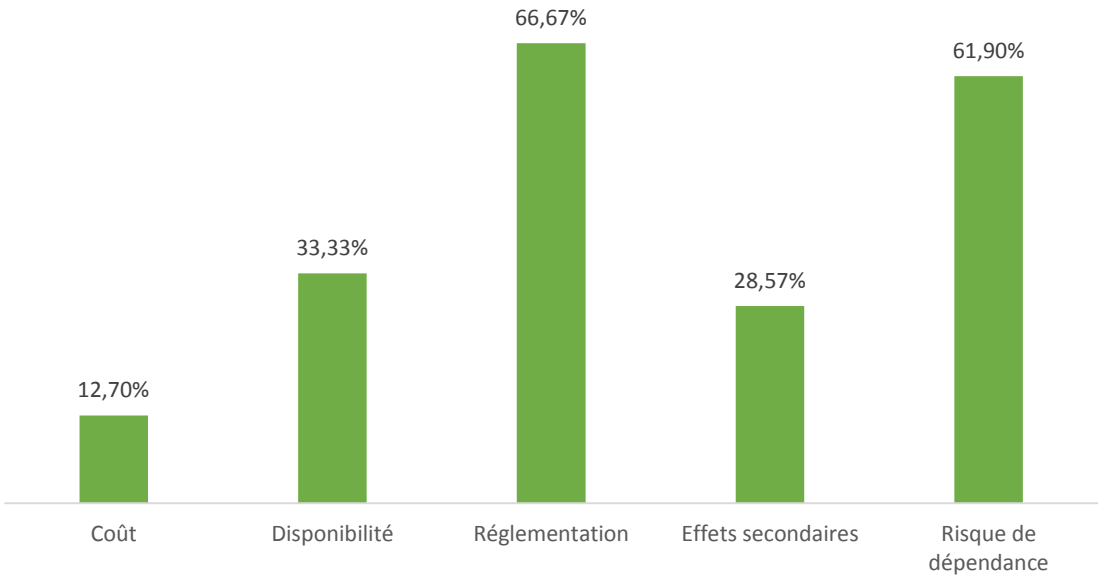


***Figure 19**: Répartition des soignants selon les raisons de non prescription de la morphine de façon usuelle*

La réglementation et le risque de dépendance sont les principales raisons de la non prescription usuelle de la morphine par les soignants.

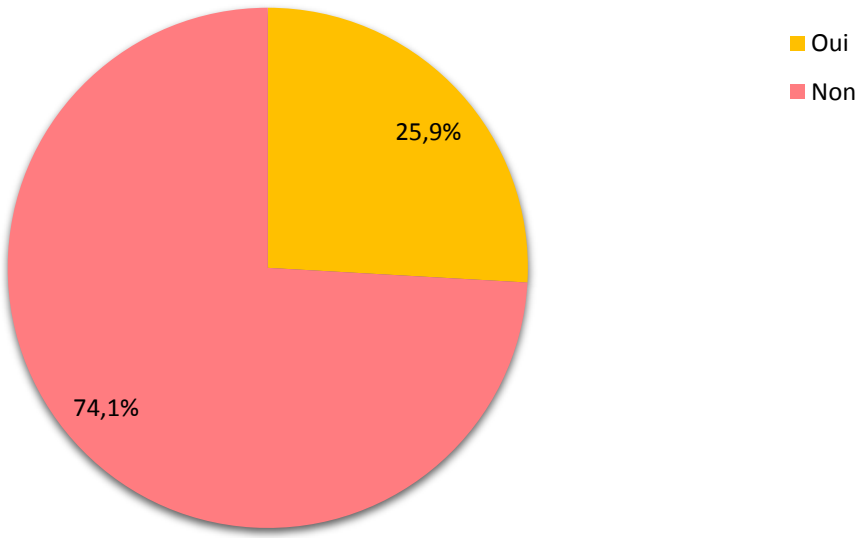


***Figure 20**: Répartition des soignants selon la crainte ou non de prescrire de la morphine.*

***Tableau XXXIII**: Répartition des soignants selon les raisons de la crainte de prescription de la morphine*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Risque de dépendance	28	56
Effets secondaires (Détresse respiratoire)	19	38
Utilisation en dernier recours	01	02
Réglementation / Législation	04	08
Douleur chronique sévère	01	02
Manque d'expérience dans l'emploi	01	02
Disponibilité	01	02
Travail en service non spécialisé	01	02

Le risque de dépendance du patient et les effets secondaires sont les principales raisons de peur de prescription de morphine.

Tableau XXXIV *: Répartition des soignants selon leur connaissance des effets indésirables de la morphine*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Somnolence	84	43,52
Hallucination	63	32,64
Diarrhée	12	06,21
Constipation	53	27,46
Nausée	53	27,46
Vomissement	52	26,94
Rétention d'urine	40	20,72
Myosis	34	17,61
Confusion	54	27,97
Détresse respiratoire	80	41,45
Sécheresse des muqueuses buccales	01	00,51
Tous les effets	02	01,02
Ne sait pas	67	34,71

Seulement deux soignants (1.03%) connaissent tous les effets indésirables de la morphine.

Proposition de traitement non médicamenteux

Quatre-vingt-cinq soignants (22,79%) proposent d'autres traitements à leurs patients en dehors de la thérapie médicamenteuse.

Tableau XXXV *:Répartition des soignants en fonction des moyens non médicamenteux proposés aux patients*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Vessie de glace	27	31,76
Kinésithérapie	22	25,88
Réflexologie/relaxation	07	08,24
Psychothérapie	07	08,24
Repos au lit	06	07,06
Cryothérapie	06	07,06
Distraction	06	07,06
Massage	05	05,88
Hypnothérapie	05	05,88
Position antalgique	04	04,71
Acupuncture	01	01,18
Boire beaucoup d'eau	01	01,18
Bonne Hygiène du dos .	01	01,18
Café thé menthe repos	01	01,18

Disponibilité d'un protocole antalgique

Cinquante-trois soignants (soit 36.05%) affirment l'existence d'un protocole antalgique dans leur service.

Surveillance de la douleur

Tableau XXXVI *: Répartition des soignants selon la documentation ou non de l'évaluation de la douleur*

	Effectifs	Pourcentages (%)
Oui	90	46,63
Non	103	53,37
Total	193	100

46,63% des soignants font effectivement la surveillance et notent les résultats dans les dossiers.

Formation

Seulement quarante-sept soignants (24,35%) affirment avoir reçu une formation en prise en charge de la douleur.

Tableau XXXVII*: Répartition des soignants selon le contexte de la formation reçue sur la prise en charge de la douleur.*

	Effectifs	Pourcentages (%)
En formation initiale	12	26,09
En formation continue	12	26,09
Au cours du cursus académique	31	67,39
Autre	1	2,17

4. DISCUSSION

La discussion de notre travail s'articulera autour des trois points suivants :

- Atteinte des objectifs
- Forces et limites de l'étude
- Commentaires des résultats et comparaison avec les données de la littérature

4.1 Atteinte des objectifs

L'objectif général de cette étude était d'évaluer la gestion de la douleur au CNHU-HKM de Cotonou. Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la douleur chez les patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou
- Apprécier la prise en charge de la douleur chez les patients hospitalisés du CNHU-HKM de Cotonou
- Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en matière de prise en charge de la douleur au CNHU-HKM de Cotonou

Au terme de cette étude, nous pouvons dire que les objectifs définis ont été atteints. D'abord, la prévalence de la douleur a été déterminée. Elle était de 79,62%.

Ensuite, la prise en charge de la douleur chez les patients hospitalisés a été décrite et les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en matière de prise en charge de la douleur ont été évalués. Nous pouvons donc affirmer que les objectifs de cette étude ont été atteints.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale. La méthode d'échantillonnage a consisté en un recrutement exhaustif de tous les patients hospitalisés au CHNU-HKM pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion. Le recrutement des sujets a été fait sur une période d'un mois. Aucune

discrimination n'a été faite lors de l'enrôlement excepté celle établie par les critères de non inclusion. Il n'existe donc pas de biais de sélection, l'échantillon constitué par notre population d'étude peut être représentatif de l'ensemble des patients hospitalisés et des soignants du CNHU.

Nous avons réalisé la collecte des données à l'aide de fiches d'enquêtes patients et soignants administrés à tous les sujets inclus.

