



Audit de la prise en charge de la douleur à l'Hôpital

Audit of Pain Management at the Hospital

Fadoua Berdi^{1,2}, Jihane Ifezouane^{1,2}, Imane Zhim^{1,2}, Imane Zakariya^{1,2}, Jamal Lamsaouri^{1,2}, Yasmina Tadlaoui^{1,2}

¹Pole pharmacie, HMIMV-Rabat

²Faculté de médecine et de pharmacie-Rabat-Maroc

Correspondance à :

Fadoua BERDI

berdifadoua@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2020.7204>

Historique de l'article :

Reçu le 06 juin 2020

Accepté le 11 septembre 2020

Publié le 09 novembre 2020

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

Pour citer l'article :

Berdi F, Ifezouane J, Zhim I, Zakariya I, Lamsaouri J, Tadlaoui Y. Audit de la prise en charge de la douleur à l'Hôpital. *Batna J Med Sci* 2020;7(2):84-6. <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2020.7204>

RÉSUMÉ

Introduction. La douleur est un motif de consultation très fréquent, chaque syndrome algique justifie des modalités particulières de prise en charge thérapeutique, selon son origine, ses caractéristiques et le terrain. L'objectif de l'étude est d'évaluer la prise en charge de la douleur à l'hôpital afin de déceler d'éventuelles déficiences. **Matériel et méthodes.** Un questionnaire a été destiné aux médecins de tous les services de l'hôpital. Les principaux thèmes étaient : le statut du médecin prescripteur, les méthodes et le temps consacré pour l'évaluation de la douleur, les antalgiques prescrits ainsi que les voies d'administration, la douleur chez l'enfant et enfin l'objectif de la prise en charge de la douleur. **Résultats.** On a reçu 100 réponses, avec 22% généralistes, 40% résidents et 17% des professeurs, dont 37% ont reçu une formation sur la douleur. 62% ont un protocole de prise en charge de la douleur dans leurs services. 81% prescrivent un antalgique dès l'expression de la douleur par les patients. La moyenne du temps, pour évaluer la douleur a été de 5,82 minutes avec un écart type de 4,92. 52% utilisent la méthode EVA, 4% l'EN, 66% évaluent la douleur selon les plaintes des patients, 35% selon les réactions des patients, 23% selon les mouvements des patients, 20% selon l'expression faciale des patients. 98% prescrivent le paracétamol en première intention, 45% de la morphine, 72% des AINS, 30% du tramadol et 24% utilisent en plus de ces analgésiques, d'autres molécules tel que le néfopam, la codéine. Les obstacles rencontrés lors de la prise en charge de la douleur sont 27% d'ordre économique, 24% dû à la non adhésion des patients, 36% la non disponibilité de certains antalgiques. 89% estiment que le niveau de prise en charge de la douleur dans le service est excellent, contre 56% avec un niveau moyen et 8% un niveau insuffisant. 83% affirment que la prise en charge de la douleur est obligatoire et 82% faisant partie d'une assurance qualité des soins. **Conclusion.** La prise en charge de la douleur est pluridisciplinaire, les professionnels de santé doivent avoir une formation sur la nécessité de prise en charge de la douleur qui entre dans le cadre de l'assurance qualité des soins et devient obligatoire pour la prise en charge du patient.

Mots clés : la douleur, antalgiques, douleur aigue, douleur chronique, qualité des soins.

ABSTRACT

Background. Pain is a very frequent reason for consultation, each pain syndrome justifies specific methods of therapeutic management, depending on its origin, characteristics and field. The objective of the study is to assess the management of pain in the hospital in order to detect possible impairments. **Material and methods.** A questionnaire was sent to doctors from all departments of the hospital. The main themes were: the statute of the prescribing doctor, the methods and the time devoted to the evaluation of pain, the analgesics prescribed as well as the administration routes, pain in children and finally the objective of taking in charge of pain. **Results.** We received 100 responses, with 22% general practitioners, 40% residents and 17% teachers, 37% of whom received pain training. 62% have a pain management protocol in their services. 81% prescribe pain relievers as soon as patients express pain. The mean time to assess pain was 5.82 minutes with a standard deviation of 4.92. 52% use the EVA method, 4% the EN, 66% assess pain based on patient complaints, 35% based on patient feedback, 23% based on patient movement, 20% based on patient facial expression. 98% prescribe paracetamol as first line, 45% of morphine, 72% of NSAIDs, 30% of tramadol and 24% use in addition to these analgesics, other molecules such as nefopam, codeine. The obstacles encountered during the management of pain are 27% economic, 24% due to the non-adherence of patients, 36% the unavailability of certain analgesics. 89% consider that the level of pain management in the service is excellent, compared to 56% with an average level and 8% with an insufficient level. 83% say that pain management is mandatory and 82% are part of quality assurance of care. **Conclusion.** Pain management is multidisciplinary, health professionals must have training in the need for pain management, which is part of quality assurance of care and becomes compulsory for patient management.

