

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire : 2023 - 2024

Thèse N° :

THESE

**EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES
PATIENTS DANS LE SERVICE DE MEDECINE
INTERNE DU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le 24/12/2024 devant la faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

M. FIANYOH Kokou Messan Anaïs Jordane

Pour obtention du Diplôme de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : **Mr. Issa KONATE, Professeur titulaire**

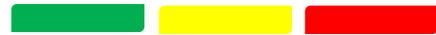
Membre : **Mme. Djénébou TRAORE MENTA, Maitre de conférences agrégée**

Membre : **Mr. Adama Seydou SISSOKO, Maitre-assistant**

Directeur : **Mr. Djibril SY, Maitre de conférences agrégé**

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire : 2023 - 2024

Thèse N° :

THESE

**EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES
PATIENTS DANS LE SERVICE DE MEDECINE
INTERNE DU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le 24/12/2024 devant la faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

M. FIANYOH Kokou Messan Anaïs Jordane

Pour obtention du Diplôme de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : **Mr. Issa KONATE, Professeur titulaire**

Membre : **Mme. Djénébou TRAORE MENTA, Maitre de conférences agrégée**

Membre : **Mr. Adama Seydou SISSOKO,**

Directeur : **Mr. Djibril SY, Maitre de conférences agrégé**

DEDICACES

&

REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ✚ **Mon père, FIANYOH Théodore**, mon héros, mon Tchaley ; je ne saurai te remercier de ta présence en tant que super protecteur, super enseignant, super papa, mon meilleur ami ; toi qui a su supporter mes incompréhensions avec patience. Du début jusqu'à la fin, tu as tenu ma main sans lassitude et m'a fait traverser ce relief, comme guide. Que le tout puissant te comble des juteux fruits des graines que tu a semé en moi. Je n'oublierai jamais ce proverbe de toi « **Kpôr wô, na kpôr siaa** », ces mots ont représenté la pierre angulaire de mon cursus. Merci PAPOU
- ✚ **Ma mère, Ablavi AMOUZOU-TCHEKE**, mon moule, à l'instant où j'écris ces vers, je manque de mots pour t'exprimer mes sincères reconnaissances pour ton amour inconditionnel ...

Ce document représente, le fruit de vos nuits de concertation, vos aller et retour sous le chaud soleil, des privations de vos propres plaisirs au dépend de ma croissance. Soyez en fiers mes héros.

- ✚ A la fratrie du nom de « **LES 4BOMBES** » dont je suis le deuxième, je cite, **Jean-Pierre FIANYOH, Ambra FIANYOH et Julian FIANYOH** ; je ne saurai vous témoigner ma reconnaissance pour votre présence, votre soutien, vos encouragements indéfectibles, qui ont représenté un puissant carburant pour mon cursus. Comme on le dit '**Ensemble, on est fort**', vous me l'avez prouvé et vous continuez par me le prouvez. **Je vous aime fort.**

REMERCIEMENTS

« Célébrez l'éternel, car il est bon, oui, sa bonté dure éternellement » 1 Chroniques 16 verset 34

C'est par ce verset, que nous exprimons notre gratitude pour ta miséricorde divine, ta bienveillance, ton soutien indéfectible et pour toutes ces fois que tu m'as relevé du bas fond du découragement et du désespoir.

Gloire et honneur au seigneur Jésus Christ : Nous rendons toute la gloire et l'honneur au seigneur Jésus Christ par qui tout ce travail a été possible. Nous avons vu sa puissante main agir durant toute la durée de ce travail. Nous le remercions pour la force qu'il nous a donnée.

« C'est de lui, par lui et pour lui que sont toutes choses. A lui la gloire dans tous les siècles ! Amen ! » Romains 11verset 36

- ✚ **A mes oncles et tantes**, merci pour tous vos conseils. Vous aurez toujours ma gratitude.

- ✚ **A mes cousins et cousines**, tellement nombreux que je ne pourrais tous vous citer, juste un grand merci pour vos encouragements.
- ✚ **A ma dulcinée Anna. A. P. ABALI**, ta présence, tes mots, et surtout tes ondes positives ont été un grand coup de pouce dans la réalisation de cette œuvre. Je te suis et te serai reconnaissant toute ma vie avec toi. Je t'aime.
- ✚ **A Dr. Moussa SISSOKO**, mon tuteur, mon père de Bamako, je suis venu les mains vides et vous m'avez accueilli les bras ouverts comme ton enfant et mon cursus durant. Grand de cœur, vous êtes, que le grand Dieu vous le rende au centuple.
- ✚ **A Mlle. Herberthe ZOGLO**, je te dis un profond merci pour la formidable personne que tu es et dont tu m'as fait gratifier tous ces moments, de beaucoup de manières. Merci pour ton précieux cadeau de cœur. Je ne te remercierai assez. Sache qu'en n'importe quel moment, Jordane est et sera disponible pour toi. Je te veux du bien, Ti.
- ✚ **A Dr. Kévine DONGMO GAPAYA**, vous êtes l'incarnation du dicton : *Les plus belles rencontres ne sont pas toujours celles qu'on programme*. En un laps de temps, vous m'avez été une grande sœur, une amie, une mère, une boussole, la protectrice, pour ne dire que ça. Je ne saurai avoir les mots conséquents pour t'adresser ma profonde gratitude. Tu restes et tu resteras l'une des plus belles personnes, tant physiquement que dans l'âme que ma modeste personne n'aimerait perdre de toute ma vie. Que le tout puissant, t'accorde tout le bonheur que ton cœur désire et surtout le sommet qui te sied. Sois bénie, Light-me.
- ✚ **A la communauté Togolaise au Mali, UATM et l'UEESTM**, merci pour la formation tant pédagogique, vie associative, professionnelle. Merci d'être une grande famille pour moi. Jamais je ne vous oublierai.
- ✚ **Aux communautés sœurs** ; Cameroun, Benin, Côte-d'Ivoire, Tchad, Gabon, Mauritanie, Congo ; merci pour l'intégration.
- ✚ **Au CLUB SIPROVET du mouvement TOASTMASTER**, vous qui faites de moi un leader, un super communicateur en incluant des valeurs sûres. Je vous en remercie énormément. La course ne fait que commencer. Rendez-vous au sommet.
- ✚ **A mes promotionnaires togolais, de la promotion P13Docs** : TCHAKALA Kadidja, Viviane, Rachelle, Rénata, Bernard GBAMA, Nicolas AKOUETE, Jules DOMADO, David KOFFI, Marius NYAMA, Legrand AKPADJA ; de camarades, on est maintenant une famille. Trop de bons moments passés ensemble. Jamais je ne vous oublierai. Je nous souhaite tous une très belle carrière socio-professionnelle et vivement nos projets.
- ✚ **Au service de Médecine Interne**, merci de m'avoir accueilli toute cette année. Vous m'avez donné une flamme puissante pour faire de ma carrière socio-professionnelle un processus exceptionnel. Je vous serai reconnaissant toute ma carrière.
- ✚ **Aux Drs.** Landoure, Koné, Awa, Sinayako, Stephan, Thérèse, Fatimata, Oumou, Soumare, Sorry, Samba. Merci infiniment pour l'encadrement
- ✚ **Aux internes de la Médecine Interne** : Kévine GAPAYA, Léa DONGUE, Tania N'GUEPI, Célia TALLA, Stella SILATSA, Safiatou COULIBALY, Ama SANGARE, Tenin KANE, Ange-Larissa MEDJONYE, Jéréd GUEYE, Prudence ADOUN, Max KOUADJO, Mohamed DIOMANDE, Aubrey KAMGANG, Cheick COULIBALY, Lamine KONE, Bourrama SYLLA ; merci de contribuer largement à mon apprentissage

dans une ambiance familiale. Vous savez bien, la route ne fait que commencer. A tous je souhaite une très belle, pimpante et brillante carrière socio-professionnelle.

- ✚ **Au corps professoral de la FMOS**, merci pour l'encadrement.
- ✚ **A ma cours**, Mr. BAGAYOKO Boua, sa femme Elvira, Dr. Mohamed, Elvane, Audrey merci pour le bon voisinage. J'ai beaucoup appris avec vous.
- ✚ **A la promotion SAMBOU Soumaré**, tout ce cursus je l'ai fait avec vous et il était plutôt plein de surprises, de haut de bas. Merci pour les moments. Je vous souhaite tous bon vent.
- ✚ **A tous les patients**, puisse le Seigneur vous accorde santé ; vous avez contribué à faire de moi un des meilleurs médecins.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY'S

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Issa KONATE

- Professeur titulaire en Maladies Infectieuses et Tropicales
- Médecin spécialiste en Maladies Infectieuses et Tropicales
- Diplômé interuniversitaire d'anti biologie et d'antibiothérapie en Afrique subsaharienne
- Praticien hospitalier au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G
- Secrétaire administratif de la société Malienne des pathologies Infectieuses et Tropicale (SOMAPIT)
- Membre de la Société Africaine des pathologies Infectieuses (SAPI)
- Membre de la cellule assurance qualité de l'Université des sciences, des Technique et des Technologies de Bamako (USTTB)
- Membre du groupe de coordination multisectorielle de lutte contre les résistances au antimicrobiens

Cher maitre, nous ne savons comment vous témoigner notre gratitude. C'est un réel plaisir pour nous de vous compter dans ce jury. Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait nous ont beaucoup marqués. Veuillez accepter cher maitre, de notre admission et nos vifs remerciements. Que Dieu vous prête longue vie.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Djibril SY

- Maître de conférences agrégé en médecine interne à la FMOS ;
- Diplômé en Médecine gériatrique de l'université de Rouen et de Paris VI en France ;
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G ;
- Membre de la SOMIMA ;
- Membre de la Société Malienne de Rhumatologie ;
- Ancien interne des Hôpitaux de Bamako.

Cher maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail. Vous nous avez Impressionné par vos qualités professionnelles et intellectuelles, votre disponibilité, votre Rigueur scientifique, votre compréhension et surtout vos qualités humaines. Que Dieu le tout Puissant vous bénisse et vous comble de sa grâce. Votre vivacité d'esprit et de présence font de vous un Maître adulé. Heureux de nous compter parmi vos disciples ; cher Maître, c'est le Moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Que Dieu le tout puissant vous bénisse et vous comble de sa grâce. Veuillez agréer cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciement.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeure Djénébou TRAORE MENTA

- Maître de Conférences Agrégée à la FMOS-USTTB ;
- Membre de la Société de Médecine interne du Mali (SOMIMA) ;
- Praticienne hospitalière au CHU du Point G ;
- Diplômée de l'université Paris VI sur la prise en charge du VIH ;
- Formation Post graduée en hépato- gastro-entérologie Mohamed V Maroc ;
- Diplôme universitaire (DU) en drépanocytose FMOS.

Chère Maître, c'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce modeste travail malgré vos multiples occupations. L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Votre humilité et votre disponibilité et surtout vos encouragements ainsi vos enseignements nous ont permis de mieux apprendre à vos côtés. Recevez chère Maître nos considérations les plus distinguées

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr. Adama Seydou SISSOKO

- Maître- assistant en Neurologie à la FMOS
- Spécialiste en Neurophysiologie
- Praticien Hospitalier au CHU Point G
- Membre de la société de Neurologie du Mali
- Membre de la société Malienne de neurosciences (SMNS)

Cher Maître,

Nous ne savons comment vous témoigner notre gratitude. C'est un réel plaisir et privilège pour nous de vous compter dans ce jury. Votre simplicité, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, votre sens du détail nous ont beaucoup marqués. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre admiration et vifs remerciements. Que Dieu vous prête longue vie.

ABREVIATIONS

CHC : Carcinome Hépatocellulaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CI : Contre-indication

DES : Diplôme d'étude supérieur

ES : Effets secondaires

EVA : Echelle verbale analogique

EVS : Echelle visuelle simple

EN : Echelle Numérique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

HD : Hypochondre droit

IOTA : Institut ophtalmologique tropical de l'Afrique

ICG : Insuffisance cardiaque Globale

IASP : International association for the study of the pain

ISA : Insuffisance Surrénalienne Aigue

IU : Infection urinaire

MI : Membre inférieur

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RGO : Reflux Gastro Œsophagienne

RVO : Rupture des Varices Œsophagiennes

SCA : Syndrome Coronarien Aigue

TSS : Trouble de la sensibilité superficielle

TSP : Troubles de la sensibilité profonde

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UGD : Ulcère Gastro Duodéal

Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur

Figure 2 : Activation du nocicepteur au niveau périphérique

Figure 3 : les différentes fibres nerveuses.

Figure 4 : les vitesses de conduction des fibres nerveuses nociceptives

Figure 5 : schéma général des voies de la douleur

Figure 6 : les voies de la douleur et substances modulatrices

Figure 7 : Théorie du gâte contrôle

Figure 8 : Echelle visuelle analogique

Figure 9 : Echelle numérique

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Tableau V : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation

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

Tableau VII : Répartition selon la durée d'évolution de la douleur avant l'admission

Tableau VIII : Répartition des patients selon qu'une échelle d'évaluation ait été utilisée ou non par le médecin à l'admission selon EVA

Tableau IX : Répartition des patients selon le type d'échelle utilisée par le médecin

Tableau X : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur à l'admission quel que soit l'échelle

Tableau XI : Répartition des patients selon le caractère de douleur

Tableau XII : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur à l'admission

Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes associés

Tableau XIV : Répartition des patients selon le retentissement de la douleur sur les activités

Tableau XV : Répartition des patients selon le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne

Tableau XVI : Répartition des patients selon le retentissement sur le moral

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'état des fonctions cognitives

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'attitude face à la douleur

Tableau XIX : Répartition des patients selon 1^{er} recours thérapeutique

Tableau XX : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur après le traitement initial selon EVA

Tableau XXI : Répartition des patients selon le médicament prescrit

Tableau XXII : Répartition des patients selon le changement d'antalgique

Tableau XXIII : Répartition selon le motif de changement d'antalgique

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le palier d'antalgique de substitution sans association

Tableau XXV : Répartition des patients selon les associations d'antalgiques après évaluation du premier traitement

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les mesures non médicamenteuses associées

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les étiologies de la douleur

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'évolution

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la durée du séjour

SOMMAIRE :

INTRODUCTION 2

Hypothèses..... 3

Objectifs..... 3

1 Generalites..... 4

1.1 Les composantes de la douleur..... 4

1.2 Physiologie de la douleur6

1.3 Contrôle de la nociception..... 13

1.4 Mécanisme physio pathologique..... 14

1.5 Evaluation des intensités.....15

1.6 Traitement de la douleur..... 18

2.1 type d'étude..... 31

2.2 type d'étude..... 31

2.3 Population d'étude.....31

2.4 critères d'inclusion..... 31

2.5 critères de non inclusion.....31

2.6 Echantillonnage..... 32

2.7 Collecte des données :..... 32

2.8 Saisie et analyses des données..... 33

2.8	Considération éthique.....	33
3	RESULTATS :.....	35
4	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	51
4.1	Profils cliniques :.....	52
4.2	Aspect thérapeutique.....	54
	Conclusion et recommandations.....	57
	Bibliographie.....	
	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
	Annexe.....	66

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou non à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme d'un tel dommage»[1].

La douleur agit comme un véritable système d'alarme et appelle à la vigilance de l'individu ;d'où la notion de douleur aiguë[2].Toutefois, lorsqu'elle persiste, la douleur initialement utile et préventive peut devenir délétère pour l'individu et se transformer en un syndrome douloureux chronique, d'où la notion de douleur chroniques[2].

La douleur est la première cause de consultation en médecine générale et dans les services d'accueil d'urgence[3]. Au Canada, la prévalence de la douleur chronique chez l'adulte était de 18,9 % [3].

En France, une étude menée auprès de 30 155 personnes représentatives de la population générale, montre une prévalence de la douleur chronique de 30%. Cette prévalence augmente avec l'âge[4]. L'étude STOPNEP a évalué la prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère chez les adultes de 18 ans et plus à 19,9 %, soit environ 12 millions de personnes en France[5].

Au Bénin, une étude réalisée sur l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur chez les patients en milieu hospitalier à Cotonou, sur 408 patients recrutés, 76,7% avaient ressenti une douleur au cours des 24 premières heures d'hospitalisation. La douleur était sévère chez 72,5% de ces patients[6]

Au Mali, la prévalence de la douleur au cours des urgences intra hospitalières en 2013 se situe entre 60et 80%, avec une incidence élevée des douleurs intenses[7]. Dans le service de médecine interne du CHU Point G, elle concernait 3% des sujets âgés de 65 ans et plus en 2019 [7].

Plusieurs études ont été faites au Mali sur l'évaluation de la douleur et sa prise en charge dans des services d'oncologie, de rhumatologie, d'accueil des urgences. Hormis l'étude de Nyanke [7] chez le sujet âgé de plus de 65ans au service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G, aucune n'est axée sur les patients de toute tranche d'âge ; raison de notre étude nous permettant d'avoir une vue panoramique des moyens d'évaluation de la douleur chez les patients.