Le questionnaire patient renseignait sur les données sociodémographiques, le vécu de la douleur lorsqu'elle existe ainsi que la satisfaction des patients. Les paramètres liés à la douleur de même que la douleur elle-même étant subjectifs, il pourrait y avoir des biais de déclaration liés à la susceptibilité individuelle de chaque patient. Ceci repose sur le fait qu'en présence de facteurs d'incompréhension, l'utilisation de l'EVS reste la méthode de choix [54,76]. Une étude réalisée en 2011 au CNHU-HKM révélait un taux d'échec de 15,02% avec l'EVA, 5,57% avec l'EN et seulement 1,63% avec l'EVS. Il y avait donc beaucoup de difficultés pour utiliser ces outils (avec une difficulté majeure à l'usage de l'EVA) chez nos patients qui sont pour la plupart analphabètes [25]. El Maged en Egypte et Soyhanwo au Nigéria ont souligné les mêmes handicaps qui ont pour dénominateurs communs l'incompréhension et le manque de coopération. L'EVS permettait plus facilement à nos patients d'exprimer l'intensité de leur douleur. Le pourcentage de temps pendant lequel la douleur intense a été ressentie a été remplacé par les tranches de la journée (matin, après-midi, soir), Il était difficile de traduire et de faire comprendre des pourcentages dans les langues locales. Les items qui évaluaient la gêne causée par la douleur, les effets secondaires, la participation au traitement, étaient répondus par "oui" ou "non". Nous avons utilisé les paramètres de l'EVS pour mesurer le degré de soulagement, le degré de satisfaction, l'utilité des informations reçues. Un avantage majeur de notre étude est le fort taux de participation. Tous les patients éligibles avaient accepté d'y

participer. La modification de l'APS POQ-R nous a permis de l'adapter à notre contexte. Excepté les chefs services et la direction du CNHU qui ont été informés de notre travail, le reste de l'équipe médicale n'a pas été informé. Il est possible en effet que les habitudes des soignants concernant l'évaluation, la documentation ou la prise en charge de la douleur auraient été influencées si ces derniers étaient informés des objectifs de notre travail.

Le modèle de Donabedian évalue la douleur suivant 3 paramètres que sont la structure, le processus et les résultats. Un défaut de notre étude est qu'elle ne prend pas en compte les aspects structuraux. Il existe un instrument disponible qui permet d'évaluer la structure mais il a été conçu pour être utilisé aux Etats-Unis où les hôpitaux et les soins de santé ont une structure différente de celle du Bénın [25]. Une possibilité pour de futurs travaux de recherche serait le développement d'un outil approprié d'évaluation de la structure au Bénin.

4.3 Commentaires et comparaison des résultats

4.3.1 Prévalence et prise en charge de douleur chez les patients hospitalisés du CNHU-HKM de Cotonou

4.3.1.1 Caractéristiques socio démographiques

- ✓ **Sexe**

On notait une prédominance masculine à 56,87% avec un sex ratio H/F de 1,31. Nos résultats sont conformes à ceux de de Kpadonou et al. en 2012 au Bénin [23] et Adjien et al. en 2016 au Bénin et Xiao et al. en 2014 en Chine [77] qui ont trouvé une prédominance masculine respectivement de 53,8%, 61% et 51%. Par contre, Costantini et al[78], Strohbuecker et al[21], Vallano et al.[79], Zoëga et al avaient noté plutôt une prédominance féminine. Cette contradiction relevée par

tous ces auteurs dans la littérature pourrait s'expliquer par la prédominance masculine de notre échantillon.

- ✓ **Age**

Des différences significatives étaient rapportées en ce qui concerne l'âge. L'âge moyen de 37,59 ± (2,26 ans) retrouvé dans notre population était proche de ceux de Kpadonou et al. et Adjien et al. en 2016 qui avaient trouvé des âges moyens de 38 et 44,2 ans. En revanche, Zoëga et al en Iceland et Vallano et al en Catalogne trouvaient des âges moyens respectifs de 67ans et 58,4ans. Ces différences pourraient s'expliquer par l'espérance de vie plus importante en Europe.

- ✓ **Ethnie**

Plusieurs ethnies, ont été représentées dans notre étude. Les fons et apparentés étaient les plus représentés (48,34%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nous sommes au Sud du Bénin où les fons prédominent.

- ✓ **Service d'hospitalisation**

De notre étude comme celles de Adjien et al, Costantini et al, Strohbuecker et al Vallano et al, Xiao et al, il ressortait que la douleur était plus fréquente dans les services de chirurgie que ceux de médecine. L'association de la chirurgie à une forte prévalence est bien connue, la douleur étant intimement liée à la chirurgie[78]. Cependant, les services médicaux de neurologie et rhumatologie avaient aussi tous leurs patients algiques.

4.3.1.2 De la prévalence de la douleur

La prévalence de la douleur est élevée et atteint 79,62% dans notre étude. Elle est proche de celle trouvée par Apfelbaum et al. en 2003 aux Etats-Unis (80%) [80], Visentin et al en 2005 en Italie (91,2%) [19], Zoëga et al. en 2014 en Iceland (83%) [75], Adjien et al au Bénin en 2019 (76,7%) [24]. Par contre, elle est plus

importante que celles trouvées par Salomon et al en France en 2002 (55%) [81], Costantini et al en Italie en 2002 (56,6%) [78], Strohbuecker et al en 2005 (63%) [21], Xiao et al. en 2014 en Chine(63,36%)[77]. Dans tous les cas, cette forte prévalence mesurée par notre étude pourrait s'expliquer par l'évaluation non systématique et surtout, sa faible documentation. Seulement la moitié (53,55%) des patients avait bénéficié d'une évaluation de sa douleur et les résultats de l'évaluation n'ont été documentés que pour 26,06%. Cela ne permet pas de savoir d'une part si le patient ressent une douleur et d'autre part de suivre l'évolution de la douleur.

4.3.1.3 Facteurs associés à la douleur

Dans notre étude, la prévalence de la douleur était très importante. Elle était de 79,62%. Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre l'âge et la douleur d'une part (p=0,7) ni entre le sexe et la douleur d'autre part (p=0,6). Ceci confirme donc que la douleur est un phénomène universel, elle ne dépend ni de l'âge ni du sexe de l'individu.

En ce qui concerne le contrôle de la douleur, ces éléments (âge, sexe) n'avaient aucune influence sur le contrôle ou non de la douleur.

La douleur était sévère dans plusieurs cas (29,5% et 35%) selon Maier et al. en 2010[82], Zoëga en 2014 [75]. Cette sévérité était trois fois plus importante dans notre étude (87,51%) et deux fois plus dans celle de Adjien et al. (72,5%) en 2019 au Bénin[24]. Cette importance dans notre étude pourrait s'expliquer par une mauvaise adaptation du traitement à l'intensité de la douleur (11%), un faible ajustement du traitement après réévaluation (33,84%) et une très faible utilisation des antalgiques de Palier 3 (5,68%).

4.3.1.4 Prise en charge de la douleur

Toute bonne prise en charge nécessite une évaluation.

Dans le cas de notre étude, la douleur avait été évaluée chez 53,55% selon les patients et les résultats de l'évaluation de la douleur ont été consignés dans le dossier pour seulement pour 26,06%. Ce qui nous a amené à considérer que seulement cet effectif a réellement été évalué. Ces résultats étaient légèrement différents de ceux de Wadensten et al. [83] en 2011 qui a retrouvé un taux d'évaluation de 38,7%.

Presque tous les patients (99,02%) ont été mis sous traitement antalgique. Les antalgiques de paliers 1 et 2 étaient presque exclusivement utilisés (81,51% et 61,61%) alors que 87,51% des patients avaient une douleur intense. Ceci confirme l'inadéquation entre traitement antalgique mis en place et intensité de la douleur (11%) qui serait dû au défaut d'évaluation de la douleur et à la prescription systématique et routinière d'un type de palier d'antalgique par les soignants.

Seulement 1,41% des patients a reçu une co antalgie. Par contre, Zoëga a trouvé 48% dans son étude. Sachant que la coantalgie pourrait permettre d'avoir une meilleure analgésie, ce faible taux pourrait s'expliquer par une utilisation systématique de l'association palier 1 et 2 qui était de 46,91% ou par une ignorance et/ ou négligence de la part des soignants.

Moins du quart des patients (20,58%) seulement a été vraiment impliqué dans les décisions concernant le traitement de leur douleur. Ces résultats allaient dans le même sens que ceux de Zöega et al.[75] où 30% des patients ont été informés sur les possibilités de traitement antalgique, et notre étude rapporte un taux d'information des patients de 24,71%.

Concernant leur appréciation globale, 71,18% des patients ont exprimé leur satisfaction en estimant que la prise en charge de la douleur était au moins « assez-bien » ; ceci bien que la douleur était intense chez 87,51% des patients douloureux et que seulement 28,91% des patients étaient totalement soulagés par le traitement antalgique. Ces résultats étaient conformes à ceux de Salomon et al en France en 2002, de Harel et al. en Basse-Normandie en 2005 qui retrouvent respectivement une satisfaction de 79 et 88% contre 16 et 10% de patients soulagés. Ce paradoxe pourrait trouver son explication dans la collecte même des données. En effet, le fait que nous ayons interrogé les patients en blouse aurait pu atténuer leurs positions critiques et surestimer leur satisfaction.

Par ailleurs, ces résultats confirment que les patients fondent beaucoup plus leur satisfaction sur la relation, la confiance et la communication avec les soignants que sur l'efficacité même du traitement antalgique[57,84].

4.3.2 De l'évaluation des connaissances et attitudes pratiques des soignants

Dans notre étude, les étudiants en médecine représentaient 42,57% de notre échantillon, suivi des infirmiers (21,62%), des médecins en Diplôme d'Etudes Spécialisées, des médecins généralistes (10,14%) et spécialistes (5,41%) et des étudiants infirmier (4,05%).

4.3.2.1 Connaissances

Concernant la reconnaissance de la douleur, le quart des soignants (25,39%) ne savait pas reconnaître la douleur chez un patient ; la reconnaissance de la douleur étant la première étape de toute évaluation, ceci pourrait justifier la fréquence élevée (79,62%) de la douleur en milieu hospitalier d'une part et la persistance de

douleur au cours de l'étude chez 64,45% des patients dont la majorité (83,09%) avait au moins une douleur modérée d'autre part.