Question de recherche :

L'évaluation de la douleur était-elle au centre de la prise en charge de la douleur chez les patients séjournant en Médecine interne ?

HYPOTHÈSES

Hypothèse nulle : L'évaluation de la douleur est au centre de la prise en charge de la douleur chez les patients séjournant en Médecine interne.

Hypothèse alternative : L'évaluation de la douleur n'est pas au centre de la prise en charge de la douleur chez les patients séjournant en Médecine interne.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer la douleur chez les patients en Médecine Interne du CHU du point G.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la douleur.
- Identifier les caractères sociodémographiques des patients algiques.
- Décrire les principales caractéristiques de la douleur.
- Evaluer la douleur avant et après le traitement antalgique.
- Déterminer les principales étiologies de la douleur.

1 GENERALITES

1.1 Définition

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage (IASP) [1].

L'intérêt de cette définition est de mettre sur un même plan les dimensions sensorielles et affectives. Le traitement d'une information nociceptive s'effectue en parallèle au niveau des différentes structures centrales : très schématiquement, le thalamus latéral et le cortex pariétal pour la composante sensori-discriminative, le système réticulaire et le thalamus médian et le système limbique pour la composante affective. L'étude de la douleur est souvent perturbée par un ensemble de facteurs dont la complexité est liée au fait qu'ils dépendent de l'état affectif et /ou émotionnel ainsi que la motivation du patient.

La douleur demeure une expérience subjective, phénomène essentiellement central modulé par les expériences antérieures, le degré de motivation et les processus d'anticipations. Ces différents facteurs appartiennent à la sphère psychologique et contribuent largement aux difficultés de quantification de la douleur. Il démontre largement que, d'une part, il convient d'abandonner une distinction trop classique somatique/psychologique d'autres part, l'acceptation d'un mécanisme central, essentiellement neuropsychologique, aidant à mieux comprendre les notions fréquentes de discordances anatomocliniques, voire de placebo-sensible. Ainsi, est-il possible de relativiser un lien trop étroit entre la douleur et le stimulus périphérique et de mieux comprendre l'absence éventuelle parallélisme entre l'étendue d'un dommage tissulaire et la sévérité d'une douleur.

1.2 Les composantes de la douleur

En 1968, MELZACK et CASEY définissent quatre composantes de la douleur. [23] Quel que soit le mécanisme initiateur, la douleur est une expérience subjective complexe constituée de quatre composantes interactives que sont les composantes sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale.

Grandes composantes de la douleur

Les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur
(Marchand, 1995).

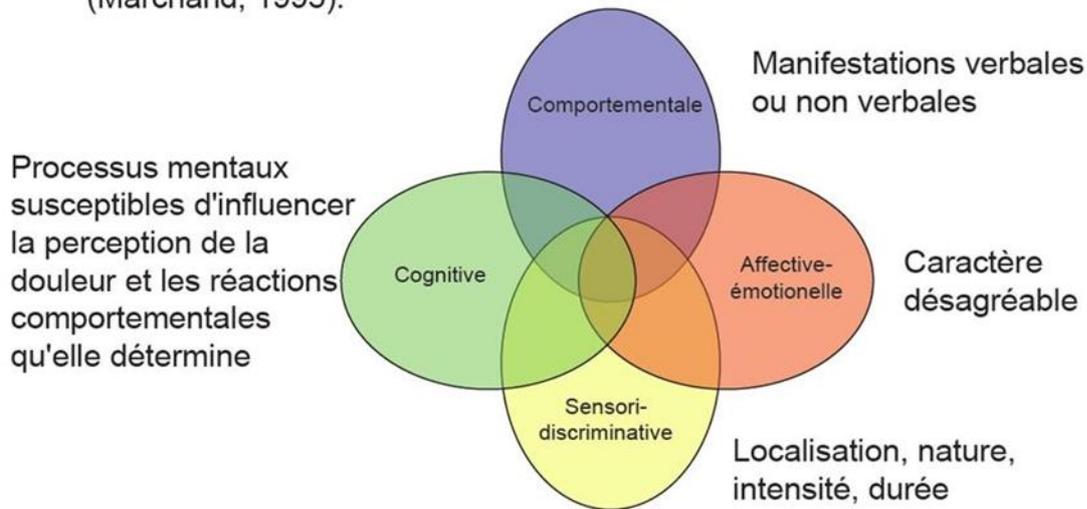


Figure 1 : les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur (Marchand 1995). [59]

1.2.1 La composante sensori-discriminative :

Correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de la localisation et de l'intensité de la douleur. [24,25]

L'histoire du sujet et son vécu personnel influencent cette dimension émotionnelle. [26]

1.2.2 La composante affectivo-émotionnelle :

Se manifeste par la tonalité affective que déclenche la douleur chez un sujet et par les modifications de son état émotionnel. Cela peut se prolonger vers des états affectifs plus différenciés tels que l'anxiété ou la dépression. [24,25]

1.2.3 La composante cognitive :

Comprend les processus mentaux susceptibles d'influencer la perception et les réactions comportementales face à la douleur : phénomènes d'attention, signification et interprétation de la situation, référence à des expériences passées vécues ou observées. [24,25]

1.2.4 La composante comportementale :

Équivaut à l'ensemble des manifestations observables chez le patient douloureux. Elles peuvent être physiologiques (paramètres somato-végétatifs), motrices (posture, attitude antalgique, limitation des activités), ou verbales.

L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs extérieurs : familiaux, sociaux, culturels, professionnels, temporels et environnementaux. [24,25]

Cela explique la forte subjectivité de la douleur et les différentes réactions très variées que peuvent avoir plusieurs sujets face à un stimulus douloureux.

1.3 Physiologie de la douleur

1.3.1 Les voies de transmission et de perception de la douleur :

La transmission douloureuse est un phénomène complexe impliquant des mécanismes électrophysiologiques et neurochimiques où cinq étapes essentielles vont se succéder entre le message périphérique et la perception de la douleur : La genèse, la transduction, la transmission, la modulation, et la perception de la douleur.

À chaque étape, il existe des mécanismes d'amplification de l'influx nerveux (sensibilisation), mais également de frein physiologique, d'où ressort un message modulé qui arrive au cerveau, où il est intégré comme douleur.

La voie de la nociception emprunte principalement 3 neurones principaux : le neurone afférent périphérique (nocicepteur), le neurone spinothalamique et le neurone thalamocortical. [10]

1.3.1.1 La genèse du signal nociceptif

Après une lésion tissulaire, l'inflammation s'installe en impliquant différents médiateurs qui vont agir sur le nocicepteur, les ions H⁺ et l'ATP libérés par les cellules lésées, la sérotonine, l'histamine et la phospholipase A2 (cette dernière est une enzyme clé dans la formation des prostaglandines), le facteur de croissance nerveux (NGF), la bradykinine, les cytokines (TNF α , IL-1, IL-6) libérés respectivement par les plaquettes, les mastocytes et les macrophages activés, la substance P et le CGRP libérés par les neurones sensitifs, vont tous participer à l'activation du nocicepteur (Fig1). [11]

Les messages nociceptifs sont générés au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses, constituant des arborisations plexiformes dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires ainsi que dans les parois des viscères. La densité de l'innervation cutanée compte en moyenne un minimum de 600 terminaisons libres par cm². 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.

Au niveau des viscères : les récepteurs viscéraux sont « polymodaux », activés par plusieurs types de stimuli : chimiques (substances algogènes), mécaniques ou la distension +++, et thermiques.

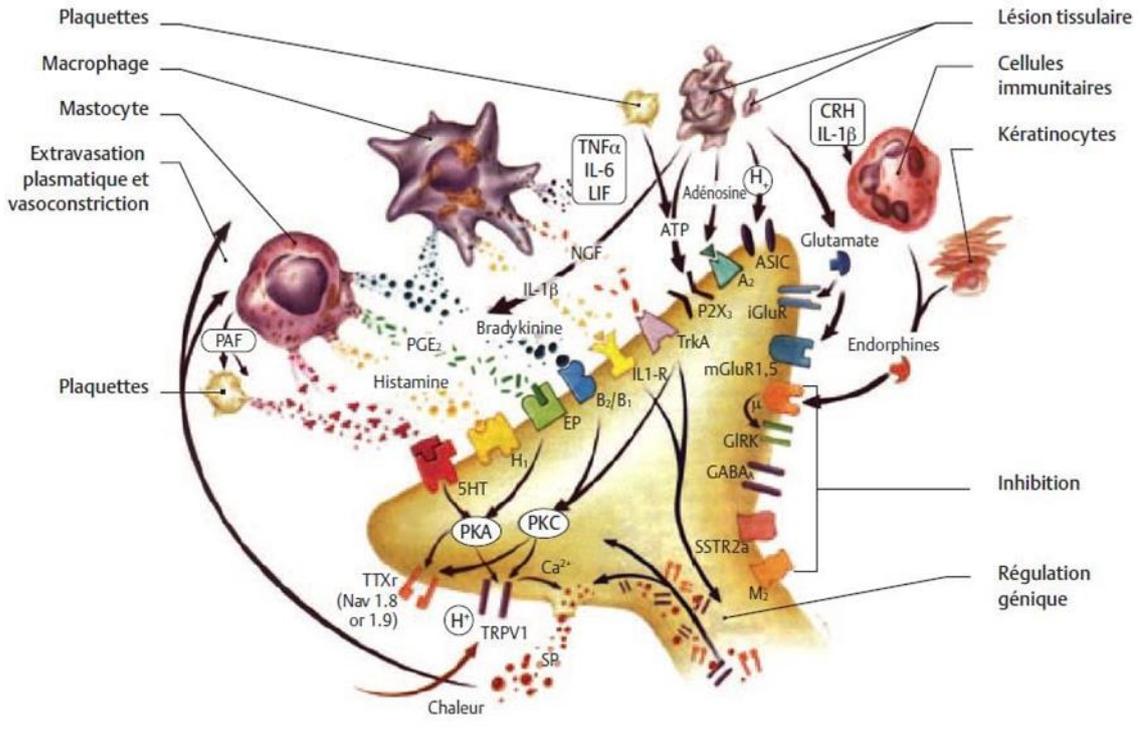


Figure 2 : Activation du nocicepteur au niveau périphérique (d’après Meyer et al., 2006).

Les messages nociceptifs sont ensuite véhiculés dans les nerfs par différentes fibres, classées en fibres myélinisées et non myélinisées.

Ces apports biochimiques augmentent la sensibilité des fibres nociceptives (Fig1).

1.3.1.2 Les récepteurs périphériques :

Il existe 5 types de récepteurs périphériques qui répondent de façon sélective aux stimuli engendrés par les lésions tissulaires : Les mécanorécepteurs, les thermorécepteurs, les chémorécepteurs, les propriorécepteurs, et les nocicepteurs ;

Tableau 1 : les modes d’action et les types histologiques des différents récepteurs périphériques. [15]

Récepteurs	Actions	Types histologiques
Mécanorécepteurs	Toucher, pression légère, tension	Corpuscule de Meissner (toucher, responsable des sensations tactiles fines). Corpuscule de Pacini (pression en profondeur, responsable de la sensation de vibration). Corpuscule de Merkel (pression en profondeur).

Thermorécepteurs	Chaud, froid	Corpuscule de Krause (diminution de la température et toucher). Corpuscule de Ruffini (dans la peau, responsable de la sensation de pression constante).
Chémorécepteurs	PH acide ou alcalin	
Propriocepteurs	Se situer dans l'espace, Changement de longueur et de tension des muscles et tendons	Faisceaux neuromusculaires, organes tendineux de Golgi
Nocicepteurs	Stimulus douloureux	

1.3.1.3 Les fibres sensorielles :

Le diamètre des fibres sensorielles est en rapport avec le type de récepteurs auxquels correspondent ces axones. Pour les nocicepteurs, on distingue :

Les fibres A alpha sont fortement myélinisées, de gros diamètre (10-15µm) et d'une vitesse de conduction d'influx nerveux très rapide de 60-100m/s, donc l'information circule très rapidement. Les fibres A beta sont très myélinisées, de diamètre moyen (4-12µm) et d'une vitesse de conduction de 20-100m/s. Les fibres A alpha et A beta sont responsables de la proprioception et du toucher.

Les fibres ont un diamètre de 1-6µm et une vitesse de conduction de 5-25m/s, et les fibres C ont un diamètre de 0.3-2 avec une vitesse de conduction de 3-15m/s. Or ces fibres A delta et C qui sont responsable de la douleur ne sont que très peu voire pas myélinisées et sont caractérisées par un seuil d'excitation électrique élevé, un pouvoir d'adaptation lent et une vitesse de propagation de l'influx lente.[11]

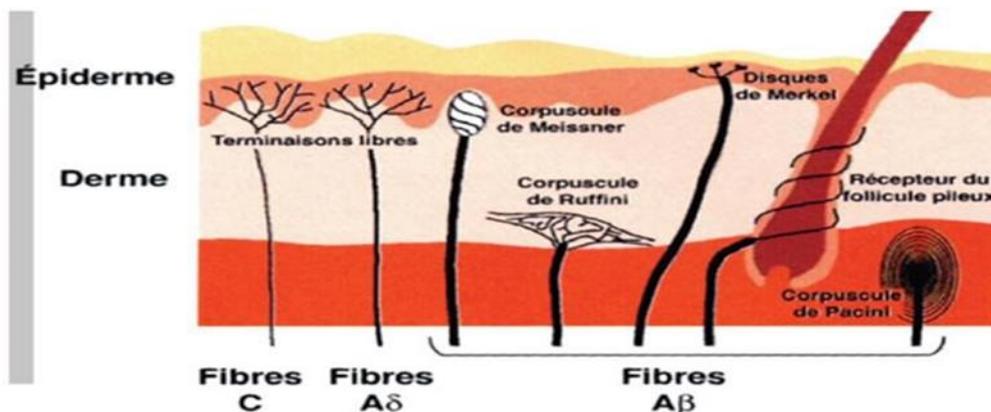


Figure 3 : les différentes fibres nerveuses. [10]

Les différentes vitesses de conduction des deux types de fibres nerveuses nociceptives (A-delta et C) expliquent la façon particulière dont on ressent la douleur lorsque l'on se blesse : d'abord

une douleur aiguë, vive et précise qui fait place quelques secondes plus tard à une douleur plus diffuse et plus sourde. Ce délai provient de la vitesse de conduction différente des fibres A delta et C qui fait que leur message n'atteint pas le cerveau exactement en même temps. Ce que l'on nomme la « douleur rapide » qui disparaît assez vite, vient de la transmission d'influx nerveux dans les fibres A-delta. La « douleur lente » plus persistante, est issue de la stimulation des fibres C non myélinisées. On estime que ces dernières comptent pour environ 80 % des fibres nociceptives. [12]

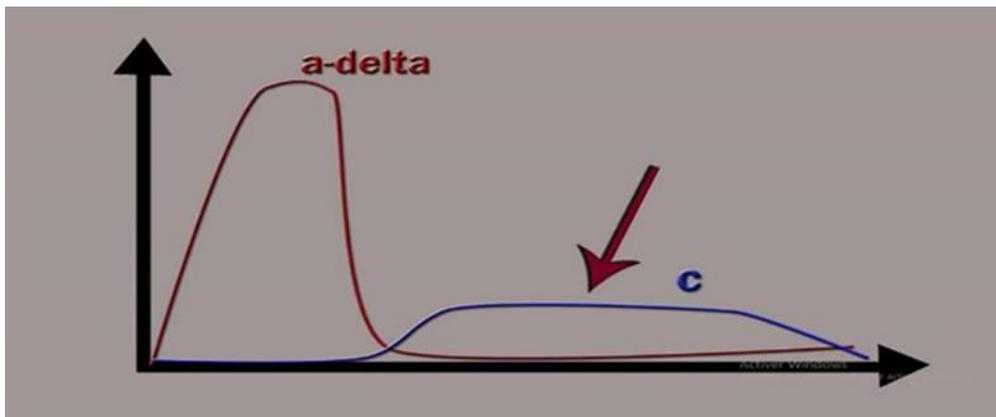


Figure 4 : les vitesses de conduction des fibres nerveuses nociceptives (A-delta et C) [12]

➤ **La transduction :**

C'est le codage du message sensoriel pour l'acheminement de l'information nociceptive vers la corne postérieure de la moelle épinière. La transduction est réalisée par des récepteurs canaux qui dépolarisent la terminaison libre des nocicepteurs, activant ainsi les canaux sodiques dépendant du voltage permettant la génération et la propagation du potentiel d'action. [13]

Au niveau de la terminaison centrale du nocicepteur dans la corne postérieure de la moelle, les potentiels d'actions vont provoquer l'entrée de calcium qui permettra la libération de nombreux neuromodulateurs et molécules de signalisation dans la fente synaptique. [11,14] Il existe à ce niveau une modulation du signal nociceptif de type excitateur ou inhibiteur.