Plus de la moitié des soignants (62,17%) ne savait pas caractériser une douleur, ce qui explique que les dossiers des patients étaient peu renseignés. En effet, seulement le siège (84,36%), la durée (45,02%), le type (13,74%), l'irradiation (13,74%) ont été précisés. L'intensité est la caractéristique de la douleur la plus connue (97,28%) des soignants, mais elle n'a été renseignée dans le dossier médical que pour 26,06% des patients.

Bien que la majorité (67,8%) des soignants sache que l'évaluation de la douleur doit être à la fois qualitative et quantitative, et qu'elle peut se faire soit par le patient lui-même (87,50%) [auto évaluation] soit par le soignant (76,04%) [hétéro évaluation], la majorité n'avait aucune connaissance des échelles d'hétéro évaluation et multidimensionnelles d'évaluation de la douleur. Ceci explique la raison de la faible fréquence d'utilisation de ces échelles. Seules les échelles d'autoévaluation unidimensionnelles de la douleur à savoir l'EN (46,61%), l'EVA (35,59%), et l'EVS (26,27%) étaient utilisées. Harel et al. en 2005 en Basse-Normandie ont trouvé que l'EVA était l'échelle utilisée dans 76 % des cas. Ceci serait dû au fait que plus de la moitié des soignants (58%) avait eu une formation sur la douleur et ses modalités de prise en charge dans son étude. Berdi F et al.[9] au Maroc en 2020 ont trouvé des résultats légèrement différents dans leur *audit de la prise en charge de la douleur à l'hôpital.* La méthode d'évaluation de la douleur la plus utilisée par les soignants était la méthode EVA (52%), suivie de l'EN (4%).

Seulement 8,80% des soignants connaissaient réellement les principes généraux de prescription des antalgiques. Près de la moitié des soignants (48,58%) pensait que les antalgiques devraient être prescrits en commençant toujours par le palier

le plus bas et monter graduellement. Ceci expliquerait la forte prescription des antalgiques de palier 1 et la faible utilisation des antalgiques de palier 3 (5,68%).

Près de la moitié des soignants ne connaissaient pas les antalgiques. En effet, le paracétamol, l'aspirine, les AINS et le néfopam étaient reconnus par 23,31% comme étant des antalgiques de palier 1. Le paracétamol était le plus connu (69,94%).

Pour ce qui était des antalgiques de palier 2, 40,41% reconnaissaient la codéine et le tramadol. Le tramadol était le plus cité (49,74%).

La morphine, le fentanyl, la buprénorphine, l'oxycodone, l'hydromorphone et la nalbuphine étaient cités par 19,68% des soignants comme étant des antalgiques de palier 3.

4.3.2.2 Attitudes et pratiques

Dans notre étude, nous avons constaté que la majorité des soignants (74,61%) reconnaissaient la douleur du patient en se basant sur ses plaintes. Dans l'étude de Berdi F et al. en 2020, 66% des soignants évaluaient la douleur selon les plaintes des patients, 35% selon les réactions des patients, 23% selon les mouvements des patients, 20% selon l'expression faciale des patients.

Concernant les thérapeutiques antalgiques, 71,5% prescrivaient des antalgiques de palier 1 pour des douleurs faibles ; 33,68% et 37,31% respectivement une association palier 1 et 2 et des antalgiques de palier 2 ; 47,15% des antalgiques de palier 3, et 18,13% une association palier 2 et 3. Précisons que le quart des soignants ne savait pas quelle classe d'antalgique utiliser pour des douleurs faibles (25,39%), modérées (24,35%) et intenses (24,35%).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques, seulement 7 (3,62%) soignants reconnaissaient à la fois les antidépresseurs, les anticonvulsivants, les antimigraineux et les antalgiques des paliers de l'OMS.

La faible utilisation des antalgiques de palier 3 notamment de la morphine, était due au fait que les soignants (25,9%) craignaient l'utilisation de la morphine principalement à cause du risque de dépendance des patients (56%) et des effets secondaires (38%) notamment la détresse respiratoire.

Ceci va dans le sens de l'étude de R.D.T.K. Prudencio et al. [85] qui avait constaté en 2017 au Bénin que 45,5% des soignants avaient peur de manipuler les antalgiques tels que la morphine, les antidépresseurs, les antiépileptiques et les ago-antagonistes ; Cette peur étant liée dans le cadre de la morphine aux effets secondaires dont la détresse respiratoire.

Pour ce qui était de la documentation de l'évaluation la douleur, 46,63% des soignants notaient dans le dossier médical.

4.3.2.3 Formation sur la douleur et disponibilité d'un protocole antalgique

Alors que la prévalence de la douleur était importante en milieu hospitalier (79,62%), il a été constaté que jusqu'à 75, 56% des soignants n'avaient jamais reçu de formation sur la douleur et ses modalités de prise en charge. Ces résultats étaient différents de Berdi F et al en 2020 au Maroc et de ceux de Harel et al. en 2005 en Basse-Normandie qui ont trouvé respectivement que 63% et 42% de leurs soignants n'avaient pas été formés en matière de gestion de douleur[9,86].
Ces résultats pourraient s'expliquer par la non régularité des modules d'algologie lors des études médicales dans notre contexte.

Dans notre étude, 27,47 % des soignants affirmaient qu'un protocole antalgique serait disponible dans leurs services. Par contre chez Berdi F et al., 62% avaient un protocole de prise en charge de la douleur dans leurs services.

CONCLUSION

Nous avons évalué la gestion de la douleur au CNHU-HKM de Cotonou autant chez les patients que chez les soignants. Elle a permis de confirmer que la fréquence de la douleur est élevée CNHU et observée chez 3 patients sur 4 et il s'agit le plus souvent de douleurs intenses (87,51%).

La douleur avait été évaluée chez 53,55% des patients mais documentée dans 26,06% des cas. Les échelles les plus utilisées étaient l'EN (51,31%) et l'EVS (46,05%). La majorité des patients a été mise sous traitement antalgique. Les antalgiques de palier 1 (81,51%) et 2 (61,42%) ont été les plus utilisés. Bien que seulement 28,91% ont eu un soulagement total, 71,18% des patients qualifient la prise en charge d'au moins "assez-bien".

Concernant les soignants, cette étude nous a permis de constater que le quart (25,39%) des soignants ne sait pas reconnaître la douleur et 62,17% ne savent pas la caractériser correctement. Plus de la moitié n'a pas une connaissance exacte des différents antalgiques. Les antalgiques de palier 3 notamment la morphine étaient faiblement utilisés. Les principales raisons avancées étaient le risque de dépendance des patients (56%) et les effets secondaires (38%) notamment la détresse respiratoire. Soixante-quinze virgule cinquante-six pour cent (75, 56%) des soignants n'ont jamais reçu de formation sur la gestion de la douleur.

Ainsi, la prise en charge de la douleur n'est pas adéquate au CNHU-HKM de Cotonou. Une étude plus large prenant en compte tous les hôpitaux du Bénin pourrait permettre de faire l'état des lieux au Bénin afin d'orienter les politiques de santé en la matière.

SUGGESTIONS

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au CNHU-HKM de Cotonou, nous proposons :

➢ A l'endroit du Ministère de la Santé

- Mettre en place en place des comités de lutte contre la douleur dans les hôpitaux
- Faciliter l'accès aux antalgiques majeurs et l'approvisionnement des structures sanitaires en outil d'évaluation de la douleur.

➢ A l'endroit de la Direction du CNHU-HKM :

- Évaluer régulièrement la prise en charge de la douleur au sein de l'hôpital dans le cadre d'un programme d'assurance qualité.

➢ A l'endroit des chefs services du CNHU-HKM :

- Organiser la formation continue sur la douleur pour tous les soignants
- Mettre en place une organisation pluridisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur
- Mettre en place une véritable culture de lutte contre la douleur
- Insérer la douleur dans les rubriques systématiques des dossiers médicaux et sur les fiches de température comme un cinquième signe vital en s'assurant que l'équipe de soin en fait une évaluation journalière
- Mesurer la satisfaction des usagers : une fiche de sortie hospitalière relative à la satisfaction des patients comportant des éléments relatifs à la prise en charge des douleurs ressenties au sein du service
- Responsabiliser les infirmiers pour le suivi du soulagement de la douleur
- Établir un protocole antalgique adapté aux réalités de chaque service

➢ A l'endroit du personnel soignant du CNHU-HKM :

- Évaluer et réévaluer systématiquement la douleur du patient par le même outil d'évaluation et le marquer dans le dossier médical ou sur une fiche de surveillance établie spécialement pour la douleur

- Assurer une meilleure information et communication avec les patients et leur entourage sur la prise en charge de la douleur
- Connaître et anticiper les effets indésirables des antalgiques (intégrer pour cela une feuille de surveillance spécifique dans le dossier médical) ;

➢ A l'endroit des responsables des établissements de formation en santé (Unité de Formation et de Recherche en Médecine, Institut National Médico-social)

- Introduire dans la formation médicale et paramédicale des modules d'algologie (formation initiale)

REFERENCES

1. Vader K, Bostick GP, Carlesso LC, Hunter J, Mesaroli G, Perreault K, et al. La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie. Physiother Can. 73(2):106‑9.

2. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. JAMA. 12 nov 2003;290(18):2443‑54.

3. Alford DP, Liebschutz J, Chen I A, Nicolaidis C, Mukta P, Berg K, and al. Update in pain medicine - PubMed [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18330653/ https://doi.org/10.1007/s11606-008-0570-8

4. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France: résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. Douleurs Eval-Diagn-Trait. 2013;14(1):4‑15.

5. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. Am J Emerg Med. 2002;20(3):165‑9.

6. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain. 2002;6(5):375‑85.

7. Guay J, Martin R, Plaud B. Précis d'anesthésie et de réanimation. Presses de l'Université de Montréal; 2001.

8. Ospina M, Harstall C. Prevalence of chronic pain: an overview. Citeseer; 2002.

9. Berdi F, Ifezouane J, Zhim I, Lamsaouri J, Tadlaoui Y. Audit de la prise en charge de la douleur à l'hôpital. Batna J Med Sci 2020; 7(2):84-6.

10. Motov SM, Marshall JP. Acute pain management curriculum for emergency medicine residency programs. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. oct 2011;18 Suppl 2:S87-91.

11. Berben SA, Schoonhoven L, Meijs TH, van Vugt AB, van Grunsven PM. Prevalence and relief of pain in trauma patients in emergency medical services. Clin J Pain. 2011;27(7):587‑92.

12. Tanabe P, Buschmann M. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. J Emerg Nurs. 1999;25(3):171‑7.

13. Kuan SC, Collins NC, Ryan JM, Callanan I. Treating pain in the emergency department. Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med. févr 2010;17(1):52‑5.

14. Blettery B, Ebrahim L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. Réanimation Urgences. 1996;5(6):691‑7.

15. Fry M, Bennetts S, Huckson S. An Australian audit of ED pain management patterns. J Emerg Nurs. 2011;37(3):269‑74.

16. Fosnocht DE, Swanson ER. Use of a triage pain protocol in the ED. Am J Emerg Med. 2007;25(7):791‑3.

17. Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study. Eur J Anaesthesiol EJA. 2011;28(2):97‑105.

18. Zaslansky R, Hertz D, Brill S, Or J, Meissner W, Halpern P. Tracking the effects of policy changes in prescribing analgesics in one emergency department: a 10-year analysis. Eur J Emerg Med. 2010;17(1):56‑8.

19. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. Eur J Pain. 2005;9(1):61‑7.

20. Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F, et al. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. Eur J Pain. 2005;9(5):485‑95.

21. Strohbuecker B, Mayer H, Evers GC, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. J Pain Symptom Manage. 2005;29(5):498‑506.

22. Whelan CT, Jin L, Meltzer D. Pain and satisfaction with pain control in hospitalized medical patients: no such thing as low risk. Arch Intern Med. 2004;164(2):175‑80.

23. Kpadonou GT, Fiossi-Kpadonou E, Alagnidé E, Djidonou A, Niama D, Amanzonwé R, et al. Représentations socioculturelles de la douleur au Bénin. Douleur Analgésie. 2012;25(4):193‑9.

24. Adjien KC, Hounkpatin H, Accrombessi D, Houannou O, Gnonlonfoun D, Houinato D. Évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur chez

les patients en milieu hospitalier à Cotonou. Rev Neurol (Paris). 2019;175:S142.

25. Hounkpatin H. Prévalence et qualité de la prise en charge de la douleur de l'adulte au CNHU-HKM de Cotonou. 2016.

26. Bare BG, Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SC. Soins infirmiers: médecine et chirurgie. Groupe de Boeck; 2011.

27. Larsen D. Pain management in nursing: What does it mean. Retrieved January. 2007;15:2013.

28. Gravier R. Prise en charge de la douleur traumatologique en service d'urgence: évaluation des pratiques professionnelles au sein du CHR de THIONVILLE [PhD Thesis]. Université de Lorraine; 2017.

29. Boccard E. Pratique du traitement de la douleur. Institut UPSA de la douleur; 2006.

30. Avet F, Avet S, Lacombe F, Lunghi N, Maille M, Theurin M, et al. Douleurs: compétences et rôle infirmiers. Éditions Med-line.; 2006.

31. Barreto IG, Sá KN. Prevalence and factors associated with chronic neuropathic pain in workers of a Brazilian public university. BrJP. 2019;2:105‑11.

32. Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. PAIN®. 2013;154(11):2249‑61.

33. Asbury AK, Fields HL. Pain due to peripheral nerve damage: A hypothesis. Neurology. 1984;

34. Attal N, Bouhassira D. Les douleurs neuropathiques: des avancées expérimentales aux applications cliniques. Rev Neurol (Paris). 2004;160(2):199‑203.

35. Mazzocato CDS. L'évaluation de la douleur. Guide Soins Palliatifs Médecin Vaud. 2008;p.24.

36. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. Pain Manag Nurs. 2002;3(4):116‑30.

37. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. BJA Br J Anaesth. 2008;101(1):17‑24.

38. ANAES M. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Mars. 2000;

39. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé: perspective méthodologique et statistique. Elsevier Masson; 2008.

40. Navez M, Ricard C, Alibeu J. Evaluation de la douleur de l'enfant et l'adulte. Conférences Actual 2003.

41. Lee JS, Hobden E, Stiell IG, Wells GA. Clinically important change in the visual analog scale after adequate pain control. Acad Emerg Med. 2003;10(10):1128‑30.

42. Dempster E. Pain relief in accident and emergency? Accid Emerg Nurs. 1995;3(1):3‑6.

43. Garrec F, Struillou L, Longo C, Vial I, Lemant J, Le Conte P. Évaluation de la douleur aiguë en urgence et en préhospitalier. Urgence 2000 Cours Supér D'urgence. 2000;181‑90.

44. Lozner AW, Reisner A, Shear ML, Patel S, Connolly J, Shaltis P, et al. Pain severity is the key to emergency department patients' preferred frequency of pain assessment. Eur J Emerg Med. 2010;17(1):30‑2.

45. Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. Acad Emerg Med. 2003;10(4):390‑2.

46. Berthier F, Potel G, Leconte P, Touze MD, Baron D. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. Am J Emerg Med. 1998;16(2):132‑6.

47. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. Acad Emerg Med. 2001;8(12):1153‑7.

48. Main CJ, Wood PL, Hollis S, Spanswick CC, Waddell G. The Distress and Risk Assessment Method. A simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome. Spine. 1992;17(1):42‑52.

49. Cole B, Finch E, Gowland C, Mayo N, Basmajian N. Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique: Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par la Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé Canada et l'Association canadienne de physiothérapie. Association canadienne de physiothérapie; 1995.

50. Beurskens AJ, De V et HC, Köke AJ, van der Heijden GJ, Knipschild PG. Measuring the functional status of patients with low back pain. Assessment

of the quality of four disease-specific questionnaires. Spine. 1995;20(9):1017‑28.

51. Dropsy R, Marty M. Utilisation des échelles de qualité de vie dans les lombalgies chroniques: revue de la littérature. Rev Rhum. 1995;62(5BIS):65S-72S.

52. Williams DA, Urban B, Keefe FJ, Shutty MS, France R. Cluster analyses of pain patients' responses to the SCL-90R. Pain. 1995;61(1):81‑91.

53. Lussier D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques: Special Quebec. Rev Gériatrie. 2000;25(9):673‑82.

54. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs. 2005;14(7):798‑804.

55. Boureau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. Pain. 1992;50(1):59‑65.

56. Onyeka TC, Chukwuneke FN. Pain research in Africa: a ten-year bibliometric survey. J Anesth. 2014;28(4):511‑6.

57. Beck SL, Towsley GL, Berry PH, Lindau K, Field RB, Jensen S. Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives. J Pain Symptom Manage. 2010;39(1):100‑15.

58. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988;8(1):77‑100.

59. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). Pain. 1985;23(4):345‑56.

60. Laliberté S, Lamoureux J, Sullivan MJ, Miller JM, Charron J, Bouthillier D. French translation of the Multidimensional Pain Inventory: L'inventaire multidimensionnel de la douleur. Pain Res Manag. 2008;13(6):497‑505.

61. Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. J Consult Clin Psychol. avr 1988;56(2):233‑8.

62. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCoy CE. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. Spine. 1989;14(5):511‑6.

63. Avouac B, Blotman F, Marty M, Roznberg S, Valat JP. Validation des versions françaises des échelles de Dallas et Rosler chez les lombalgiques. Rev Rhum Ed Fr. 1996;63:427‑521.

64. Long T. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. In: Annales francaises d'anesthesie et de reanimation. 1998. p. 445‑61.

65. Pautex S, Herrmann FR, Michon A, Giannakopoulos P, Gold G. Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. Clin J Pain. 2007;23(9):774‑9.

66. De Broca A. Douleurs-Soins palliatifs-Deuils-Ethique: Réussir les ECNi. Elsevier Health Sciences; 2018.

67. Reme SE, Lie SA, Eriksen HR. Are 2 questions enough to screen for depression and anxiety in patients with chronic low back pain? Spine. 2014;39(7):E455.

68. Turk DC, Dworkin RH, Trudeau JJ, Benson C, Biondi DM, Katz NP, et al. Validation of the hospital anxiety and depression scale in patients with acute low back pain. J Pain. 2015;16(10):1012‑21.

69. Le Quintrec JL, Maga M, Baulon A. L'échelle comportementale simplifiée (ECS): un nouvel outil d'évaluation de la douleur en long séjour gériatrique. Rev Gériatrie. 1995;20(6):363‑8.