➤ **La transmission :**

Le potentiel d'action nociceptif chemine dans le nocicepteur jusqu'à la corne dorsale de la moelle où il sera transmis à un neurone de second ordre spinothalamique (de la moelle épinière vers le thalamus). Le neurone secondaire croise immédiatement dans la moelle en passant sous le canal de l'épendyme pour former la voie spinothalamique en position ventrolatérale de la moelle et conduit l'information jusqu'à différentes régions des complexes ventrobasal et centro-médian du thalamus somato-sensoriel où il fera un contact synaptique avec le troisième neurone ou neurone tertiaire. [15]

➤ **La modulation :**

Ensemble des mécanismes par lesquels le message nerveux des nocicepteurs peut être modulé au niveau spinal mais aussi central.

En particulier, il existe des contrôles inhibiteurs descendants issus du tronc cérébral qui s'exercent sur la transmission spinale des messages nociceptifs : après stimulation nociceptive périphérique, il y a mise en jeu d'un contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) provenant de nombreuses régions du tronc cérébral et mettant en jeu des voies noradrénergiques, sérotoninergiques et enképhalinergiques.

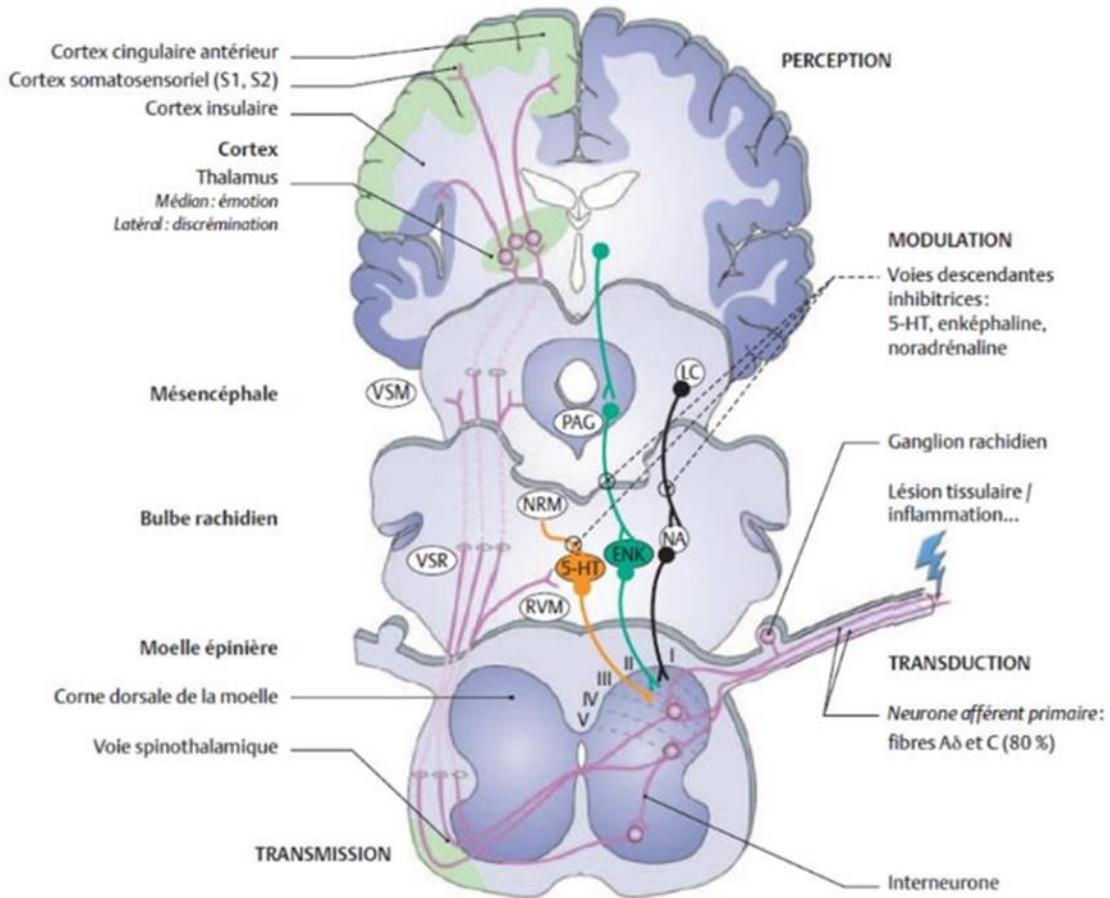
➤ **La perception de la douleur :**

Lorsque l'information nociceptive atteint le cerveau par les voies thalamo-corticales. Le neurone tertiaire ou thalamo-cortical conduit les informations nociceptives vers différentes régions du cortex somato-sensoriel et certaines structures limbiques.

Les centres supérieurs de la douleur permettent de réaliser la complexité de l'équilibre entre les composantes sensorielles ou discriminatives (aires somesthésiques pariétales S1 et S2) et affectives ou émotionnelles (cortex cingulaire antérieur, insula) de la douleur.

L'activation du cortex préfrontal pourrait être en rapport avec les aspects cognitifs de la perception douloureuse.

La sensibilité thermique quant à elle est assurée par des récepteurs spécifiques, les thermorécepteurs.



5-HT : sérotonine ; ENK : enképhaline ; LC : locus coeruleus ; NA : noradrénaline ; NRM : noyau du raphé magnus ; PAG : substance grise pédonculaire ; RVM : moelle rostroventromédiale ; VSM : voie spinomésencéphalique ; VSR : voie spinoréticulée.

Figure 5 : schéma général des voies de la douleur (modifié d'après Fields 2004). [11]

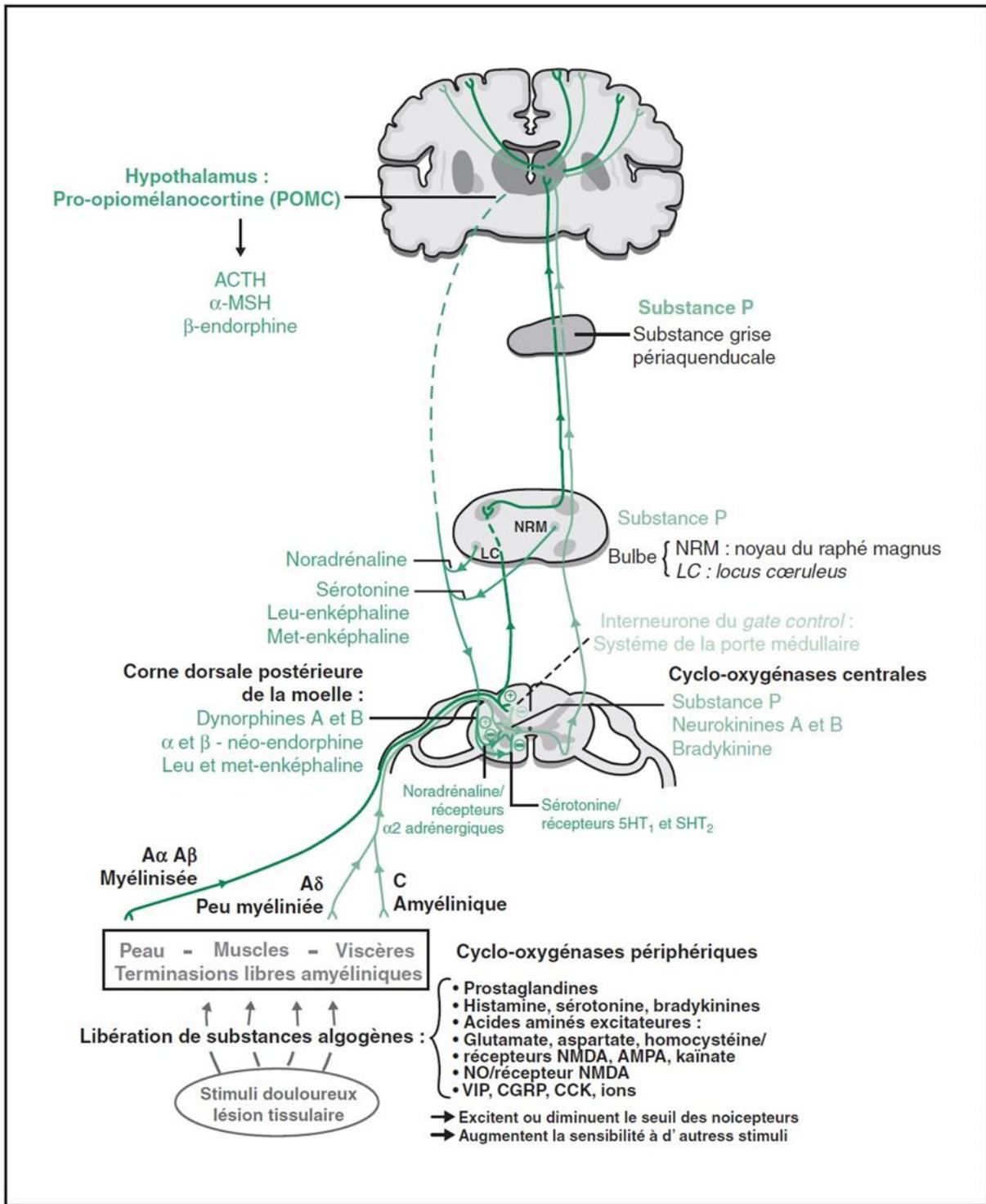


Figure 6 : les voies de la douleur et substances modulatrices. [16]

1.4 Contrôle de la nociception

L'influx nerveux est modulé tout au long de son trajet vers le cerveau et même après son arrivé au cerveau via des systèmes régulateurs qui vont soit diminuer soit intensifier l'intensité de la douleur. La Théorie de la gâte contrôle : Théorie de Melzack et Wall proposée en 1965, est basée sur certaines caractéristiques électrophysiologiques des fibres qui pénètrent dans la corne postérieure, sur leur organisation électro-fonctionnelle, sur leur agencement histologique et sur l'existence d'un système de contre-réaction central. Ces auteurs indiquent qu'en dehors de toute stimulation cutanée, il existe une activité de fond permanente au niveau des petites fibres (Delta et C) en raison de l'adaptation lente des récepteurs, d'une post-décharge prolongée et d'une activité parfois spontanée. En revanche, les fibres de gros diamètre sont soit actives, soit totalement silencieuses. [10,17]

Ces 2 types de fibres pénètrent dans la corne postérieure de la moelle en entrant en connexion avec les cellules de la substance gélatineuse par des filets collatéraux. Les fibres de gros diamètre auront une influence soit excitatrice, soit inhibitrice sur les fibres de petit diamètre, créant ainsi une porte permettant ou non aux stimuli de passer, donnant son nom à cette théorie : le « gâte control », ou contrôle de la porte (Fig. 6). C'est cette théorie qui est actuellement la plus « en vogue », tant sur le plan scientifique que sur le plan didactique, son mécanisme d'action étant facile à comprendre, même si elle ne résout pas tous les problèmes.

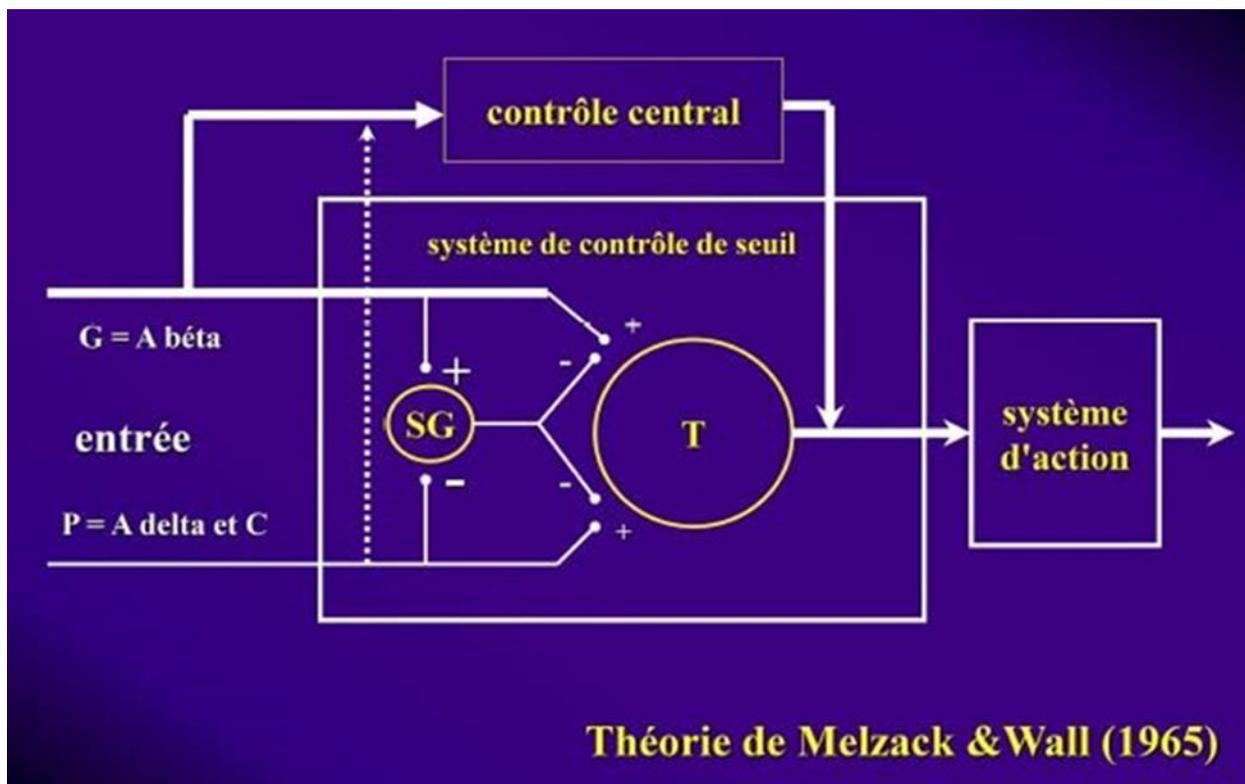


Figure 7 : Théorie du gâte contrôle (d'après Melzack, Wall 1965). [10]

1.5 Mécanisme physio pathologique

Selon le mécanisme physiopathologique, il existe 04 types de douleurs : [9,18,19]

1.5.1 Douleur nociceptive :

La nociception est le processus sensoriel, qui est à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur.

Elle est due à l'activation des récepteurs nociceptifs périphériques par des processus lésionnels inflammatoires, ischémiques ou mécaniques, dans ce cas les voies de transmission nociceptive sont intactes (il n'y a pas d'atteinte du système nerveux) [18].

Elle peut être somatique (peau, muscle) décrite comme aiguë, Continue, pulsatile bien localisée, sensible à la pression,

Elle peut être viscérale est mal localisée, avec la sensation d'être rongé ou tenaillé lorsqu'un viscère creux est atteint, ou bien continue, ou fulgurante si elle est due à une lésion capsulaire ou mésentérique.

Elle peut être mécanique provoquée par la mobilisation et l'activité physique, et calmée par le repos ; ou alors inflammatoire déclenché surtout la nuit et calmée par la mobilisation.

1.5.2 Douleur neurogène :

Elle est due à une atteinte du système nerveux périphérique ou central [19], le plus souvent en rapport avec des lésions, des irritations ou alors des dysfonctionnements des nerfs périphériques, secondaires à la tumeur, à une intervention chirurgicale, à une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Il s'agit d'une douleur lancinante qui se manifeste par des sensations de brûlure, décharge électrique, fourmillement, démangeaison, engourdissement, à caractère Continue ou paroxystique, dont la région douloureuse n'est pas nécessairement celle du site de la lésion ; elle est parfois associée à un déficit sensitif-moteur et localisée au niveau de la zone innervée par la structure lésée. [20]

1.5.3 Douleur mixte :

Il s'agit d'une douleur qui associe les deux mécanismes neuropathique et nociceptif, surtout liée à l'envahissement d'un tronc ou d'un plexus nerveux par la tumeur. Dans 20 à 50% des cas, les douleurs cancéreuses sont mixtes [21,22,20]

1.5.4 Douleur idiopathique :

Il s'agit d'un symptôme qui ne s'explique par aucune pathologie organique. Une évaluation psychologique peut être utile si les symptômes psychologiques et comportementaux semblent jouer un rôle important. C'est avec prudence qu'il faut parler de troubles idiopathiques chez le cancéreux car leur douleur a presque toujours un lien avec la pathologie organique sous-jacente.

1.5.5 Douleur psychogène :

C'est une douleur d'origine purement psychiatrique : qui se manifeste par des sensations de douleurs corporelles réelles, et qui peut avoir plusieurs origines : conversion (hystérie), somatisation, hypochondrie, dépression masquée.