70. Henrion A. Evolution et évaluation de la prise en charge de la douleur au centre hospitalier de Lunéville: mise en place du Comité de Lutte contre la Douleur [PhD Thesis]. UHP-Université Henri Poincaré; 2005.

71. Coudert P, Decrozant E. Les médicaments de la douleur. Actual Pharm. 2021;60(603):31‑5.

72. Andersson DA, Gentry C, Alenmyr L, Killander D, Lewis SE, Andersson A, et al. TRPA1 mediates spinal antinociception induced by acetaminophen and the cannabinoid Δ9-tetrahydrocannabiorcol. Nat Commun. 2011;2(1):1‑11.

73. Bertin P. Nouvelle classification des antalgiques, au service d'une optimisation de la prise en charge thérapeutique de la douleur. Douleurs Eval-Diagn-Trait. 2012;13:A31.

74. Lipman AG, Beaulieu P, Lussier D, Porreca F, Dickinson AH. Pharmacology of pain. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2010;24(2):179‑179.

75. Zoëga S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdottir S. Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective. Pain Pract. 2015;15(3):236‑46.

76. Prulière AS, Finance JF, Lafforgue P, Guillotin P, Laurent JP, Chansou A, et al. Faisabilité des échelles d'auto-évaluation de la douleur aux urgences. J Eur Urgences. 2005;18(2):73‑9.

77. Xiao H, Liu H, Liu J, Zuo Y, Liu L, Zhu H, et al. Pain Prevalence and Pain Management in a Chinese Hospital. Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. 1 nov 2018;24:7809‑19.

78. Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. J Pain Symptom Manage. 2002;23(3):221‑30.

79. Vallano A, Malouf J, Payrulet P, Baños JE, Hospital CRG for SP in. Prevalence of pain in adults admitted to Catalonian hospitals: a cross-sectional study. Eur J Pain. 2006;10(8):721‑31.

80. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg. 2003;97(2):534‑40.

81. Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Soussan M, Legeron MC, et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. J Pain Symptom Manage. 2002;24(6):586‑92.

82. Maier C, Nestler N, Richter H, Hardinghaus W, Pogatzki-Zahn E, Zenz M, et al. The quality of pain management in German hospitals. Dtsch Ärztebl Int. 2010;107(36):607.

83. Wadensten B, Fröjd C, Swenne CL, Gordh T, Gunningberg L. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. J Clin Nurs. 2011;20(5‑6):624‑34.

84. Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. J Pain Symptom Manage. 2002;23(3):211‑20.

85. Prudencio RDTK, Agbodande KA, Azon-Kouanou A, Zannou DM, Houngbe F. Connaissances du personnel médical sur l'évaluation de la douleur et les freins à l'analgésie chez les personnes vivant avec le VIH au centre national hospitalier et universitaire Hubert-Koutoukou-Maga de Cotonou (Bénin). Médecine Palliat Soins Support-Accompagnement-Éthique. 2017;16(5):241‑4.

86. Harel D, Delorme C, Thibon P, Leroux C, Labidi M, Juret C, et al. Enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgences adultes du réseau régional douleur de Basse-Normandie. Douleurs Eval-Diagn-Trait. 2005;6(3):131‑9.

ANNEXES

Fiche d'enquête sur la prise en charge de la douleur chez les patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou

Date : N°

INFORMATIONS ET ACCORD DU PATIENT

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Nous aimerions que vous participiez à notre étude sur le confort des patients à l'hôpital. Le but de cette étude est d'améliorer la prise en charge de la douleur dans cet établissement.

Votre participation est volontaire et toutes les informations vous concernant resteront anonymes. Cela signifie que votre nom ou toute autre forme d'identification ne seront pas dans les dossiers que nous garderons.

Vos réponses à ce questionnaire ne seront pas divulguées au personnel médical ou infirmier qui vous traite dans cet établissement.

Nous vous assurons que l'équipe soignante vous traitera de la même manière que vous choisissez de participer ou pas à cette étude.

Nous vous remercions d'envisager de participer.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Sexe: M☐ F ☐

Age : …… (en années) Date de naissance pour les enfants :

Profession : a. Fonctionnaire☐; b. Ouvrier/ Artisan; c. Commerçant☐; d. Ménagère☐; e. Agriculteur/Pêcheur☐; f. Sans emploi☐; e. Autres……

Service d'hospitalisation:

a. Médecine Interne ☐; b. Gastrologie ☐; Endocrinologie ☐; Néphrologie ☐; Neurologie ☐; Rhumatologie ☐; Cardiologie ☐; MPR ☐; CUGO ☐; Psychiatrie ☐; Chirurgie Viscérale ☐; Traumatologie ☐; Réanimation ☐; Urgences ☐; Pédiatrie ☐; ORL ☐. Ophtalmo ☐; Chirurgie Pédiatrique ☐; Urologie ☐

Date d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation :

Entourez la lettre qui décrit le mieux votre niveau d'instruction :

Non scolarisé☐ Primaire☐; Secondaire☐ ; Supérieur☐

De quelle ethnie êtes-vous ?

Fon et apparentés ☐; Mina et apparentés☐ ; Goun et apparentés☐; Bariba☐; Yoruba et apparentés ☐; Dendi☐; Mahi☐; Autres……...

Les questions suivantes concernant la douleur que vous avez ressentie au cours des 24 premières heures à l'hôpital ou après votre intervention chirurgicale.

P1 Sur cette échelle, veuillez indiquer la douleur la plus faible que vous avez ressentie au cours des 24 premières heures :

0 1 2 3 4

Aucune Faible Modérée Intense Extrêmement intense

P2 Sur cette échelle, veuillez indiquer la douleur la plus forte que vous avez ressentie au cours des 24 premières heures :

0 1 2 3 4

Aucune Faible Modérée Intense Extrêmement intense

P3 Entourez votre meilleure estimation de la période de temps pendant laquelle vous avez ressenti une douleur intense :

0 Aucune 1 Matin 2 Après-midi 3 Soir 4 Toute la journée

P4 La douleur vous a-t-elle empêché de faire les activités suivantes ?

a. Mouvements dans votre lit comme vous tourner, vous asseoir, vous asseoir, vous repositionner :

0 Non 1 Oui

b. Activités hors du lit comme marcher, vous asseoir sur une chaise, vous tenir devant le lavabo

0 Non 1 Oui

c. Vous endormir

0 Non 1 Oui

d. Rester endormi

0 Non 1 Oui

P5 La douleur peut affecter votre humeur et vos émotions. Sur cette échelle, entourez le chiffre qui décrit le mieux à quel point la douleur vous rend :

Effrayé

0 1 2 3 4

Pas du tout Un peu Modérément Très Extrêmement

Impuissant

0 1 2 3 4

Pas du tout Un peu Modérément Très Extrêmement

P6 Avez-vous eu l'un des effets secondaires suivants?

a. Nausée

0 Non 1 Oui

b. Somnolence

0 Non 1 Oui

c. Prurit

0 Non 1 Oui

d. Vertige

0 Non 1 Oui

P7 Au cours des 24 premières heures, quel soulagement de votre douleur avez-vous obtenu?

0 1 2 3 4

Aucun Léger Modéré Excellent Complet

P8 Avez-vous été autorisé à participer aux décisions concernant le traitement de votre douleur autant que cous le souhaitiez?

0 Non 1 Oui

P9 Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre satisfaction du traitement antalgique durant votre séjour à l'hôpital

0 1 2 3 4

Pas du tout Un peu Modérément Bien Très bien

P10 Avez-vous reçu des informations sur vos possibilités de traitement antalgique?

0 Non 1 Oui

Si oui, ces informations étaient utiles?

0 1 2 3 4

Pas du tout Un peu Plutôt Très Extrêmement

P11 Avez-vous utilisé des moyens non médicaux pour soulager votre douleur?

0 Non 1 Oui

Si oui, cochez tout ce qui s'applique

1 Application à froid 2 Méditation 3 Respiration profonde 4 Ecouter la musique 5 Distraction (comme regarder la TV, la lecture) 6 Prière 7 Chaleur 8 Relaxation 9 Image mentale

10 Marche 11 Massage 12 Autre (veuillez décrire)

P12 Avec quelle fréquence l'infirmier(e) ou le médecin vous ont encouragé à utiliser ces méthodes?

0 Jamais 1 Parfois 2 Souvent

APPRECIATION GLOBALE

Donnez une note de la prise en charge globale de la douleur durant votre hospitalisation sur une échelle de 0 à 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EVALUATION DE LA DOULEUR

1- La douleur a-t-elle été évaluée? Oui☐ Non☐

2- Si oui, quelle échelle a été utilisée? a-EVA☐; b-EN☐; c-EVS☐ d-Autres……

3- L'évaluation est-elle documentée? a-oui☐ b-Non☐

TRAITEMENT

Quel type de médicament antalgique a été utilisé?

1-Palier I☐; 2-Palier II☐; 3-Palier III☐; 4-Autres (préciser) ……

EVALUATION ACTUELLE DE LA DOULEUR (Réservé à l'enquêteur)

Ressentez-vous toujours de la douleur ce jour ? Oui☐ Non☐

Si oui, à combien l'évaluez-vous actuellement ?