Sa prise en charge est psychiatrique et psychologique

1.6 Evaluation des intensités

En 1986, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a présenté une échelle analgésique comme cadre de travail que peuvent utiliser les médecins dans l'élaboration des plans thérapeutiques pour la douleur causée par le cancer. Ces lignes directrices thérapeutiques ont ouvert la voie à de nombreuses améliorations dans la prise en charge de la douleur cancéreuse, [27]

L'évaluation de l'intensité de la douleur est une étape primordiale dans la prise en charge de la douleur cancéreuse, des échelles standardisées ont été établies afin d'apprécier cette intensité :

1.6.1 Les Echelles Unidimensionnelles :

Permettent une appréciation quantitative de la douleur quantifiée par le malade et qui nécessite une coopération et une bonne compréhension de la part du patient. [28]

1.6.1.1 Echelle Visuelle Analogique (EVA) :

C'est une échelle sensible, reproductible, simple et fiable, Il s'agit d'une réglette d'autoévaluation avec deux faces : une face patiente sur laquelle un trait rouge est tracé et qui comprend la mention pas de douleur à droite et douleur maximale imaginable à gauche, et une face médecin cotée de 0 à 10.

Le Soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de sa douleur au moyen d'un curseur qu'il déplace. Le Soignant veillera à ne pas montrer la face graduée avec les chiffres au patient et ne pas lui donner le chiffre ; Et on demande au patient de déplacer le curseur vers l'une des deux mentions en fonction de l'intensité de sa douleur [29,30]



Figure 8 : Echelle visuelle analogique. [37]

1.6.1.2 Echelle Numérique (EN) :

C'est l'outil le plus simple, elle permet la cotation de la douleur et de son soulagement. On demande au patient de noter sa douleur de 0 à 10 ; 0 représente l'absence de douleur et 10 douleur maximale imaginable. [29,31]



Figure 9 : Echelle numérique. [38]

1.6.1.3 Echelle Verbale Simple (EVS) :

On demande au patient d'entourer le chiffre qui représente le mieux sa douleur : 0 : douleur absente.

- 1 : douleur faible.
- 2 : douleur modérée.
- 3 : douleur intense.
- 4 : douleur extrêmement intense.

1.6.2 Les Echelles Pluridimensionnelles :

Permettent l'appréciation qualitative et quantitative de la douleur, celles-ci permettent de mesurer la réponse thérapeutique sur chacun des dimensions de la douleur (sensorielle et émotionnelle), il existe plusieurs questionnaires :

1.6.2.1 BPI (l'inventaire abrégé de la douleur) :

Il s'agit de demander au patient de répondre aux questions afin de nous renseigner sur les caractéristiques de sa douleur (son Intensité et son retentissement sur le plan biopsychosocial). Le questionnaire PBI permet d'évaluer par un score de 0 à 10 l'intensité de la douleur au moment actuel, l'intensité de la douleur en général, l'intensité minimale et maximale de la douleur durant la semaine dernière et l'amélioration sous traitement antalgique.

Le BPI évalue également les répercussions de la douleur sur la qualité de vie du patient notamment : l'activité générale, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, la relation avec les autres, le sommeil et le goût de vivre. Ces répercussions seront notées par le malade de 0 :

Absence de gêne jusqu'à 10 : une gêne extrême ou complètement [31]

1.6.3 Les Echelles D'hétéro-évaluations, Ou Comportementales :

Réalisées par un observateur, dans le cas où le patient est incapable d'évaluer lui-même l'intensité de sa douleur (enfant, sujet très âgé, non communicant), elle est basée sur le comportement verbal et non verbal, Ce comportement est traduit par un score qui permet d'affirmer la présence de la douleur et parfois d'en quantifier la sévérité.

1.6.3.1 Evaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée :ECPA

C'est un questionnaire Destiné à une Personne âgée présentant des troubles de la communication verbale, L'échelle comporte huit items regroupés en 2 dimensions : observation avant les soins (4 items), observation pendant les soins (4 items). Chaque item comporte 5 degrés de gravité progressive croissante allant de 0 à 4. La cotation globale va de 0 (pas de douleur) à 32 (douleur extrême). Un score supérieur à 6 est le signe d'une forte suspicion de douleur. [32,33]

Echelle ALGOPLUS :

C'est un questionnaire destiné aux Personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale, l'échelle comporte cinq items (domaines d'observation) ; La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles-que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.

En pratique, pour remplir la grille, il est impératif d'observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général. 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 deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80%.

Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux. [34]

Douleur Enfant Gustave Roussy DEGR :

Cette échelle a été publiée avec 15 et 10 items. La version courte (10 items) a été validée pour l'enfant cancéreux âgé de 2 à 6 ans. Chaque item est coté de 0 à 4 ce qui correspond à un score allant de 0 à 40 (respectivement).

Le recueil des données, sur plusieurs heures, fractionnées en différents moments et en différentes situations, permet une évaluation collective (confrontation) et représente une aide précieuse pour le médecin prescripteur qui y associera un examen clinique complet et rigoureux [27,30]

Questionnaire DOLOPLUS :

Cette échelle d'évaluation comportementale de la douleur chronique est adaptée aux sujets âgés non communicants et a été validée pour cette population. Elle ressemble davantage à l'échelle DEGR® car elle comprend 10 items regroupés en trois sous-groupes selon leur fréquence d'expression du retentissement somatique, psychomoteur ou psycho-social

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30. La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30. [34,35]

Questionnaire DN4 :

C'est un questionnaire d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques qui comprend 04 questions avec 10 items, 1 point pour chaque item positif. Le test est considéré comme positif si le score est supérieur ou égale à 4/10, un test positif signe la présence de douleur neuropathique avec une sensibilité de 82,9% et une spécificité de 89,9% avec une valeur prédictive positive de 86%. [19, 27,28,30].

Le Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) pain scale:

Comporte sept items relatifs à la composante sensorielle de la douleur, les cinq premières questions s'intéressent à la présence de sensations désagréables (piques, picotements, fourmillements), à l'apparence de la peau (rougeur, marbrure), à l'hypersensibilité au toucher, aux décharges électriques et à la sensation de brûlure. Les deux dernières questions portent sur l'examen clinique à la recherche d'une allodynie et d'une altération du toucher-piquer.

Un score supérieur à 12/24 signe la présence d'une douleur neuropathique avec une sensibilité de 85%, une spécificité de 80% et une valeur prédictive positive de 82%. [36,37]

1.7 Traitement de la douleur

Le soulagement de la douleur est considéré comme un droit humain par de nombreuses organisations professionnelles de santé [39,40], ce droit implique des devoirs de la part des cliniciens ; entre autres le devoir d'évaluer et de traiter cette douleur en conformité avec les meilleures pratiques contemporaines.

En pratique clinique et dans un premier temps, la douleur doit être précisément analysée de façon à en identifier la cause, l'intensité et les mécanismes sous-jacents.

La conduite thérapeutique est dictée par le type physiopathologique de la douleur ainsi que son intensité.

1.7.1 Les principes généraux du traitement de la douleur :

Quelle que soit la situation clinique rencontrée, il est primordial de prendre en compte certaines règles, afin de soulager efficacement les patients ; et parmi ces règles [28,41,42,43] :

- 1- Le Traitement étiologique de la maladie.
- 2- L'anticipation de la douleur.
- 3- L'instauration d'un traitement antalgique selon le mécanisme et l'intensité de la douleur : Ce point est important, parce que les médicaments antalgiques devraient être prescrits en fonction du degré de douleur du patient plutôt que selon la perception de la douleur par le personnel médical. Si le patient dit qu'il a mal, il est important de le croire. Ce point fait référence aux niveaux de l'échelle analgésique expliqués en détails plus loin.
- 4- L'utilisation de la voie d'administration la plus simple : la voie orale et la voie transdermique doivent être privilégiées à la voie intramusculaire, sous cutanée ou intraveineuse ; car elles sont plus régulières et permettent l'autonomie du patient.
- 5- La prise d'antalgiques à des intervalles réguliers ; Pour soulager la douleur adéquatement, il est nécessaire de respecter la durée d'action du médicament et de prescrire la dose à prendre à des intervalles précis, en fonction du degré de la douleur perçue par le patient. Il faut ajuster la dose du médicament jusqu'à ce que le patient soit soulager.
- 6- L'adaptation de la posologie pour chaque patient au cas par cas, selon l'âge du patient, selon son poids, les tares associées et les traitements concomitants. Il n'existe pas de dosage standardisé dans le traitement de la douleur. Chaque patient réagit différemment. Et le dosage correct est celui qui permet un soulagement adéquat de la douleur ; Cette posologie doit être adaptée pour atteindre un juste équilibre entre l'effet analgésique et les effets secondaires.
- 7- Le respect des contre-indications, des mises en garde et précautions d'emploi des traitements antalgiques envisagés.
- 8- La prévention des effets secondaires.
- 9- Le traitement des accès douloureux : par les interdoses +++
- 10- Le traitement de l'anxiété et de la dépression.
- 11- L'association de moyens non médicamenteux.
- 12- La réévaluation régulière de la réponse thérapeutique.
- 13- L'association simultanée de deux produits de la même classe pharmacologique ayant la même cinétique est à proscrire.
- 14- L'utilisation de co-antalgiques doit être envisagée à chaque niveau.

1.7.2 Les traitements antalgiques :

1.7.2.1 Le traitement de la douleur par excès de nociception :

En 1986, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a présenté une échelle analgésique comme cadre de travail que peuvent utiliser les médecins dans l'élaboration des plans thérapeutiques pour la douleur causée par le cancer. Qui repose sur une escalade d'antalgique selon 03 paliers

Palier I :

Les douleurs légères à modérées $EN \leq 4$ traitements par antalgique périphériques non morphinique : paracétamol, aspirine, AINS, COX-2.

Le paracétamol est le principal médicament parmi les O3, doit être utilisé toutes les quatre à six heures à des doses de 500 à 1000 mg par prise, jusqu'à 4 g par jour, la posologie maximale ne doit pas dépasser 3g/j chez les sujets de moins de 50kg, les sujets âgés, en cas d'atteinte hépatique, en cas d'alcoolisme chronique, de dénutrition, de déshydratation, ou d'insuffisance rénale chronique. [45]

Grace à leur effet anti-inflammatoire les AINS peuvent être très efficace sur les douleurs modérées à intenses. La posologie des A.I.N.S dépend des dosages et des caractéristiques cinétiques individuelles. Il n'y a aucune étude qui montre la supériorité d'un AINS sur les autres ni en matière d'efficacité ni de toxicité [46].

Il est nécessaire de surveiller périodiquement l'utilisation à long terme des AINS ou des inhibiteurs sélectifs la cyclo-oxygénase-2 (COX-2), car ils peuvent induire une toxicité grave telle que : hémorragie gastro-intestinale, la dysfonction plaquettaire et l'insuffisance rénale. COX-2 inhibiteurs sélectifs peuvent augmenter les risques cardiovasculaires et thrombotiques [47,48].

Palier II :

Les antalgiques du palier II sont des opioïdes faibles indiqués dans les douleurs modérées à sévères, ou après échec des antalgiques du palier I de l'OMS.

Les douleurs modérées à sévères $4 < EN \leq 7$.

Le traitement se fait par opiacés mineurs codéine, tramadol.

La codéine et le tramadol sont souvent associés a du paracétamol ce qui donne une action synergique sur l'efficacité. Le chlorhydrate de tramadol qui a une action sur les récepteurs μ et sur la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline a une action antalgique potentielle à la fois sur les douleurs par excès de nociception et sur les douleurs neuropathiques. [49]

La codéine est un alcaloïde de l'opium, agoniste morphinique pur. Sur le système nerveux central, la dihydrocodéine possède une activité antalgique dont la puissance est environ le dixième de celle de la morphine. Sur les centres respiratoires, la dihydrocodéine exerce une action dépressive, elle est antitussive. [50]

Palier III :

Les douleurs sévères $EN \geq 7$

Le traitement nécessite l'utilisation des opiacés majeurs, morphine, oxycodone, hydromorphone, méthadone, fentanyl.

Dans de nombreux pays, depuis 1977, la morphine par voie orale a été utilisée dans les centres et les unités de soins palliatifs comme médicament de choix pour le traitement de la douleur cancéreuse chronique d'intensité modérée à sévère, car elle est efficace, est largement tolérée, simple à administrer et peu coûteuse. En outre, la morphine est le seul analgésique opioïde pris en compte dans la liste OMS des médicaments essentiels contre la douleur chez l'enfant et l'adulte [51]. Les co-antalgiques peuvent être associés aux antalgiques aux O3 niveaux et qui ont une action synergique : prednisone, dexaméthasone

La plupart des patients peuvent être soulagés grâce à une approche thérapeutique qui associe en plus du traitement antalgique des traitements antitumoraux spécifiques et d'autres traitements non invasifs tels que la psychothérapie.

1.7.2.2 Règles de prescriptions des opioïdes : [52]

1. Identification du type de la douleur.
2. Prévention de la douleur, et pas de prescription à la demande.
3. Prescription à des intervalles réguliers en fonction de la durée d'action, en privilégiant les formes à libération prolongée pour améliorer l'observance.
4. Prescription à des doses suffisantes adaptées par palier de l'OMS.
5. Utilisation de la voie d'administration la plus simple : orale, sublinguale, rectale.
6. Prévention systématique des effets secondaires.
7. Prescription personnalisée à chaque personne en adoptant la posologie la plus efficace avec le minimum d'effets secondaires.
8. L'âge avancé et l'insuffisance hépatique nécessitent une diminution des doses et une surveillance étroite.
9. La prescription doit être écrite et expliquée clairement au patient.
10. Éviter d'associer des médicaments avec le même mode d'action.
11. L'efficacité doit être contrôlée les premiers jours, avec réajustement des doses :
 - Douleur permanente augmentation 50% de la dose.
 - Douleur intermittente augmentation de 20% de la dose.
 - pas de douleur et effets secondaires diminution de 20% de la dose.
 - Signe de surdosage diminution de 50% de la dose.
 - une douleur avec des signes de surdosage et des effets secondaires : il s'agit d'un problème diagnostique, il faut changer le traitement ou la voie d'administration et évaluer la composante psychique.

1.7.2.3 Coefficient de conversion entre les différentes voies d'administration de la morphine : C'est le rapport de puissance relative à la morphine orale

Voie rectale est équivalente à la voie orale

I V est 1 : 3, la voie sous cutanée S/C 1 :2, péridurale 1 : 10, intrathécale 1 :100.

1.7.2.4 Titration :

La titration de la douleur par un morphinique est la première étape de la prise en charge de la douleur. Ce concept de titration tente de satisfaire trois objectifs : l'évaluation de la douleur, son soulagement rapide, et l'adaptation de la dose journalière du patient. Dans ce cas la dose est jugée efficace par le patient lui-même.

La morphine à libération immédiate à une demi-vie courte et elle est indiquée au cours de cette phase de titration.

1.7.2.5 La rotation des opioïdes :

Indication principale : effets indésirables rebelles (Troubles cognitifs, hallucinations, myoclonies, nausées), malgré un traitement symptomatique adéquat.

Indication rare : résistance aux opioïdes (absence d'efficacité et absence d'effets indésirables).

Modalités : douleurs instables et rebelles : passer à une voie injectable IV ou SC ; Changement d'opioïdes en espérant améliorer le rapport bénéfice/risque

1.7.2.6 Les effets indésirables des opiacés et leurs Gestion [53,54,55] :

Beaucoup de patients développent des effets indésirables à l'introduction des morphiniques ; tels que la constipation, les nausées ou les vomissements, la rétention urinaire, le prurit et les troubles du SNC (sommolence, troubles cognitifs, confusion, hallucinations).

La réduction de la dose d'opiacés peut réduire l'incidence et/ou la gravité des événements indésirables. Ceci peut être réalisé en utilisant un co-analgésique ou une approche alternative, tel qu'un bloc nerveux ou une radiothérapie. D'autres stratégies comprennent l'utilisation continue des antiémétiques contre les nausées, les laxatifs pour la constipation, les tranquillisants majeurs et des psychostimulants pour la confusion et la somnolence. Toutefois, puisque certains des effets secondaires peuvent être provoqués par l'accumulation de métabolites toxiques, le passage à un autre agoniste opioïde et/ou une autre voie peut permettre la titration à une analgésie suffisante sans les effets invalidants. La Méthyl-naltrexone administrée par injection sous-cutanée doit être utilisée dans le traitement de la constipation liée aux opioïdes résistant aux laxatifs classiques (elle bloque spécifiquement l'effet des opioïdes sur les récepteurs des fibres musculaires lisses digestives sans abolir l'effet antalgique).

1.7.2.7 Quelques formes : [52,56]

- **Sulfate de morphine** :

Elle existe en formes de libération prolongée et rapide.

- **La forme à libération prolongée (LP)** sur 12 heures (SKENAN ou MOSCONTIN® 10, 20 et 40, 80 mg) délai d'action 1 à 2 heures, durée d'action 12 heures.
- **La forme à libération immédiate (ACTISKENAN)** :

le délai d'action est de 30 à 40 minutes, avec une durée d'action de 4 heures.

La posologie de départ sera de 60 mg de sulfate de morphine (30 mg matin à 8 heures et 30 mg le soir à 20 heures) sauf pour les sujets très âgés ou insuffisants rénaux. L'augmentation se fera tous les jours ou tous les deux jours par paliers de 50 % en plus le matin et le soir.

Tous les patients doivent recevoir la fourniture d'une « dose de sauvetage » pour gérer les exacerbations transitoires de douleurs. L'interdose est généralement équivalente à + 10% à 15% de la dose journalière totale. Si plus de quatre doses de sauvetage par jour sont nécessaires, le traitement de référence des opioïdes avec une formulation à libération lente doit être adapté.

Les opioïdes avec un début rapide et de courte durée sont préférés comme médicaments de secours

Les interactions médicamenteuses : Alcool. Les médicaments dépresseurs du SNC. Les IMAO. Les antalgiques de paliers 2 et 3.

Les contre-indications et précautions :

L'insuffisance respiratoire décompensée, l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale, l'état convulsif, et l'éthylisme.

Les signes de surdosage :

La somnolence premier signe avec myosis serré (qui est un signe d'imprégnation), une diminution de la fréquence respiratoire et des Troubles de la conscience

Conduite à tenir :

Hospitalisation en essayant de maintenir le patient éveillé avec mise en condition et oxygénothérapie. L'injection de l'antidote naloxone et des mesures de réanimation cardiorespiratoire peuvent être nécessaires.

- **Oxycodone (Oxynorm) :**

Dont la puissance analgésique est de l'ordre de 2 fois celle de la morphine

La forme à libération prolongée (Oxycontin LP ® 10, 20 et 40, 80 mg)

La forme à libération Immédiate (Oxynorm ® 5, 10, 20 mg) : le délai d'action 30 minutes et la durée d'action est de 4 heures. Avant d'arriver à la bonne dose antalgique, le sujet bénéficiera d'inter doses de comprimés de niveau II ou de comprimés de morphine immédiate

Tant que le sujet a besoin d'inter dose c'est que le traitement de base doit être augmenté en maîtrisant la constipation. On peut aller à des posologies de 1 à 2 g de morphine per os.

- **Hydromorphone (Sophidone ®) :**

Dont la puissance analgésique est de l'ordre de 7,5 fois celle de la morphine. 4, 8, 16 et 24 mg est un dérivé semi-synthétique de la morphine, délai d'action 30 minutes, durée d'action 4 heures.

C'est une alternative orale à la morphine. Elle est indiquée lors de douleurs intenses d'origine cancéreuse, en cas de résistance et/ou d'intolérance (exemples : troubles cognitifs, somnolence et hallucinations) ou de résistance à la morphine. L'efficacité survient au bout de 2 heures et pendant 12 heures.

- **Fentanyl (Durogésic ®) :**

Dispositif transdermique de 25, 50, 75, 100 µg/h d'emblée ou après passage par les sulfates de morphine per os. Cet antalgique réclame 12 heures pour bénéficier d'un plein effet qui dure trois jours. Il est particulièrement indiqué pour les sujets présentant des effets indésirables digestifs dus à la morphine orale. L'augmentation de la posologie se fait tous les trois jours avec

des interdosages de morphine selon les besoins. Les 4 ou 5 patches de 100 µg/h constituent la limite en pratique étant donné la surface cutanée nécessaire.

Indications : il est réservé à des douleurs stables et pas pour initialiser un traitement (2^{ème} intention), ou quand la voie orale est impossible (Mal absorption digestive (ex : grêle radique), ou chez les patients avec une polymédication orale gênante. La doses équianalgésique : 25µg = 60 mg morphine orale/j = 1mg/h morphine IV = 2mg/h morphine SC.

Buprénorphine (Temgesic ®) : La buprénorphine est un agoniste partiel-antagoniste ce qui contre-indique sont association à d'autres opioïde. Il existe sous trois formes : la forme injectable s/c, IM ou IV, la forme orale en comprimés sublinguales, et la forme en patch.

Les effets indésirables les plus fréquents sont : la somnolence, la constipation, les nausées, et les vomissements. Ces effets sont transitoires et disparaissent en quelques jours excepté la constipation.

- **Nalbuphine (Nubain®) :**

C'est un analgésique central semi-synthétique type agoniste-antagoniste qui agit en bloquant les influx nerveux véhiculant la douleur, indiqué dans les douleurs modérées à intenses ou rebelles aux antalgiques palier II de l'OMS. Cet antalgique a un effet plafond et l'augmentation de la dose au-delà de 0.3mg/kg n'est pas recommandée.

Les effets indésirables les plus fréquents sont : la somnolence, la constipation, les nausées, et les vomissements. Ces effets sont transitoires et disparaissent en quelques jours excepté la constipation.

1.7.3 Traitements de la douleur neuropathique :

Ce sont des douleurs non morphino-sensible et leur prise en charge médicamenteuse repose sur les anticonvulsivants: prégabaline, carbamazépine, gabapentine, Rivotril canaux calciques ; carbamazépine, lamotrigine canaux sodiques ; topiramate, oxcarbazépine, autres canaux sodiques. Les anxiolytiques antidépresseurs tricyclique amytriptiline, clomipramine, imipramine ; inhibiteurs mixtes NA/5HT venlafaxine, duloxétine ; ISRS fluoxétine

Gabapentine en 3 prises 300 – 2400mg/j.

Pregabaline cp 25 50 75 100 150 200 300mg : 2 à 3 prises 100 600 mg/j.

Carbamezepine comprimés ou solution buvable a des doses lentement progressives de 100–1200mg /j.

Amitryptiline comprimés a 25 et 75mg et gouttes buvables 4% 1cp a 25mg ou 05 à 10 gouttes le soir.

1.7.4 Les Co antalgiques :

Ce sont des médicaments ou des techniques utilisés en association avec les traitements antalgiques afin d'en potentialiser l'efficacité.

1.7.4.1 Les corticoïdes :

Ils sont utilisés comme antalgiques en raison de leur action anti-œdémateuse, mais aussi pour leurs effets sur d'autres symptômes comme la cachexie ou l'anorexie et les vomissements.

Indication des corticoïdes chez le patient cancéreux Les compressions médullaires.

L'hypertension intracrânienne.

Les plexopathies et les douleurs neuropathiques par compression ou infiltration tumorale.

Le lymphœdème.

Les douleurs en rapport avec un effet de masse de la tumeur (foie, ORL, médiastin).

Les métastases osseuses.

Le syndrome cave supérieur.

1.7.4.2 Les anesthésiques locaux :

Ils ont pour rôle la désensibilisation des nerfs qui causent la douleur dans une petite région du corps. il existe trois voies d'administration de ces anesthésiques locaux :

-**La voie péri-médullaire**, les anesthésiques concernés par cette voie sont la bupivacaine, la lévobupivacaine et la ropivacaine, et qui sont recommandés en cas de douleurs rebelles aux morphiniques. Ils peuvent être administrés également par voie péridurale seuls ou en association a des morphiniques.

-**La voie parentérale**, la lidocaïne par voie intraveineuse peut être utilisée en milieu hospitalier avec des traitements adjuvants (kétamine, antidépresseurs, anticonvulsivants), surtout dans les douleurs type neuropathique rebelles.

-**La voie topique**, soit sous forme de crème (lidocaïne-prilocaine) qui est utilisée pour l'analgésie des plaies ulcérées et dans les douleurs cutanées liées à des nodules de perméation ou des métastases cutanées nécrosées ; soit sous forme de lidocaïne emplâtre, efficace dans les douleurs neuropathiques focalisées. [44]

MÉTHODOLOGIE

2 METHODOLOGIE

adre d'étude

Nous avons effectué notre étude dans le service de Médecine interne du CHU du Point G.

➤ **Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Point G**

Le CHU du Point G jadis appelé Hôpital National du Point G est l'une des 5 (cinq) structures Hospitalières nationales de 3ème référence de la ville de Bamako capitale politique du Mali avec le CHU de Gabriel TOURÉ, le CHU IOTA, le CHUOS et l'Hôpital du Mali et situé en Commune III du district. Il emploie 700 personnes environ ; et est géré par 3 (trois) organes :

- Un conseil d'administration
- Une direction générale
- Un comité de gestion

La structure est dotée de 3 (trois) missions

- Mission de soins
- Mission de formation
- Mission de recherche

La dénomination du « G » est une terminologie topographique (géodésique) ; il s'agit du niveau par rapport à la mer à Dakar appliqué à la colline sur laquelle est situé le CHU dont la construction remonte à 1906. Il fut fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar. Érigé en hôpital en 1959, il bénéficie du statut d'établissement public à caractère administratif (E.P.A) doté de personnalité morale et de l'autonomie financière en 1992 suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05 décembre 1992. En 2006, à l'occasion des cérémonies marquant le centenaire de l'hôpital, le ministre de la santé, dans son allocution a souligné que dans le cadre du renforcement des capacités, l'hôpital du Point G devra signer la convention hospitalo-universitaire lui donnant ainsi son statut de CHU avec le personnel bi appartenant et le recrutement des internes par voie de concours.



Photo 1 : Bureau des entrées du CHU Point G

Sortie à gauche et Entrée à droite du CHU du Point. Géographiquement, le CHU est bâti sur 25 hectares de superficie et sur une colline située au nord de la ville de Bamako, à 8kilomètres du centre-ville, opposée à la colline de Koulouba et sur la route de Kati, rendant ainsi son accès assez difficile. Il compte 17 services (médecine, plateau technique, imagerie et chirurgie comprise).

➤ **Présentation du Service de Médecine Interne**

Le service de Médecine Interne fait parti des services médicaux que compte le CHU du Point G (Cardiologie, Gynécologie Obstétrique, Hématologie Oncologie, Maladies Infectieuses, Neurologie, Néphrologie, Pneumologie, Gastrologie, Rhumatologie, Psychiatrie, Imagerie médicale, Laboratoire d'Analyses Médicales, Anatomie Pathologique et Cytologique, pharmacie hospitalière). Le personnel est composé de médecins spécialistes en médecine interne, de médecins étudiants en spécialisation de médecine interne, de thésards, d'infirmiers et de manœuvres ou Garçons de Salle. C'est dans un contexte considérant la vétusté, l'exigüité de l'ancien service des temps colons et surtout de l'inadéquation entre l'application des nouvelles compétences médicales requises et l'existence des plateaux techniques révolus malgré des multiples tentatives de travaux correctifs mais aussi dans un souci de respect minimum de l'intimité des patients que l'avènement du nouveau service de Médecine Interne a été plus que salutaire. Érigé en 2 étages en couleur jaune d'or (synonyme de richesse) et par endroit de couleur verte sur 685m²x3 de surface avec assez de commodités requises et investit le 2 février 2013 après 2 à 3 ans de fin des travaux de construction pour problème d'équipements, ce service en forme de cuve (convexe en avant et concave en arrière) est limité

au NORD par le central d'épuration des eaux usées du CHU, au SUD par la route bitumée le séparant des services de pneumologie et de cardiologie B et menant à la psychiatrie à l'EST, à l'OUEST par le service des Maladies Infectieuses et le centre de l'association des PVVIH.



Photo 2 : Vue d'ensemble de face convexe - Médecine Interne côté Sud au bord de la route

Le nouveau service de 50 lits avec des salles ayant la particularité d'être dotées en toilettes internes et modernes sauf 3, comprend 5 unités :

Une unité de Diabétologie au Rez-de-chaussée avec 12 lits d'hospitalisation :

- 4 salles de première catégorie ;
- 4 salles de deuxième catégorie de 2 lits chacune ;
- 3 salles de consultation = DES ;
- PVVIH et des Professeurs au couloir est ;
- 1 bureau du major au couloir est ;
- 1 salle des infirmiers au couloir nord ;
- 1 salle des urgences de 2 lits au couloir est
- 1 salle d'éducation thérapeutique des diabétiques complètement équipée au début du couloir est ;
- 1 salle de connexion internet non équipée près de l'escalier en face de la porte principale ;

Evaluation de la douleur chez les patients en Médecine interne au CHU du point G

- 1 salle des techniciens de surface ou techniciens de surface près de l'escalier en face de la porte principale ;
- 1 salle de pansement au couloir est ;
- 2 toilettes repartis entre techniciens de surface et malades accompagnants près de la porte principale au couloir nord ;
- 1 petit magasin pour matériels de nettoyage près de la place dédiée à l'ascenseur
- A l'extrême est du couloir, l'escalier secondaire se limitant au deuxième et dernier étage contrairement à l'escalier principal conduisant jusqu'au toit du bâtiment ;

Une unité d'Endoscopie digestive équipée au Rez-de-chaussée

- 1 salle d'endoscopie digestive haute
- 1 salle d'endoscopie digestive basse ;
- 1 salle d'attente ;
- 1 salle de pose café ;

Une unité de Médecine Interne et de Géronto-gériatrie au premier étage avec deux ailes

Couloir **est** :

- 8 salles de deuxième catégorie de 2 lits chacune ;
- 1 salle de réanimation non fonctionnelle avec 2 lits ;
- 1 salle de pansements et des soins en face de cette dernière ;
- 1 bureau du major à 10 m environ de l'escalier principal ;
- 1 salle des infirmiers à l'extrême du couloir ;
- 1 salle des techniciens de surface au début du couloir à 5 m environ de l'escalier
- 1 magasin ;

Couloir **nord** :

- 2 salles VIP fonctionnelles à l'extrême du couloir ;
- 2 salles de première catégorie ;
- 1 salle de deuxième catégorie de 2 lits ;
- 2 salles de troisième catégorie de 3 lits chacune sans toilette interne ;
- 2 toilettes au début du couloir repartis entre GS et certains malades et leurs accompagnants ;

Deuxième étage : il comprend deux couloirs

Nord :

- 4 bureaux de médecins
- 1 salle des DES
- 1 salle de troisième catégorie de 3 lits sans toilette interne (non fonctionnelle)
- 1 salle des internes
- 2 toilettes repartis entre personnels et certains malades et leurs accompagnants
- Une grande salle de conférence en face de l'escalier principal et à mi-chemin entre les

Couloirs.

Est :

- 4 bureaux des professeurs avec chacun une salle de consultation : KAYA Assetou Soukho, Djénébou TRAORE MENTA, Djibril SY.
- 2 bureaux des assistants et praticiens hospitaliers
- Une salle de consultation des professeurs
- 1 salle des archives
- 1 secrétariat

2.2 Type d'étude

S'il s'agissait d'une étude descriptive, transversale à collecte prospective sur une durée de six mois allant du 01 Octobre 2023 au 31 Mars 2024 dans le service de Médecine Interne du CHU du Point G.

2.3 Population d'étude

L'étude a porté sur les patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne.

- Critères d'inclusion

Il s'agissait de tous patients hospitalisés, quel que soit le motif avec un tableau de douleur, âgés d'au moins 18 ans, quel que soit le sexe, l'ethnie et l'origine géographique sans discrimination sociodémographique.

- Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

-Tous patients non algiques ; ayant moins de 18ans et non hospitalisés dans le service pendant notre période d'étude.

-Tous patients n'ayant pas donné son consentement.

2.4 Echantillonnage

Tous les patients qui répondaient aux critères d'inclusion et qui avaient été hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU du point G. Un questionnaire a été soumis à tous les patients.

Notre échantillonnage était exhaustif.

2.5 Collecte des données :

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, couplés à un interrogatoire minutieux des patients et consignées sur une fiche d'enquête individuelle préétablie.

s d'études et définitions opérationnelles

- **Variables d'études**

La fiche d'enquête nous a permis d'étudier les paramètres suivants :

- ✚ Les caractéristiques sociodémographiques (identité, âge, sexe, profession, ethnie) ;
- ✚ Les antécédents (personnels, familiaux)
- ✚ Les caractéristiques de la douleur (le siège, le type, l'horaire, l'intensité, durée, l'évolution)
- ✚ Le retentissement de la douleur (sur la vie quotidienne, sur l'activité professionnelle, sur son activité sociale, psychologique)
- ✚ La prise en charge de la douleur (par le patient et par le médecin)
- ✚ Les étiologies de la douleur
- ✚ Les moyens médicamenteux et non médicamenteux

- **Définitions opérationnelles**

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou non à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes»[1].

La douleur aiguë est une douleur évoluant de moins de trois mois. Elle a une fonction de signal d'alarme permettant à l'être humain de réagir face à une agression corporelle[5].

La douleur subaiguë ou persistante est une douleur présente depuis quelques semaines, en général plus de six semaines [5].