EVA : ……. / 10

EN : ……. / 10 ;

EVS : Douleur absente = 0

Douleur faible = 1

Douleur modérée=2

Douleur intense = 3

Douleur très intense= 4

FICHE D'ENQUÊTE DU PERSONNEL MÉDICAL

Date : ……. N° …….

Service d'exercice :

Age : Sexe : Masculin☐ Féminin☐

Êtes-vous ?

Médecin généraliste☐ ; Médecin spécialiste; DES☐; Infirmier☐ ; Sage-femme☐ ;

Étudiant : Médecin☐ ; Infirmier☐ ; Année d'étude ……... Autres (à préciser)…… ……

I- Généralités sur la douleur

1. Connaissez-vous l'International Association for the Study of Pain (IASP) ? Oui☐ ; Non☐
2. Selon l'IASP la douleur est définie comme :

a. une expérience désagréable ressentie par le patient due à une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux Vrai☐ Faux☐

b. une expérience sensorielle désagréable décrite par le patient Vrai☐ Faux☐

c. une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient Vrai☐ Faux☐

d. Je ne sais pas☐

3. Comment confirmez-vous la douleur d'un patient ?

En se basant sur les dires / plaintes du malade☐ ; Par des examens paracliniques☐ ;

Je ne sais pas☐

4. Quels sont les éléments qui permettent de caractériser une douleur ?

Mode de début☐ ; Siège☐ ; Intensité☐ ; Type☐ ; Irradiation☐ ; durée☐ ; rythme☐ ; facteurs aggravants☐ ; facteurs calmants☐ ; signes associés☐ ; Je ne sais pas☐;

Autres...…….

5. Quels sont les types de douleur que vous connaissez ?
   a) Selon la durée

Douleur aigue☐; Douleur chronique☐ ; Je ne sais pas☐

b) Selon le mécanisme

Douleur nociceptive☐ ; Douleur neuropathique☐ ; Douleur mixte☐ ; Je ne sais pas☐

6. Parmi les caractéristiques suivantes, lesquelles sont en relation avec une douleur nociceptive :

   a. Brûlure☐ ; b. Picotement☐ ; c. Fourmillement☐ ; d. Torsion☐ ; e. Tiraillement☐ ; f. Décharge électrique☐ ; g. Coup de poignard☐ ; h. Point de côté ☐; i. Engourdissement☐; j. Serrement☐; k. Démangeaisons☐; l. Sensation de froid douloureux☐; Je ne sais pas ☐

7. Parmi les caractéristiques suivantes, lesquelles sont en relation avec une douleur neuropathique :

   b. Brûlure ☐ ; b. Picotement ☐;c. Fourmillement ☐; d. Torsion☐; e. Tiraillement ☐ f. Décharge électrique ☐ g. Coup de poignard ☐ h. Point de côté ☐ ; i. Engourdissement☐; j. Serrement☐; k. Démangeaisons☐; l. Sensation de froid douloureux☐; Je ne sais pas ☐

8. La douleur peut avoir un retentissement sur :

   a. Sommeil☐ ; b. Vie sexuelle☐; c. Habitudes☐ ; d. Vie sociale☐ ; e. Comportement☐ ; f. Psychologique☐ ; g. Aucun aspect de la vie du patient ☐ ; i. Je ne sais pas☐; j. Autres…….

II- Évaluation de la douleur

9. L'évaluation de la douleur est / doit être :

Qualitative☐ Quantitative☐ Qualitative et quantitative☐ Je ne sais pas☐

10. La douleur peut être évaluée par :

    a. Le patient lui-même☐ b. Le soignant ☐ c. Les deux à la fois☐ d. Je ne sais pas☐

11. Les outils d'autoévaluation de la douleur sont :

a. Échelle Doloplus 2 ☐ b. Behavioral Pain Scale (BPS)☐ c. Échelle Numérique☐ d. Échelle Visuelle Analogique (EVA)☐ e. Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée (ECPA)☐ f. Échelle Algoplus☐ g. Evendol☐ h. Échelle Verbale Simple☐ i. Échelle Comportementale de la douleur (CPOT); Je ne sais pas ☐

12. Les outils d'hétéro évaluation de la douleur sont :

a. Échelle Doloplus 2 ☐ b. Behavioral Pain Scale (BPS)☐ c. Échelle Numérique☐ d. Échelle Visuelle Analogique (EVA)☐ e. Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la

Personne Âgée (ECPA)☐ f. Échelle Algoplus☐ g. Evendol☐ h. Échelle Verbale Simple☐ i. Échelle Comportementale de la douleur (CPOT) ☐; Je ne sais pas ☐

13. Les échelles unidimensionnelles d'évaluation de la douleur sont :

a. Échelle Doloplus 2 ☐ b. Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA)☐ c. Échelle Numérique☐ d. Échelle Visuelle Analogique (EVA)☐ e. Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée (ECPA)☐ f. Échelle Algoplus☐ g. Evendol☐ h. Échelle Verbale Simple☐ i. Échelle Comportementale de la douleur (CPOT)☐ j. McGill Pain Questionnary (MPQ)☐, Je ne sais pas ☐

14. Les échelles multidimensionnelles d'évaluation de la douleur sont :

a. Échelle Doloplus 2 ☐ b. Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA)☐ c. Échelle Numérique☐ d. Échelle Visuelle Analogique (EVA)☐ e. Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée (ECPA)☐ f. Échelle Algoplus☐ g. Evendol☐ h. Échelle Verbale Simple☐ i. Échelle Comportementale de la douleur (CPOT)☐ j. McGill Pain Questionnary (MPQ)☐; Je ne sais pas ☐

15. Quelle méthode/échelle d'évaluation de la douleur utilisez-vous le plus souvent?
……

16. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) ?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

17. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle Numérique (EN) ?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

18. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle Verbale Simple (EVS)?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

19. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle Doloplus 2 ?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

20. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée (ECPA) ?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

21. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle EVENDOL?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

22. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle AlgoPlus?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

23. Avez-vous déjà utilisé l'Échelle Behavior Pain Scale (BPS) ?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

24. Connaissez-vous le DN4 ? Oui ☐ Non ☐

25. L'avez-vous déjà utilisé ? Oui ☐ Non ☐

26. Il sert à évaluer : la douleur nociceptive ☐ la douleur neuropathique ☐ les deux ☐ Je ne sais pas☐

27. L'évaluation d'une douleur implique :

Sa reconnaissance☐ Sa cause☐ Son mécanisme neurophysiologique☐ Son intensité☐ Son retentissement sur la vie du malade☐ La recherche d'un traitement et quelle a été son efficacité ☐; Je ne sais pas ☐ ; Autres…….

III- Traitement de la douleur

28. Le traitement d'une douleur implique ou comporte comme volet :

La prévention(surtout lors des soins, pansements…) ☐ Le traitement du symptôme douleur☐ Le traitement de la cause de la douleur ou de la maladie sous-jacente☐ ; Je ne sais pas ☐ Autres……

29. Quels sont les moyens de traitement de la douleur que vous connaissez ?

Médicamenteux☐; Non médicamenteux☐ ; Je ne sais pas ☐
Autres……

30. Le traitement de la douleur dépend de son mécanisme.

Oui☐ Non☐ Je ne sais pas☐

31. Quelles sont les classes d'antalgiques que vous connaissez ?

a. Les antalgiques périphériques (Palier I); ☐ ; b. Les antalgiques centraux faibles (Palier II) ☐ ; c. Les antalgiques centraux puissants (Palier III) ☐ d. Je ne sais pas ☐; Autres ……

32. Les substances suivantes sont des antalgiques périphériques :

a. Paracétamol ☐ ; b. Codéine☐ ; c. Morphine☐; d. Fentanyl☐; e. Buprénorphine☐ ; f. Aspirine☐ ; g. Tramadol☐; h. Oxycodone☐ ; i. Hydromorphone☐ ; j. Néfopam☐ ; k. Nalbuphine☐ ; l. AINS☐ ; Je ne sais pas☐
Autres……

33. Les substances suivantes sont des antalgiques centraux faibles :

    a. Paracétamol ☐ ; b. Codéine☐ ; c. Morphine☐; d. Fentanyl☐; e. Buprénorphine☐ ; f. Aspirine☐ ; g. Tramadol☐; h. Oxycodone☐ ; i. Hydromorphone☐ ; j. Néfopam☐ ; k. Nalbuphine☐ ; l. AINS☐ ; Je ne sais pas ☐
    Autres…….

34. Les substances suivantes sont des antalgiques centraux puissants :

    a. Paracétamol ☐ ; b. Codéine☐ ; c. Morphine☐; d. Fentanyl☐; e. Buprénorphine☐ ; f. Aspirine☐ ; g. Tramadol☐; h. Oxycodone☐ ; i. Hydromorphone☐ ; j. Néfopam☐ ; k. Nalbuphine☐ ; l. AINS☐ ; Je ne sais pas ☐
    Autres……

35. Quels sont les principes généraux de prescription d'antalgiques / traitement de la douleur ? La prescription / prise d'antalgiques doit être :

    a. Adaptée au type de douleur☐; b. Adaptée à l'échelle analgésique☐ ; c. En commençant toujours par le palier le plus bas et monter graduellement☐ ; d. Adaptée aux besoins du malade☐; e. Sur demande du malade☐ ; f. A heure fixe☐ ; g. Administrée de la façon la plus simple pour le malade☐ ; h. Par voie orale de façon préférentielle☐ ; i. Plutôt par voie injectable☐ ; Je ne sais pas ☐
    Autres……..