La douleur chronique est une douleur qui persiste pendant plus de 3 mois ». L'objectif de sa prise en charge est rarement la résolution de la douleur, mais avant tout de réduire le handicap corollaire de la douleur et d'améliorer la qualité de vie du patient[5].

La douleur neuropathique est définie comme une douleur causée par une lésion ou une maladie du système somato-sensoriel.

Tableau de correspondance des niveaux de douleur pour l'indicateur « Evaluation et prise en charge de la douleur »

Modalité à cocher	Score	Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
Echelle Verbale Simple	0 - 4	0	1	2	3	4
EN ou EVA (en mm)	0 - 100	0	1 - 39	40 - 59	60 - 79	80 -100
ENS ou EVA (en cm)	0 - 10	0	1 - 3	4 - 5	6 - 7	8 -10
Autres échelles acceptées		Pas de douleur	Faible	Modérée	Forte	Insupportable

2.7 Saisie et Analyses des données

La saisie des textes et des tableaux a été réalisée grâce aux logiciels Microsoft Office Word 2016 et Excel 2016 et l'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 2020.

2.8 Considération éthique

Un consentement verbal libre et éclairé des patients a été obtenu avant leur inclusion à l'étude. Le refus du patient à ne pas participer à l'étude n'a empêché en rien sa prise en charge et son suivi dans le service. Les renseignements donnés par chaque patient ont été totalement confidentiels et ne pourront être divulgués. Ils sont uniquement utilisés à des fins de recherche.

RESULTATS

3 RESULTATS :

3.1 Résultats globaux

Sur la période d'étude allant du 1^{er} Octobre 2023 au 31 Mars 2024. 286 patients ont été hospitalisés dont 62 patients répondaient à notre critère d'inclusion soit une fréquence de 21,67 %.

3.2 Résultats spécifiques

Tableau V : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Féminin	38	61,3
Masculin	24	38,7
Total	62	100,0

Le sexe féminin a représenté 61,3% avec un sex-ratio de 0,63.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'âge

Age en année	Effectif	Pourcentage (%)
< 30 ans	11	17,7
30 – 39 ans	7	11,3
40 – 49 ans	14	22,6
50 – 59 ans	9	14,5
60 – 69 ans	13	21,0
> 69 ans	8	12,9
Total	62	100,0

La tranche d'âge de 40 et 49 ans était de 22,6%

Tableau VII : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Femme au foyer	27	43,5
Commerçant	11	17,7
Cultivateur/Éleveur	7	11,3
Retraité	3	4,8
Étudiante	1	1,6
Sage-femme	3	4,8
Comptable	2	3,2
Agent d'appui	2	3,2
Enseignant	4	6,5
Militaire	1	1,6
Instituteur	1	1,6
Total	62	100,0

Les femmes au foyer ont représenté 43,5% de l'échantillon suivi des Commerçants avec 17,7%

.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié (e)	46	74,2
Célibataire	9	14,5
Divorcé (e)	1	1,6
Veuf (ve)	1	1,6
Non précisé	5	8,1
Total	62	100,0

74,23% des patients étaient mariés

Tableau V : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation (types de signe à l'admission)

Signes à l'admission	Effectifs n= 62	Pourcentage (%)	
Signes généraux	Fièvre	2	3,22
	Asthénie globale	1	1,61
	Polyurie-polydipsie	4	6,45
Signes neurologiques	Céphalées	2	3,22
	Confusion	2	3,22
	Vertige rotatoire	1	1,61
Signes cardio-vasculaires	Douleur thoracique	4	6,45
	Dyspnée	2	3,22
Signes cutanéomuqueux	Plaie du pied	7	11,29
	Epaississement de la peau	3	4,84
	Tuméfaction du MI	12	19,35
	Ictère	2	3,22
	Eruption cutanée	1	1,61
Signes digestifs	Douleur abdominale	3	4,84
	Distension abdominale	1	1,61
	Masse de HD	2	3,22
	Diarrhée	1	1,61
	Méléna	1	1,61
	Hématochésie	2	3,22
Signes ostéo-articulaires	Douleur dorsolombaire	4	6,45
	Douleur articulaire	2	3,22
	Polyarthralgie	1	1,61
Autres	PEC d'une cétoacidose	1	1,61
	PEC d'une hypoglycémie	1	1,61

Le motif d'hospitalisation était la tuméfaction du membre inférieur chez 19,35% de nos patients.

Tableau VI : Répartition des patients selon le siège de la douleur du patient

Siège de la douleur		Effectifs n=62	Pourcentage%
Digestif	Abdominale diffuse	15	24,2
	Epigastre	8	12,9
	Hypochondre droit	6	9,7
	Anale	1	1,6
	Hypogastre	2	3,2
	Ostéo-articulaire	Dorso-lombaire	4
Cuisse droite		2	3,2
MTP distales		5	8,1
Genou		2	3,2
Cheville		5	8,1
Rachis thoracique		6	9,7
Central	Céphalique	3	4,8
Thoracique	Médio-thoracique	2	3,2
	1/3 Supérieur de l'hémithorax gauche	1	1,6

Le siège de la douleur était abdominal chez 24,2% de nos patients

Tableau VII : Répartition selon la durée d'évolution de la douleur à l'admission

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage en %
Aigue	45	72,6
Chronique	17	27,4
Total	62	100

La douleur était aigue chez 72,6% des patients.

Tableau VIII : Répartition des patients selon qu'une échelle d'évaluation ait été utilisée ou non par le médecin à l'admission selon EVA

Echelle d'évaluation de la douleur	Effectif	Pourcentage%
Oui	48	77,4
Non	14	22,6
Total	62	100,0

Chez 77,4 % de nos patients, une échelle d'évaluation de la douleur a été utilisée

Tableau IX : Répartition des patients selon le type d'échelle utilisée par le médecin

Type d'échelle	Effectif n=48	Pourcentage (%)
EVA	22	45,8
EVS	15	31,3
ENS	9	18,8
Doloplus	2	4,1

EVA était l'échelle utilisée dans 45,8 % par le médecin pour évaluer la douleur

Tableau X : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur à l'admission

Intensité		Effectif n=48	Pourcentage
EVA	Douleur faible	3	6,2
	Douleur modérée	8	16,7
	Douleur intense	9	18,8
	Douleur insupportable	2	4,2
EVS	Douleur faible	3	6,2
	Douleur modérée	3	6,2
	Douleur intense	7	14,6
	Douleur insupportable	2	4,2
ENS	Douleur faible	2	4,2
	Douleur modérée	5	10,3
	Douleur intense	2	4,2
	Douleur insupportable	0	0
Doloplus	Douleur faible	0	0
	Douleur modérée	2	4,2
	Douleur intense	0	0
	Douleur insupportable	0	0

La douleur était intense dans 37,6 % des cas quel que soit l'échelle utilisée.

Tableau XI : Répartition des patients selon le caractère de douleur

Caractère de la douleur	Effectif	Pourcentage (%)
Mécanique	4	6,5
Inflammatoire	38	61,3
Mixte (Inflammatoire et mécanique)	20	32,3
Total	62	100,0

La douleur était inflammatoire dans 61,3% des cas

Tableau XII: Répartition des patients selon l'évolution de la douleur avant admission

Evolution	Effectif	Pourcentage
Intermittente	14	22,6
Progressive	35	56,5
Récurrente	9	14,5
Régressive	4	9,1
Total	62	100

La douleur était d'évolution progressive dans 56,5% des cas

Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes associés

Signes associés	Effectif n=62	Pourcentage%
Hypoesthésie cutané	17	27,4
Hyperesthésie cutané	28	45,2
Trouble de la sensibilité superficielle	7	11,3
Trouble de le sensibilité profonde	8	12,9
Allodynie	2	3,2

La douleur était associée à une hyperesthésie cutanée dans 45,2% des cas

Tableau XIV : Répartition des patients selon le retentissement de la douleur sur les activités

Retentissement	Effectif	Pourcentage (%)
Absentéisme	29	46,8
Repli sur soi	16	25,8
Diminution du cercle d'ami	10	16,1
Faible estime de soi	7	11,3
Total	62	100

La douleur avait un retentissement à type d'absentéisme dans 46,8%

Tableau XV : Répartition des patients selon le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne

Impact	Effectif	Pourcentage (%)
Empêche de rester debout	21	33,9
Diminue les capacités d'accomplir les tâches domestiques	9	14,5
Limite la distance de marche	8	12,9
Impossibilité de tenir un objet de la main	12	19,4
Empêche de sortir du lit	8	12,9
Empêche de rester assis	3	4,8
Empêche de labourer	1	1,6
Total	62	100

La douleur empêchait de rester debout chez 33,9% des cas

Tableau XVI : Répartition des patients selon le retentissement sur le moral

Retentissement		Effectif	Pourcentage
Non		37	59,7
Oui	Tristesse	9	14,5
	Colère	5	8,1
	Découragement	4	6,5
	Anxiété	7	11,3
Total		62	100

Le retentissement sur le moral se manifestait chez 14,5% des patients par la tristesse

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'état des fonctions cognitives

Etat des fonctions cognitives		Effectifs	Pourcentage
Conservé		48	77,3
Altéré	Trouble de Mémoire	5	8,1
	Trouble de Langage	4	6,5
	Trouble de concentration	5	8,1
Total		62	100

Les patients avaient un trouble de la mémoire et de la concentration dans 8,1% chacun

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'attitude face à la douleur

Attitude vis-à-vis de la douleur	Effectif	Pourcentage (%)
Passivité	45	72,6
Fatalité	9	14,5
Supplique	5	8,1
Stoïque	3	4,8
Total	62	100,0

L'attitude vis-à-vis de la douleur des patients était passive dans 72,6% des cas

Tableau XIX : Répartition des patients selon 1^{er} recours thérapeutique

Premier recours thérapeutique		Effectif	Pourcentage %
Traditionnel	Consultation	20	32,3
	Automédication	16	25,8
Moderne	Consultation	8	12,9
	Automédication	5	8,1
Mixte		10	16,1
Total		62	100

Le recours à la tradithérapie représentait 58,1%

Tableau XX : Répartition des patients selon le médicament prescrit

Médicaments prescrits	Effectifs n=62	Pourcentages
Palier I	14	22,6
Palier II	21	33,9
Palier I +Palier II	10	16,1
Palier I + Palier III	7	11,3
Antispasmodique	3	4,8
Corticoïdes	2	3,2
Gastro protecteurs	3	4,8
Antidépresseurs	2	3,2

L'antalgique de palier II était le médicament le plus prescrit par un médecin soit 33,9 % des cas

Tableau XXI : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur après le traitement initial par le médecin selon EVA

Intensité de la douleur	Effectif n=48	Pourcentage %
Faible	17	35,4
Modérée	25	52,1
Forte	4	8,3
Insupportable	2	4,2

L'intensité de la douleur était modérée après le traitement soit 52,1%

Tableau XXII : Répartition des patients selon le changement d’antalgique

Changement d’antalgique	Effectif n=48	Pourcentage (%)
Non	17	35,42
Oui	31	64,58

Il y a eu changement d’antalgique dans 64,58 % des cas

Tableau XXIII : Répartition selon le motif de changement d’antalgique

Motif de substitution	Effectif n=31	Pourcentage en %
Intensification de la douleur	19	36
Intensité de la douleur constante	7	32
Effets secondaires à la molécule	5	20

La persistance de la douleur était le motif de changement d’antalgique dans 36% des cas

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le palier d’antalgique de substitution sans association

Antalgique de substitution	Effectif n=12	Pourcentage (%)
Palier 3	5	41,7
Palier 1	3	25
Palier 2	1	8,3
Co-antalgiques	3	25

La molécule de départ était changée par une molécule du palier 3 soit 41,7%

Tableau XXV : Répartition des patients selon les associations d'antalgiques après évaluation du premier traitement

Associations d'antalgiques	Effectif (n = 19)	Pourcentage (%)
Palier I +Palier II	9	47,4
Palier I+ Palier III	3	15,8
Palier I+ Co antalgique	2	10,5
Palier II +Co antalgique	5	26,3

Association palier I et palier II était présente dans 41,7%

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les mesures non médicamenteuses associées au traitement antalgiques

Types de mesures associées	Effectif n=5	Pourcentage en %
Psychothérapie	3	60
Kinésithérapie	1	20
Massage	1	20

Parmi les mesures associées, la psychothérapie était retrouvée dans 60% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les étiologies de la douleur

Etiologies de la douleur		Effectif n=62	Pourcentage en %
Pathologies digestives	UGD	1	1,6
	CHC	6	9,8
	Carcinose péritonéale	2	3,2
	MICI	1	1,6
	Cholangiocarcinome	1	1,6
	Occlusion Intestinale Aigue	2	3,2
	RGO	1	1,6
	Cholécystite lithiasique	1	1,6
	Pancréatite Aigue	2	3,2
Pathologies Ostéoarticulaires	Hernie discale	2	3,2
	Arthrite septique	2	3,2
	Crise de goutte	2	3,2
	Spondylodiscite	1	1,6
	Gonarthrose	2	3,2
Maladies systémiques	Connectivite mixte	2	3,2
	Sclérodémie systémique	2	3,2
	Poussée lupique	1	1,6
	Polyarthrite rhumatoïde	2	3,2
Pathologies cutanées	Fasciite nécrosante	2	3,2
	Erysipèle	2	3,2
	Pied diabétique	5	8,1
	Abcès cutané	1	1,6
	Zona surinfecté	1	1,6
Pathologies neurologiques	Méningo-encéphalite	2	3,2
Pathologies cardio-vasculaire	SCA	3	4,8
	ICG	2	3,2
	Thrombose veineuse profonde	3	4,8
Pathologies pulmonaire	Embolie pulmonaire	3	4,8
Pathologie endocrinienne	ISA	5	8,1

Les pathologies digestives étaient de 27,3% des cas suivies des pathologies cutanées, soit 14,4% des cas

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage%
Exéat	39	62,9
Décédé	10	16,1
Sortie contre avis médical	7	11,3
Transfert	6	9,7
Total	62	100,0

Soixante-deux virgule neuf des patients étaient exéats

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la durée du séjour

Durée du séjour (Jour)	Effectif	Pourcentage%
1 – 3	5	8,1
4 – 7	18	29,0
8 – 14	28	45,2
15 – 21	4	6,5
> 21	7	11,3
Total	62	100,0

Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation est de $10,69 \pm 7,10$. La tranche de durée d'hospitalisation 8 à 21 jours a représenté 45,2% suivie de la tranche 4 à 7 jours avec 29 %.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude était descriptive avec enquête prospective ayant inclus tous les patients d'au moins 18ans, hospitalisés, présentant une douleur dans le service de Médecine Interne du CHU du Point G allant de Octobre 2023 à Mars 2024.

Les limites de l'étude :

- Les études retrouvées dans la littérature sont différentes par le type de population, les conditions de réalisation, les lieux d'études.
- Difficulté de colliger des informations, due à la douleur
- Difficulté d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur chez certains patients aux vues de leur niveau de scolarisation.
- L'automédication chez certains patients entrainant un biais dans l'évaluation de la douleur

Fréquence générale :

- Durant les 6 mois d'étude, 286 patients ont été hospitalisés au total dont 62 patients présentaient une douleur, soit une fréquence de **21,67 %**. Ce résultat est inférieur à celui de **Nyanke [8]** au Mali qui a trouvé **37,43%** des patients hospitalisés dans le même service. Cette différence serait liée à la courte durée de notre étude
- Profil sociodémographique :

Age :

L'âge moyen des patients était **de 48,21 ± 17,40 ans** avec des extrêmes de **40 à 49 ans** pour une fréquence à **22,6%**. Notre résultat est différent à ceux de **Sandji [60]** au Mali en 2012 qui avaient trouvé **73,8 ans** avec des extrêmes de **70-74 ans** pour une fréquence à **31,5%**. Cette différence s'expliquerait par notre population d'étude qui s'étalait sur toutes tranches d'âge contrairement à **Sandji** qui concernait juste les personnes âgées de plus de 65ans.

En France, **Turpin [61]** en 2011 à Nice = **79.8 +/- 6.3 ans**. Cette différence s'expliquerait par le fait que ses études sont européennes où l'espérance de vie est plus élevée mais aussi que leur population est vieillissante.

Sexe :

Le sexe féminin représentait **61,3%** avec un sex-ratio **de 0,63**. Notre résultat est comparativement conforme à celui de **Niane [63]** au Mali avec un **sex-ratio de 0,70**. Les études en Europe retrouvaient aussi une prédominance féminine **Turpin [60], Lafortune [61], Ferrieres [64]**. Par contre, notre résultat est différent de celui de **Nyanke[8]** qui avait plutôt une prédominance masculine.