36. Les classes thérapeutiques suivantes peuvent être utilisées en matière de traitement de la douleur :

    a. Antidépresseurs☐; b. Corticoïdes☐; c. Biphosphonates☐; d. Anti convulsivants☐; e. Paliers de l'OMS☐; f. Myorelaxants☐; g. Anti migraineux☐; h. Antispasmodiques☐; i. Anesthésiques locaux☐; Je ne sais pas ☐
    Autres…….

37. Les classes thérapeutiques suivantes peuvent être utilisées pour le traitement des douleurs nociceptives :

    a. Antidépresseurs☐; b. Corticoïdes☐; c. Biphosphonates☐; d. Anti convulsivants☐; e. Paliers de l'OMS☐; f. Myorelaxants☐; g. Anti migraineux☐; h. Antispasmodiques☐; i. Anesthésiques locaux☐; Je ne sais pas ☐
    Autres……

38. Les classes thérapeutiques suivantes peuvent être utilisées pour le traitement des douleurs neuropathiques :

    a. Antidépresseurs☐; b. Corticoïdes☐; c. Biphosphonates☐; d. Anti convulsivants☐; e. Paliers de l'OMS☐; f. Myorelaxants☐; g. Anti migraineux☐; h. Antispasmodiques☐; i. Anesthésiques locaux☐; Je ne sais pas ☐
    Autres……

39. Quelle(s) classe(s) d'antalgique prescrivez-vous pour une douleur faible ?

a.Palier I ☐ ; b. Palier II ☐ c. Palier III ☐ Je ne sais pas ☐ d. Autres……...

40. Quelle(s) classe(s) d'antalgique prescrivez-vous pour une douleur modérée ?

a.Palier I ☐ b. Palier II ☐ c. Palier III ☐ ; Je ne sais pas ☐ d. Autres……

41. Quelle(s) classe(s) d'antalgique prescrivez-vous pour une douleur intense / sévère?

a.Palier I ☐ b. Palier II ☐ c. Palier III ☐ ; Je ne sais pas ☐ d. Autres……

42. Avez-vous déjà eu recours à la Morphine ?

a. Jamais ☐ b. Parfois ☐ c. Souvent ☐ d. Toujours ☐

43. Prescrivez-vous la morphine de façon usuelle ? Oui ☐ Non ☐

44. Si non, pourquoi ? Coût ☐ ; Disponibilité☐ ; Réglementation☐ ; Effets secondaires☐ ; Risque de dépendance☐ ; Autres……

45. Avez-vous peur d'utiliser la Morphine ? Oui ☐ Non ☐

46. Si oui, pourquoi…….

47. Pour quel type de douleur prescrivez/utilisez-vous la morphine ?

a. Légère/Faible ☐ b. Modérée ☐ c. Sévère/Intense ☐ Je ne sais pas☐

48. Les effets indésirables de la morphine sont :

    a. Somnolence☐; b. Hallucination☐ ; c. Diarrhée☐ ; d. Constipation☐ ; e. Nausées☐ ; f. Vomissements☐ ; g. Rétention d'urine☐ ; h. Myosis☐; i. Confusion☐ ; j. Détresse respiratoire☐ ; k. Je ne sais pas☐; Autres……..

49. En dehors de la thérapie médicamenteuse, proposez- vous d'autres traitements de la douleur à vos patients ? Oui☐ Non☐

50. Si oui, lesquelles…… ……
……

51. Un protocole antalgique est-il disponible dans votre service ? Oui☐ Non☐ Je ne sais pas☐

52. La surveillance de la douleur dans votre service se fait grâce :

    a. Au dossier du patient☐ ; b. A l'aide d'une fiche établie à cet effet☐ Je ne sais pas☐

53. Y – a – il un référent en douleur dans votre service? Oui☐ Non☐ Je ne sais pas☐

IV- Formation sur la douleur et sa prise en charge

54. Avez-vous bénéficié d'une formation pour la prise en charge de la douleur ? Oui☐ Non☐

55. Si oui : a. En formation initiale☐ ; b. En formation continue☐ ; c. Au cours de votre cursus académique ☐ ; d. Autres…….

Grille d'évaluation globale

I. RECONNAISSANCE DE LA DOULEUR

1. Siège : Oui☐ Non☐
2. Durée : Oui☐ Non☐
3. Type : Oui☐ Non☐
4. Si oui préciser le type :
5. Irradiation : Oui ☐ ; Non ☐
6. Mécanisme précisé: Nociceptif Oui☐ Non☐

   Neuropathique Oui☐ Non☐
7. Type identifié correspond au mécanisme oui ☐ non☐ (Si type et mécanismes identifiés)

8. Intensité évaluée : Oui☐ Non☐
9. Utilisation d'une échelle Oui☐ Non ☐
10. Si oui, Echelle adaptée Oui☐ Non☐
11. Retentissement Oui☐ Non☐
12. Cause identifiée Oui☐ Non☐

II. Traitement et surveillance

- Moyens médicamenteux

13. Traitement de la douleur mis en place : Oui Non
14. Délai de mise en route du traitement :
15. Adapté à l'intensité : Oui☐ Non☐
16. Adapté au type : Oui☐ Non☐
17. Heure fixe : Oui☐ Non☐
18. Contrôle de la douleur : Oui☐ Non☐
19. Evaluation du traitement : Oui☐ Non☐

20. Traitement de la cause : Oui☐ Non☐

21. Prévention de la douleur (notamment lors des soins et/ ou pansements) OUI Non

22. Si oui antalgiques utilisés :

- Moyens non médicamenteux

23. Moyens non médicamenteux proposés : Oui☐ Non☐

24. Si oui lesquels……

25. Surveillance : Oui☐ Non☐

26. Réévaluations après mise en route du traitement : Oui Non

27. Ajustement du traitement en fonction des résultats de la réévaluation: Oui ☐Non ☐

28. Contrôle de la douleur après réajustement : Oui Non

Annexe : Autorisation de collecte de données au CNHU - HKM

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

Cotonou, le 09 MAR 2022

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION ET DES FINANCES
SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
N°0406/MS/CNHU-HKM/DAF/SRH/DRFDS.-

NOTE DE SERVICE

REGULARISATION

Objet : Autorisation de collecte.

Références :-Bordereau n°026/MS/CNHU-HKM/DAF/CME/du 04 février 2022
-Lettre de mademoiselle VIEGBE Alégria en date du 21 janvier 2022
-Demande d'autorisation d'enquête en date du 21 janvier 2022.

Dans le cadre de sa thèse de doctorat en Médecine, portant sur le thème «**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU CNHU-HKM DE COTONOU**» mademoiselle **VIEGBE Alégria**, étudiante en 7ème année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisée à effectuer une collecte de données dans les **Cliniques Universitaires de : Médecine Interne, Endocrinologie, Cardiologie, Rhumatologie, Neurologie, Hépato-Gastroentérologie, Néphrologie-Hémodialyse, Hématologie, Psychiatrie, Médecine Physique et Réadaptation, Chirurgie Viscérale, Traumatologie d'Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice, Chirurgie Pédiatrique, Urologie-Andrologie, Gynécologie et d'Obstétrique, Pédiatrie et Génétique Médicale, Accueil des Urgences et de la Polyvalente d'Anesthésie et de Réanimation** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA.

A cet effet, les Chefs desdites Cliniques et leurs Surveillants (es) sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux informations.

L'intéressée devra se présenter au Chef de la Cellule de Statistique Médicale et de la Recherche en vue de suivre les instructions relatives à la "démarche éthique".

La présente note de service est valable du **15 janvier au 15 février 2022**.

NB : Les dossiers médicaux doivent être consultés sur place.

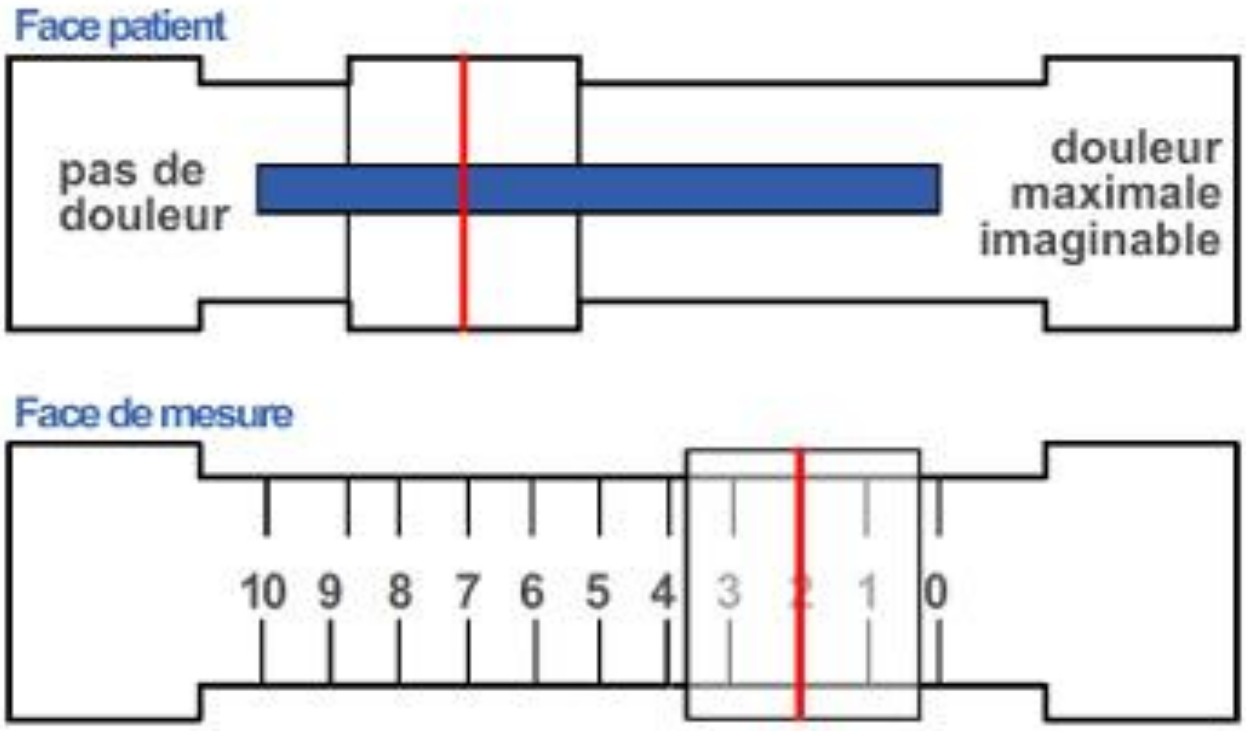
Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HKM
Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN.-

Ampliations :
- DAF ; P/CME
- C/SRH ; C/CSMR
- C/Cliniques Universitaires Supra citées
- Surveillants (es)-Intéressée (01)-Archives(02)-Chrono (01)

Échelle visuelle analogique (EVA)



Echelle EVENDOL

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée (Antalgique)		Evaluations suivantes Evaluations après antalgique[3]			
					au repos[1] au calme (R)	à l'examen[2] ou la mobilisation (M)	R / M	R / M	R / M	R / M
Expression vocale ou verbale										
pleure *et/ou* crie *et/ou* gémit *et/ou* dit qu'il a mal	0	1	2	3						
Mimique										
a le front plissé *et/ou* les sourcils froncés *et/ou* la bouche crispée	0	1	2	3						
Mouvements										
s'agite *et/ou* se raidit *et/ou* se crispe	0	1	2	3						
Positions										
a une attitude inhabituelle *et/ou* antalgique *et/ou* se protège *et/ou* reste immobile	0	1	2	3						
Relation avec l'environnement										
peut être consolé *et/ou* s'intéresse aux jeux *et/ou* communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3						
Remarques	Score total /15									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org

SFETD

TABLE DES MATIERES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT i
ACTION DE GRACE xii
DEDICACES xiv
REMERCIEMENTS xvi
HOMMAGES xx
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES xxiv
LISTE DES TABLEAUX xxvi
LISTE DES FIGURES xxx
SOMMAIRE xxxiii
INTRODUCTION 1
1.GENERALITES 4
1.1 Définition de quelques concepts 5
1.2 Classification des douleurs [28] 6
1.2.1 La douleur somatique par excès de nociception 6
1.2.2 La douleur neuropathique 7
1.2.3 La douleur psychogène et "sine materia" 7
1.3 Les composantes de la douleur [28] 8
1.3.1 Composante émotionnelle 8
1.3.2 Composante sensorielle ou sensori-discriminative 8
1.3.4 Composante comportementale 8

1.3.5 Composante culturelle et ethnique 9
1.3.6 Composante religieuse 9
1.3.7 Notion de douleur totale 9
1.4 Bases neurophysiologiques 10
1.4.1 Les récepteurs périphériques ou « nocicepteurs » 10
1.4.2 Les stimuli nociceptifs 11
1.4.3 Les fibres nerveuses afférentes primaires et les nerfs périphériques sensitifs 11
1.4.4 Les voies spinales ascendantes 12
1.5 Evaluation de la douleur 13
1.5.1 Pourquoi évaluer la douleur ? 13
1.5.2 Pourquoi employer une échelle ? 14
1.5.3 Les outils d'évaluation 15
1.5.3.1 Caractéristiques communes 15
1.5.3.2 Méthodes d'évaluation de la douleur 17
1.6. Modalités de traitement de la douleur 27
1.6.1 Moyens médicamenteux 27
1.6.2 Moyens non médicamenteux 36
1.7. Concept de qualité et prise en charge de la douleur 38
1.8. L'APS-POQ-R 40
2.CADRE ET METHODES D'ETUDE 42
2.1 CADRE D'ETUDE 43
2.2 METHODES D'ETUDE 44

2.2.1 Type d'étude et période d'étude 44
2.2.2 Population d'étude 44
2.2.3 Technique d'échantillonnage 45
2.2.4 Collecte de données 46
2.2.4.1 Outils de collecte des données 46
2.2.4.2 Technique de collecte des données 46
2.2.5 Variables 47
2.2.5.1 Variables dépendantes 47
2.2.5.2 Variables indépendantes 48
2.2.6 Analyse et traitement des données 49
2.2.7 Considérations éthiques 49
3.RESULTATS 50
3.1 Étude de la prise en charge de la douleur chez les patients hospitalisés au CNHU-HKM de Cotonou 51
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients 53
3.1.2 Caractéristiques de la douleur des patients hospitalisés 55
3.1.3 Traitement de la douleur 59
3.1.4 Appréciation globale de la prise en charge de la douleur par le malade 64
3.1.5 Évaluation de la douleur le jour de l'étude 66
3.1.6 Facteurs associés au contrôle de la douleur chez les patients au CNHU-HKM de Cotonou. 67
3.2 Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des soignants en matière de prise en charge de la douleur 69

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des soignants 69
3.2.2 Connaissances 71
3.1.1 Attitudes et pratiques 87
4.DISCUSSION 94
4.1 Atteinte des objectifs 95
4.2 Forces et faiblesses de l'étude 95
4.3 Commentaires et comparaison des résultats 97
4.3.1 Prévalence et prise en charge de douleur chez les patients hospitalisés du CNHU-HKM de Cotonou 97
4.3.2 De l'évaluation des connaissances et attitudes pratiques des soignants 101
CONCLUSION 106
SUGGESTIONS 108
REFERENCES 111
ANNEXES ..... A
SERMENT D'HIPPOCRATE ..... A

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois, en présence des maîtres de cette faculté et de mes condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.

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

JE LE JURE !

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : La douleur est un motif de consultation très fréquent, chaque syndrome algique justifie des modalités particulières de prise en charge thérapeutique, selon son origine, ses caractéristiques et le terrain.

Objectif : évaluer la gestion de la douleur au CNHU-HKM de Cotonou

Méthode : il s'agit d'une étude transversale descriptive conduite sur une période d'un mois de janvier à février 2022 au CNHU-HKM. Un recrutement exhaustif a été fait et a inclus les sujets hospitalisés depuis au moins 24 heures et les soignants des différents services. L'APS-POQ-R a été adapté et utilisé comme outil de collecte chez les patients. Un questionnaire a été établi en vue d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CNHU-HKM.

Résultats : Des 265 patients recrutés, 79,62% avaient ressenti une douleur. La douleur était intense chez 87,51% d'entre eux. En dépit du faible taux de soulagement total (20,91%), 71,18% qualifient la prise en charge d'au moins "assez-bien". Des 193 soignants inclus, le quart (25,39%) ne sait pas reconnaître la douleur chez un patient, 62,17% ne savent pas la caractériser correctement. Plus de la moitié n'a pas une connaissance exacte des antalgiques et de leur appartenance aux paliers de l'OMS et 75, 56% n'ont jamais été formé en matière de douleur.

Conclusion : La douleur est fréquente, sévère et l'amélioration de la qualité de sa prise en charge reste un défi de santé à relever. L'étude suggère une véritable culture de lutte contre la douleur incluant l'implication des patients et une formation continue du personnel soignant.

Mots-clés : douleur, patient, prise en charge, qualité, soignant, connaissance, attitude, pratique, CNHU-HKM

ABSTRACT

Background : Pain is a very frequent reason for consultation, each pain syndrome justifies specific methods of therapeutic management, depending on its origin, characteristics and field.

Objective: To evaluate pain management at the CNHU-HKM of Cotonou

Method: This is a descriptive cross-sectional study conducted over a one-month period from January to February 2022 at the CNHU-HKM. An exhaustive recruitment was made and included subjects hospitalized for at least 24 hours and caregivers of the different services. The APS-POQ-R was adapted and used as a collection tool among patients. A questionnaire was designed to assess the knowledge and practical attitudes of the CNHU-HKM nursing staff.

Results: Of the 265 patients recruited, 79.62% had experienced pain. Pain was intense in 87.51% of them. Despite the low rate of total relief (20.91%), 71.18% described the management as at least "good enough". Of the 193 caregivers included, one quarter (25.39%) did not know how to recognize pain in a patient, 62.17% did not know how to characterize it correctly. More than half of them did not have an exact knowledge of analgesics and of their belonging to the WHO levels and 75, 56% had never been trained in pain.

Conclusion: Pain is frequent, severe and improving the quality of its management remains a health problem to be solved. The study suggests a real culture of pain control including the involvement of patients and continuous training of health care personnel.

Keywords : pain, patient, management, quality, caregiver, knowledge, attitudes, practices, CNHU-HKM