Statut matrimonial

Les mariés représentaient **74,2%**. Ce qui est pratiquement conforme à celui de **Sandji [60]** qui retrouvait **72,5%** de mariés. Par contre, il est supérieur à celui de **Nyanke[8]** qui avait retrouvé 30,6%. Cette différence pourrait s'expliquer ; primo, par notre échantillon qui portait sur toutes tranches d'âge à la différence de celui de **Nyanke [8]** qui portait sur les personnes âgées de plus de 65 ans ; secundo, par le fait que dans notre contexte malien, le mariage occupe une place importante dans la société encore que la tranche d'âge prédominante fût de 40 -49 ans.

Profession

Les femmes au foyer représentaient **43,5%** de notre échantillon suivi des commerçants avec **17,7%**. **Nyanke [8]** a trouvé **36,6%** de femmes au foyer, **Mengue-me-nguema[59]** trouvait **23%** de femmes au foyer .Cette différence serait due aux travaux ménagers que font les femmes au foyer, nécessitant un effort physique occasionnant la douleur.

4.1 Profils cliniques :

4.1.1 Motif d'hospitalisation :

Divers motifs d'hospitalisation ont été trouvés sachant qu'un patient avait parfois plus d'un motif. Il en ressort que les signes cutanéomuqueux à type de tuméfaction douloureuse des membres inférieurs étaient observés chez **19,35 %**. Ce qui est différent des résultats de **Nyanke[8]** dans le même service, qui a trouvé en majorité des signes digestifs à raison de **33,8%**, différent aussi de ceux de **Sandji[60]** qui a trouvé les signes digestifs comme motifs fréquents d'hospitalisation. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de population d'étude.

4.1.2 Les caractéristiques de la douleur

➤ **Durée d'évolution de la douleur :**

La douleur était aiguë chez **72,6%** de nos patients. Chez les sujets âgés elle représente **30%** **[80]** des admissions aux urgences faisant partir d'un syndrome médical ou chirurgical et **58,3%** selon l'étude de **Nyanke [8]**.

Elle avait un caractère chronique chez **27,4%** des patients. **Receveur-helas** avait retrouvé **34,2%** de douleur chronique. Notre proportion est inférieure à celui de **Miro** avec **90%**. Ces différences s'expliqueraient par le fait que ces études s'intéressaient surtout aux douleurs chroniques.

➤ **Siège de la douleur :**

Le siège abdominal de la douleur était trouvé dans **24,2%**. **Codogno [59]** a retrouvé une localisation fréquente aux articulations dans **47,2%** des cas tandis que **Gasnier** au dos dans **38,5%** des cas. Ceci s'expliquerait par les méthodologies différentes liées au cadre d'étude ; l'étude de **Codogno** s'intéresse aux sujets suivis en ambulatoire et **Gasnier** aux sujets en EHPAD tandis que le nôtre s'intéresse aux malades hospitalisés.

➤ **Caractère**

La douleur était inflammatoire chez **61,3%** de nos patients. Il était mécanique dans **6,5%** des cas et mixte dans **32,3%** des cas. Nos résultats correspondent à ceux de **Nyanke [8]**, du point de vue chiffre, nos résultats sont en hausse. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre étude concernait une population plus large à la différence de celle de **Nyanke** qui concernait juste les personnes âgées de plus de 65 ans. Et plus, Ceci serait le témoin de l'importance des douleurs nociceptives soit 93,6 % dans notre série et 77,9% dans l'étude de Nyanke.

➤ **Intensité de la douleur :**

La douleur était intense avant le traitement dans 18,8% des cas selon l'EVA. Nos résultats sont à la hausse par rapport à ceux de **Nyanke**. Cela pourrait s'expliquer par sa population d'étude faite de personnes âgées, qui s'étaient données à l'automédication, diminuant ainsi l'intensité de la douleur.

Evolution de la douleur :

La douleur était progressive dans 56,5% des cas. Ceci s'expliquerait par des conditions socio-culturelles vis-à-vis de la douleur surtout au moment où la douleur était à la phase d'alarme.

➤ **Signes associés de la douleur :**

L'hyperesthésie cutanée était associée à la douleur dans 45,2% des cas. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le mécanisme inflammatoire dans lequel s'inscrit la douleur et d'autre part par la projection de la douleur sur le tissu cutané.

➤ **Etiologies de la douleur :**

Les pathologies digestives étaient pourvoyeuses de douleur dans **27,3%** des cas à prédominance des CHC avec **9,7%** des cas suivis des pathologies ostéo-articulaires dans **19,3%** pour les hernie discale, l'arthrite septique et la gonarthrose. Les pathologies cancéreuses étaient plutôt pourvoyeuses de douleur chez **Nyanke [8]** dans **34,72%** des cas suivies des pathologies ostéoarticulaires dans **25,93%** dont l'arthrose était de **30,4%** des cas. Cette différence s'expliquerait par la nature de l'échantillon. Nous avons travaillé sur les sujets de tout âge tandis que son étude portait uniquement sur les personnes âgées de plus de 65 ans.

La douleur est secondairement liée aux pathologies cutanées dans **17,7%** des cas avec une prédominance pour le pied diabétique. Cela, du fait que le service de Médecine interne du point G possède en son sein différents départements dont fait partie une unité de diabétologie.

➤ **Retentissement de la douleur**

Sur le plan psychologique, on notait un retentissement sur le moral chez **40,32%** des patients ; la douleur entraînait une tristesse dans **14,5%** des cas, l'anxiété dans **11,3%**, la colère dans **8,1%** et un découragement dans **6,5%** des cas.

Les activités de la vie quotidienne étaient surtout altérées par une difficulté de rester debout dans **33,9%**, une diminution du périmètre de marche chez **12,9%** des patients ; impossibilité de maintenir la station assise était chez **4,8%** des patients et une impossibilité d'effectuer les tâches domestiques dans **14,5%** des cas.

Sur le plan social, le retentissement de la douleur était marqué par l'absentéisme dans **46,8%** des cas et un repli sur soi dans **25,8%** des cas.

Selon **Codogno[55]**, **38,46%** étaient anxieux et **34,61%** étaient dépressif. Sur le plan psychologique, **54,38%** présentaient un retentissement sévère sur les gestes de la vie quotidienne dont **69,23%** pour difficulté à se tenir debout ; **61,53%**, un retentissement sévère sur les activités sociales, **46,15%** sur les relations avec les autres, et **46,15%** disent avoir besoin du soutien des autres de manière importante du fait de leur douleur.

Cette différence des proportions sur le plan psychologique, social et sur les activités quotidiennes s'expliquerait surtout par la différence de taille des échantillons mais aussi le type d'enquête.

4.2 Aspect thérapeutique

4.2.1 Itinéraire thérapeutique

Le traitement traditionnel était le premier recours thérapeutique dans **58,1%** des cas et moderne dans **21%** des cas, avant l'admission. L'automédication était dans **33,87% des cas** dont **25,8%** de traitement traditionnel. **32,3%** de nos patients avait consulté un tradipraticien. Ceci pourrait dénoter du fait que la plupart de nos patients avait une croyance forte par rapport au traitement traditionnel et de plus ils ne réalisaient pas forcément le niveau d'urgence thérapeutique.

L'étude de **Nkoma[63]** montre qu'une fraction de malades s'oriente directement vers l'automédication, pour des maux bénins. Tandis que l'autre fraction, pour des maux graves, s'adresse d'une part, principalement à la médecine conventionnelle.

4.2.2 Prise en charge de la douleur dans le service

L'évaluation de la douleur est la boussole de sa bonne prise en charge. Le médecin a évalué la douleur du patient dans **77,4%** des cas et a utilisé l'EVA dans **45,8%**, l'EVS dans **31,3% des cas** et cela sans distinction de l'état des fonctions cognitives. **Gasnier** retrouvait une utilisation de l'EVS dans **61%** des cas, l'échelle Algoplus dans **20,33%** des cas et les deux échelles simultanément dans **18,25%** des cas. Dans la série de **Nyanke [8]**, EVS était utilisé dans **91,9%** des cas et EVA dans **4,5%** des cas.

Cette préférence pour l'EVA dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients avait une fonction cognitive conservée et avait une facilité de comprendre l'évaluation sur du support. Avec **Nyanke et Gasnier**, EVS était plus utilisé parce que l'évaluation était chez les personnes âgées qui auraient du mal à comprendre sur du support ; et l'Algoplus, du fait qu'il reste l'une des échelles appropriées pour l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées.

Les antalgiques étaient prescrits dans **83,9%** des cas. Les antalgiques de palier 2 (Tramadol) étaient prescrits dans **33,9%** des cas, le palier 1 dans **22,6%** et l'association des deux dans

16,1% des cas. Notre étude est conforme à celle de **Nyanke** qui retrouvait **76,85%** de prescription d'antalgique dont **46,8%** de palier 2, **10,2%** de palier 1 et **9,7%** de palier 3. **Ferrieres** avait retrouvé **67%** qui recevaient un antalgique du palier **1**, **24%** un antalgique du palier 2. Les traitements étaient initiés chez nous par un antalgique du palier 2 tandis que chez **Ferrieres** par des antalgiques de palier 1.

L'intensité de la douleur en cours d'hospitalisation après réévaluation du traitement initial par le médecin, selon EVA était **modérée dans 52,1 %** des cas du fait que ces patients aient reçu de traitement. Ce qui avait soulagé la souffrance du malade.

L'antalgique de départ était changé dans **64,58%** des cas. Le palier III était l'antalgique de substitution sans association dans **41,7 %** des cas. L'antalgique de palier I était associé au palier II dans **47,4%** des cas comme traitement de substitution avec comme motif de substitution **l'intensification de la douleur dans 36%** des cas. Un évènement qui résulte de la réévaluation non seulement de la douleur du patient. Notre étude est conforme à celle de **Nyanke**.

Les mesures non médicamenteuses étaient associées dans **8,1%** des cas. C'est la psychothérapie qui était le plus proposé dans 60% ensuite la kinésithérapie avec **20%** des cas. En effet ces mesures non médicamenteuses sont de plusieurs modalités telles que compresses froides, bain froid, couvertures chauffantes et celles suscitées. Ce sont là autant de moyens pouvant induire une analgie. Inversement, la Kinésithérapie, était plus utilisée comme mesures non médicamenteux dans 51,9% des cas et en deuxième position la psychothérapie dans **37%** des cas, chez **Nyanke**. Cela pourrait s'expliquer par le long itinéraire que fait le malade avant l'admission dans notre service, au point où la douleur devient maladie avec ses retentissement psychologique et moral. **Edi'i nyengon[65]** retrouvait la psychothérapie comme moyen le plus utilisé.

CONCLUSION

&

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

RESUME

Au terme de notre étude, dont l'objectif général était d'évaluer la douleur chez les patients en Médecine Interne du CHU point G. Il en ressort que : La fréquence de la douleur dans le Service de Médecine Interne est de **21,67%**.

Le sexe féminin était dominant avec **61,3%**. **22,6%** étaient dans la tranche d'âge de 40-49 ans **74,2%** était mariés. **43,5%** étaient des femmes au foyer comme profession.

Le siège de la douleur était abdominal chez **24,2%**. La douleur était aigue chez **72,6%** des patients. La douleur était intense dans 37,6% des cas. Elle était de caractère inflammatoire dans **61,3%** des cas. L'évolution était progressive dans **56,5%** des cas. Dans 45,2% des cas, la douleur était associée à une hyperesthésie cutanée.

Les pathologies néoplasiques digestives dans **27,3%** des cas étaient les grandes pourvoyeuses de douleur. La douleur était modérée dans **52,1%** des cas après le traitement.

Le dépistage de la douleur, l'évaluation de cette douleur et le traitement de la douleur chez les patients tout en respectant les recommandations de l'OMS sont des déterminants importants dans la démarche de la prise en charge de la douleur qui est un véritable problème de santé publique.

C'est dans cette optique que nous formulons les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

Au vu de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes

A. Aux autorités de santé et de l'éducation :

- ✚ Former et recycler du personnel sur la prise en charge de la douleur
- ✚ Rendre disponible les antalgiques de première intention à la pharmacie hospitalière

B. Aux professionnels de santé :

- ✚ Evaluer systématiquement la douleur avant et après la PEC thérapeutique
- ✚ Respecter les recommandations de l'OMS en matière de prise en charge de la douleur
- ✚ Améliorer la communication avec les patients sur la prise en charge de la douleur.

C. Aux malades et familles :

- ✚ Consulter devant la douleur pour un diagnostic précoce et une PEC adaptée
- ✚ Arrêter l'automédication

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

- 1. International Association for the Study of Pain (IASP) (2012);** Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Disponible sur <https://www.iasp.pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised>. Consulté le 05 octobre 2024. Note(s) : Document se lisant avec Adobe Acrobat Reader 3.0 ou plus.
2. Guy C, Rostaing S. dans : Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique : EMC ; 2005; 2(1) : 1-22.
3. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, Debar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018; 67(34): 1001–1006.
4. Alain S, Vianney M. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleur. Evaluation-diagnostic-traitement* 2014 ; 15(3) : 106-114.
5. Constant AK, Hachim H, Donald A, Houannou O, DieuDonné G, Dismand H. Évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur chez les patients en milieu hospitalier à Cotonou. *Revue Neurologique* 2019 ; 175 : S142.
6. Traore D, Nyanke NR, Sy D *et al.* Types et causes de douleur chez les sujets âgés : résultats d'un département de Médecine interne. *RAMI*, 2020 ; 7(1) : 31-34.
7. Vuorinen E. Pain as an early symptom in cancer. *Clin J Pain* 1993 ; 9 : 272–278.
8. Marieke_HJ_ . Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer : Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management* ; 2016 Jun; 51(6): 1070-1090.
- 9 Brochet B. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. *La revue du praticien* 2005 : 55
10. Beaulieu P. *La Douleur - Guide Pharmacologique et thérapeutique - Les Presses De l'Université de Montréal* 2013.
11. Woolf CJ. Nociceptors – noxious stimulus detectors. *Neuron* 2007(55) : 353-364.
12. Lumpkin EA, Caterina MJ. Mechanisms of sensory transduction in the skin. *Nature* 22 Feb 2007 ; 445(7130) : 858-65.
13. Lévêque M. *chirurgie de la douleur : de la lésion à la neuromodulation*. Springer 2014.
14. Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, Julius D. Cellular And molecular mechanisms of pain. *Cell* 16 Oct 2009 ; 139(2) : 267-284.
15. Giniès, Patrick. *Atlas de la douleur, de la douleur imagée à la prescription commentée*. Paris : Len médical ; 1999.
16. Willer JC. *Physiology of pain*. EMC -Anesthésie-Réanimation 2004 ; 1(4) : 227-266.

17. Beziaud N, Laval G, Rostaing S. Traitements de la douleur chez le patient adulte relevant de soins palliatifs. *La revue du praticien* 20 juin 2009, 59(6) :799-808.
18. Didier B, Nadine A, Jacques F, Haiel A, Michèle G, Etienne M et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*.2004 Apr ;108(3) :248-257.
19. Navez ML, Clère F, Youlia K, Josse C, Chuberre B, Christian C. Characteristics of background and breakthrough pain in cancer patient with severe pain treated with oxycodone. *Douleur*. 2011 ; 12(3) : 110-122.
20. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *British Journal of Cancer* 2009 Avr 28;100(10):1566–1574.
21. Nadine M, Reem A, Bilal A, Cindy T, Iman M, Lana H et al. Cancer-Related Pain : Prevalence, Severity and Management in a Tertiary Care Center in the Middle East. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2018 ;19(3) :769–775.
22. Weber J. Aspects psychologiques de la douleur chronique. A Editorial. Paris ; 2003. 162.
23. Boureau F. Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Doul et Analg* 1999 ;12 (4) :265-272.
24. Richardson H. Description d'un programme comportemental. Un centre de traitement de la douleur. *Douleur et analgésie*. 1999 ;12(4) :289-297.
25. Boureau F. Dimensions de la douleur. *Pratique du traitement de la douleur*. Doin. Paris ; 1988.
26. Fédération Nationale des centres de lutte contre le cancer. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Rapport intégral ; Sept 2003 : 32.
27. Griene B, Bouajina E, Haddad M, Ladjouze A, Marouan F, Nejmi M et al. Traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques périphériques : recommandations d'un groupe d'experts pour le Maghreb francophone. *Doul et Anal* 2011 (24) : 112–120
28. Jensen MP, Karoly P. Self-report Scales and procedures for assessing pain in adults. New York : The Guilford Press ,3ed ; 1992 : 19-44
29. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Echelle visuelle analogique, p1
30. Société Française d'Etude et de Traitement de la douleur (SFETD). « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Disponible sur [Recommandations et référentiels - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur](#). Consulté le 23 octobre 2024. Note(s) : Document se lisant avec Adobe Acrobat Reader 3.0

31. Haute Autorité de Santé. Evaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Recommandation pour la bonne pratique clinique. Paris : HAS ; 2006.
32. Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients : the ECPA -2. Study of its psychometric properties. Pain. Dec 2007 15 ;133(1-3) :87-98.
33. Wary B, Serbouti S. Doloplus : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. Revue Douleurs ; 2001 2(1) :35-38.
34. Wary B, Capriz F, Berthel M. Doloplus échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée : de la sensibilisation à la validation. Revue de Gériatrie, 1997 22(6) : 22-25.
35. Christophe P, Eric A, Véronique M. Manuel pratique d'algologie. Prise en charge de la douleur chronique. Elsevier masson 2017.
36. Bennett M. The LANSS Pain Scale: The Leeds assessment of neuropathic symptoms and sign. Pain, May 2001 92(1-2): 147-157.
37. World Health Organization. National Cancer Control Programmes : Policies and Managerial Guidelines : World Health Organization ; 2nd edition. Geneva : 2002.
38. World Health Organization. Palliative Care : World Health Organization. Geneva : 2002.
39. Human Rights Watch. Please, do not Make us Suffer any More... 'Access to Pain Treatment as A Human Right. Human Rights Watch. New York 2009.
40. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly. 2013 ; Contract No. A/HRC/22/53.
41. Organisation mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 1997.
42. Haute autorité de santé. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Juin. France. Paris : HAS ; 2010.
43. Haute autorité de santé. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérée à intense. Mai. France. Paris : HAS ; 2011.
44. McNicol E, Strassels S, Gouds L et al. NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005.25(1)
45. European Medicines Agency. Public statement: announces regulatory action on COX-2 inhibitors. Juin. EMEA ; 2005.

46. European Medicine Agency (EMA) (2010). http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Public_statement/2009/11/WC_500014818.pdf.
47. <https://www.vidal.fr/substances/1039/codeine/>
48. World Health Organization.(WHO)(2007) ; Model List of Essential Drugs (EDL). Geneva, Switzerland.2007.
49. Stone P, Minton O. European Palliative Care Research collaborative pain guidelines. Central side-effects management : what is the evidence to support best practice in the management of sedation, cognitive impairment and myoclonus? Palliat Med 2011; 25 :431 – 441
50. Ahmed SH, Nauck F, Bar-Sela G et al. A randomized, double-blind, active controlled, double-dummy, parallel-group study to determine the safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate/severe, chronic cancer pain. Palliat Med 2012 ; 26(1):50 – 60
51. Prommer E. Pharmacological Management of Cancer-Related Pain. Cancer Control, October 2015 ;22(4) : 412-25.
52. Valerie receveur-helas. Prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée hospitalisée en unité de soins de longue durée Thès : Med ; Nancy I ; 2000.11.
53. Codogno aurore, Enquête sur le vécu de la douleur d'une population de personnes âgées prise en charge en ambulatoire par des structures d'aide à domicile. Thès : Med ; Paris XII : 2010
54. Sandji O. Evaluation multidimensionnelle du sujet âgé de 65ans et plus en Service de Médecine Interne du CHU du Point G .Thès : Med ; Bamako ; 2013
55. Assoumou MA. Le devenir du sujet âgé au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré. Thès : Med ; Bamako ; 2011
56. Turpin JM. Prévalence et étiologies de l'anémie du sujet âgé ambulatoire de 65 ans et plus : à propos d'une étude descriptive de 413 cas. Thès : Med ; NICE, 2011
57. Mengue - me – nguema I. Motifs de recours des personnes âgées au service d'Accueil des Urgences du CHU gabriel Toure de Bamako. Thès : Med ; Bamako, 2009,521
58. Niane A. Les urgences gériatriques dans le service de chirurgie orthopédique et tumatologique du CHU gabriel Toure. Thès : Med ; bamako . 2011
59. Lafortune L. Evolution des profils d'états de sante et utilisation des services socio-sanitaire chez les personnes âgées. Thès : Med ; montreal et paris XI. 2009.

60. Ferrieres C. Evaluation de la douleur chez la personne âgée démente au sein d'unités de vie protégées, d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Thèse : Med ; Paris 6. 2013
61. Gasnier AL. Prévalence de la douleur obtenue auprès du résident rapportée au recueil de la douleur au sein du dossier en EHPAD dans le Nord-Finistère. Thèse: Med, Brest. 2013
62. Miro J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, Huguet A, Baos J. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. EUR J Pain 2007 ;11:83-92.
63. Nkoma P. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis. Disponible sur <http://uaps2015.princeton.edu/> Consulté le 15 Octobre 2024.
64. Edi'i nyengon CA. Evaluation de la douleur pendant les soins chez les patients hospitalisés au CHU Gabriel Touré. Thèse: Med : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. Bamako, 2013 ; 40-6 :pages
65. Nair N, Mary TR, Prarthana S, Harrison P. Prevalence of Pain in Patients with HIV/AIDS : A Crosssectional Survey in a South Indian State. Indian J Palliat Care 2009 ; 15(1) : 67-70.

ANNEXE

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE :

Numéro fiche : /___/ Numéro dossier : /_____/

Interrogatoire :

Sexe : Féminin Masculin

Âge : 18-25 ans 25-32 ans 32-39 ans 39-46 ans 46-53ans
53-60 ans 60 ans et plus

Ethnie : Bamanan Peulhs Sarakolés Dogon Bobos Touareg

Maures Bazo Malinké Sénoufo Minianka Kassanké Toucouleur

Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) Régime (si oui) Divorcé (e)

Veuf (ve) non précisé

Profession :

Résidence :

Date d'entrée : Date de sortie : Type de sortie :

Motif d'hospitalisation : /1/..... /2/.....

Motif lié à la douleur : **Oui ou Non**

Diagnostic(s) retenu(s) :

1. Pathologies digestives : Oui ou Non si Oui Préciser
2. Pathologies Ostéo-articulaires : Oui ou Non si Oui Préciser
3. Pathologies hématologiques : Oui ou Non si Oui Préciser
4. Maladies systémiques : Oui ou Non si Oui Préciser
5. Pathologies cutanées : Oui ou Non si Oui Préciser
6. Pathologies neurologiques : Oui ou Non si Oui Préciser
7. Pathologies cardiologiques : Oui ou Non si Oui Préciser
8. Pathologies pulmonaires : Oui ou Non si Oui Préciser
9. Pathologies infectieuses : Oui ou Non si Oui Préciser
10. Autres

Evolution :

Evaluation de la douleur chez les patients en Médecine interne au CHU du point G

Favorable :

Non favorable : Oui Non marquée par
.....
.....

ANTECEDENTS :

- Personnels

➤ Médicaux : HTA Diabète UGD Asthme Drépanocytose

Vaccination Covid Autres :

➤ Chirurgicaux :

Opéré(e) pour

Jamais été opéré(e)

➤ Gynéco-obstétrique : G.....P.....A...V...D....

➤ Notion de prises médicamenteuses : :
.....

➤ Mode de vie et habitudes alimentaire :

Tabac (Nombre de paquet/année) :Alcool (nature, durée, l/j)
.....Café, Thé :, Cola : Pratique du sport Drogues
: Autres :

- Familiaux

➤ Ascendants :

➤ Descendants :

➤ Collatéraux :

FACTEURS DE RISQUE :

- Cardiovasculaires : Ajouter Age

- D'infection VIH : **Oui ou Non si Oui Préciser**

- Autres :

NIVEAU DE VIE SOCIO-ECONOMIQUE ET HABITAT :

- Suffisant - Dépendant - Accès à l'eau potable

- Ville - Banlieue - Village - Promiscuité

_Douleur

Evaluation de la douleur chez les patients en Médecine interne au CHU du point G

Présence de la douleur : Oui Non

Depuis quand la douleur évolue ?

≥3 mois (Chronique) Oui ou Non

<3 mois (Aigue) Oui ou Non

Non précisé

A quel moment la douleur est présente ? : à tout moment matin après midi nuit sans périodicité autres

Quel est le siège de la douleur ?.....

Intensité de la douleur :

Echelle EVA : pas de douleur Douleur faible Douleur modérée

Douleur intense Douleur insupportable

Quel est le caractère de douleur ? Inflammatoire, Mécanique, Mixte

Les irradiations de la douleur : **Oui ou Non si Oui Préciser**

Comment évolue-t-elle ? permanente progressive intermittente Régressive, Non précisé

Signes associés :

Hyperesthésie oui non

Hypoesthésie oui non

Trouble de la sensibilité superficielle : oui non

Trouble de la sensibilité profonde : oui non

Allodynie oui non

Lésions trophiques : oui non

Autres, à préciser.....

Retentissement de la douleur

Sur la vie quotidienne

La douleur limite t'elle la distance de marche ? oui non

La douleur empêche-t-elle d'exercer les gestes de la vie quotidienne ? oui non

Préciser : sortir du lit ? oui non

Se brosser ? oui non

S'habiller ? oui non

Autres.....

Si oui, expliquer

.....

La douleur empêche-t-elle de rester debout ? oui non

La douleur empêche-t-elle de rester assis ? oui non

La douleur a-t-elle diminuée les capacités d'accomplir les tâches domestiques ? oui non

Si oui, expliquer

.....

Activité professionnelle

La douleur perturbe-t-elle l'activité professionnelle ? oui non Si oui, comment ?

.....

Retentissement de la douleur sur la vie du patient :

Travail :

Alitement :

Ambulatoire :

Activité sociale

La douleur perturbe-t-elle la vie sociale (jeux, divertissement) oui non

La douleur retentit-elle sur les relations avec les autres ? oui non

Expliquer.....

.....

.....

Retentissement psychologique

La douleur retentit-elle sur le goût de vivre ? oui non

Expliquer

Tristesse,

Anxiété,

Angoisse,

Colère,

Découragement

La douleur agit-elle sur le sommeil : oui non

La douleur retentit-elle sur le moral : oui non

Expliquer :

.....
.....

Y-a-t-il un soutien familial lors la douleur : oui non

Qui est-ce ?.....

Que fait-il ?.....

Facteurs comportementaux

Quelle est l'attitude vis-à-vis de la douleur

Supplice,

Passivité,

Fatalité,

Stoïque

Fonctions cognitives

Quelle était l'état des fonctions cognitives ? Conservé Altéré si non précisé Fonctions cognitives altérées à type de ?.....

Traitement de la douleur Par le malade lui-même :

Quel a été le premier recours thérapeutique :

Traitement traditionnel traitement

Moderne Mixte , Scarification, traitement non spécifié et Autres (à préciser)

La douleur a-t-elle été traitée par le malade même ? Oui non

Quel médicament était-ce ? : traitement traditionnel médicament pharmaceutique
association des 2 premiers scarification autre à préciser

Quel(s) médicament(s) avez-vous consommé ?.....

Un tradipraticien a-t-il été consulté ? Oui non

Qu'a-t-il fait ?.....

Par le médecin

Evaluation de la douleur chez les patients en Médecine interne au CHU du point G

Le médecin a-t-il utilisé une échelle pour évaluer la douleur ? oui non

Si oui quelle échelle était-ce ?.....

Quel médicament a-t-il prescrit en premier lieu :

Antalgique palier 1

Antalgique palier 2

Antalgique palier 3

Co-antalgiques

Palier I et Palier II,

Palier I et Palier III,

Non précisé

Autres

Quelle molécule était-ce ?

Tramadol

Paracétamol

Paracétamol + dextropropoxyphène

Tramadol + paracetamol

Paracétamol + codeine

Morphinique fort

Amitryptilline

Prednisone

Colchimax

Clanazepam

Paracétamol + tramadol + prednisone

Ibuprofène + prednisone

Noramidopyrine + tramadol

Morphinique + tramadol

Noramidopyrine

Autres*

Evaluation de la douleur chez les patients en Médecine interne au CHU du point G

Y'a-t 'il eu changement d'antalgique ? oui non

Si oui par lequel ?

Palier 1,

Palier 2

Palier 3

Co-antalgiques

Autres*

Pourquoi ? Intervalle de temps.....

Y'a-t-il eu association d'antalgique ? oui non

Si oui quelle association était-ce ?

Palier1+palier2

Palier1+palier3

Palier1+coantalgiques

Palier2+coantalgiques

Autres*

Observance du traitement : bonne mauvaise

Si mauvaise, pourquoi ?.....

Traitements associés : oui non

Psychothérapie: oui non

Massage : oui non

Traitement anti douleur reçu dans le service :

Présence de la douleur avant la réalisation de tous soins : Oui Non

Types de soins reçus.....

Douleur accentuée ou présente après la réalisation des soins : Oui Non

Si oui quelle a été la conduite à tenir.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Auteur : FIANYOH Kokou Messan Anaïs Jordane

Titre : Evaluation de la douleur chez les patients en Médecine interne du CHU du Point G

Année de soutenance : 2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : TOGO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Douleur, Médecine Interne et Neurologie

Adresse mail : jordanefia2397@gmail.com

Résumé :

Introduction : La douleur est la première cause de consultation en médecine générale et dans les services d'accueil d'urgence. Son évaluation pré, per et post-thérapeutique requiert une particularité pour sa prise en charge d'où l'optique de réaliser ce travail.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et analytique à collecte prospective allant du 1^{er} Octobre 2023 au 31 Mars 2024 dans le service de Médecine interne du CHU du Point G. Ont été inclus les patients hospitalisés, présentant une douleur dès l'admission et ceux, durant le séjour d'hospitalisation.

Résultats : Durant cette période il y avait 286 patients hospitalisés. Au cours de notre enquête nous avons colligé 62 patients qui présentaient une douleur soit une fréquence hospitalière de 21,67 % de toute la population d'étude. Nous avons colligé 62 patients algiques sur 286 soit une fréquence de 21,67%.

Le sexe féminin était de 61,3%. 43,5% avaient comme profession, femme au foyer. La tuméfaction des MI était le motif dominant dans 19,35%. La douleur était au niveau de l'abdomen dans 24,2% des cas. Elle était aigue dans 72,6% des cas. Une échelle d'évaluation était utilisée à l'admission dans 77,4% dont 45,8% avec EVA. La douleur était intense dans 37,6% des cas. Dans 61,3% des cas, la douleur était inflammatoire. 58,1% des patients. Les patients avaient recours à la tradithérapie dans 58,1% des cas. L'antalgique de palier II était le médicament le plus prescrit par le médecin dans 33,9% des cas. Après le traitement, l'intensité de la douleur était modérée dans 52,1% des cas. Il y a eu changement d'antalgique dans 64,58% des cas. Il y avait persistance de la douleur dans 36% des cas. A l'issue de quoi l'antalgique de palier III était la molécule de substitution dans 41,7%. 27,3% représentaient les pathologies digestives qui étaient majoritaire.

Conclusion : La douleur est le motif de consultation le plus fréquent, qui le plus reste une douleur d'alarme mais tard reste une douleur maladie.

Mot clé : Douleur, Médecine Interne, CHU Point G

MATERIAL SHEET

Author: FIANYOH Kokou Messan Anaïs Jordane

Title: Evaluation of pain in patients in Internal Medicine at Point G University Hospital

Year of defense: 2024

City of defense: Bamako

Country of Origin: TOGO

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology (FMOS)

Focus Area: Pain, Internal Medicine, Neurology

Email address: jordanefia2397@gmail.com

Summary :

Introduction : Pain is the leading cause of consultation in general medicine and emergency services. Its pre-, per- and post-therapeutic evaluation requires a particularity for its management, hence the aim of carrying out this work.

Methodology : This was a descriptive cross-sectional and analytical study with prospective collection from October 1, 2023 to March 31, 2024 in the Internal Medicine Department of the Point G University Hospital. Hospitalized patients with pain on admission and those during the hospital stay were included.

Results: During this period there were 286 hospitalized patients. During our investigation, we collected 62 patients who presented with pain, representing a hospital frequency of 21.67% of the entire study population. We collected 62 patients with pain out of 286, i.e. a frequency of 21.67%.

The female sex was 61.3%. 43.5% had as their profession, woman at foyer. The swelling of the IM was the dominant reason in 19.35%. The pain was in the abdomen in 24.2% of cases. It was acute in 72.6% of cases. An assessment scale was used at admission in 77.4%, of which 45.8% had VAS. The pain was severe in 37.6% of cases. In 61.3% of cases, the pain was inflammatory. 58.1% of patients. Patients used traditional therapy in 58.1% of cases. Level II analgesics were the most prescribed drug by the doctor in 33.9% of cases. After treatment, pain intensity was moderate in 52.1% of cases. There was a change in analgesic in 64.58% of cases. Pain persisted in 36% of cases. At the end of this, the level III analgesic was the substitute molecule in 41.7%. 27.3% represented digestive pathologies which were in the majority.

Conclusion: Pain is the most frequent reason for consultation, which remains an alarm pain but late remains a pain disease.

Keyword: Pain, Internal Medicine, Point G University Hospital

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Être Suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, 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 dès la conception Même sous la 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 à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

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

JE LE JURE