Keywords: pain, analgesics, acute pain, chronic pain, quality of care.

INTRODUCTION

La douleur est un motif de consultation fréquent, elle est définie par l'international Association for Study of Pain comme « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion. » [1]. Cette définition est valable pour toutes les douleurs, et reflète bien la complexité du phénomène douloureux. La douleur est responsable de 20 % de toutes les consultations en externe et 12 % du total des prescriptions médicales [1]. Elle constitue un des symptômes

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

La prise en charge de la douleur est pluridisciplinaire, elle fait partie de la qualité des soins. Le but est d'identifier l'intensité, la localisation et l'étiologie de la douleur afin d'instituer au plus vite un traitement adapté. La douleur aigue est immédiate et brève, se caractérise par un début et une fin.

Elle est dû à un excès de nociception et disparaît avec la guérison de la lésion causale, comme exemples les douleurs dentaires, fracture ou une brûlure. La douleur chronique est une douleur-maladie, qui se caractérise par la persistance d'une durée > 6 mois, même après guérison de la cause. Elle est plus complexe, car elle entraîne des perturbations physiques et psychiques, notamment un ralentissement locomoteur et intellectuel, une humeur dépressive et des troubles du sommeil, comme exemples, les douleurs dû à un cancer et les douleurs rhumatismales [3].

La démarche de la prise en charge, diffère en fonction du type de la douleur (aigüe ou chronique). Pour les douleurs aiguës, on doit agir rapidement pour soulager les douleurs intenses. Pour les douleurs chroniques, une évaluation plus poussée et une prise en charge multidimensionnelle seraient nécessaires [4]. Pour une prise en charge correcte de la douleur, on doit principalement réaliser un interrogatoire avec le patient ou sa famille surtout pour les enfants, les sujets âgés ou en déficience cognitive [5]. Puis une évaluation chiffrée de l'intensité de la douleur, celle-ci doit être faite à intervalle régulier afin d'apprécier le soulagement des patients et adapter le traitement le cas échéant. Après l'interrogatoire et l'évaluation de la douleur, un examen clinique s'impose et puis une décision thérapeutique sans oublier la réévaluation du traitement [6]. L'objectif de notre étude était d'évaluer le niveau de la prise en charge de la douleur par les médecins au sein de notre hôpital.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Un questionnaire sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur, a été établi et destiné aux médecins de l'hôpital de tous les services des soins. 150 questionnaires ont été distribués. Cette enquête comportait 15 questions, réparties en 4 thèmes :

- La première partie comportait les renseignements sur le prescripteur, le statut du médecin, sa spécialité et son éventuelle formation sur la prise en charge de la douleur.
- La deuxième partie a été consacrée aux modalités de la prise en charge de la douleur, notamment le protocole adopté, les méthodes d'évaluation de la douleur avant de prescrire des antalgiques, le temps consacré pour son évaluation, les antalgiques prescrits ainsi que les voies d'administration.
- La troisième partie a été consacrée à la prise en charge de la douleur chez l'enfant, avec les méthodes utilisées afin d'évaluer la douleur.
- La quatrième partie comportait la qualité de prise en charge de la douleur, les obstacles rencontrés et l'estimation de la qualité de la prise en charge de la douleur selon les médecins.

L'étude statistique des résultats obtenus a été réalisée par le logiciel SPSS version 23.

RÉSULTATS

Sur 150 questionnaires distribués au niveau de tous les services de l'hôpital, 100 ont répondu, et donc un taux de réponse de 67%. Les participants ont été répartis, entre 22% des généralistes, 40% des résidents de différentes spécialités et 17% des professeurs. Parmi les 100 participants, 37% ont déjà reçu une formation sur la douleur.

Concernant le protocole de prise en charge de la douleur, 62% des médecins participants affirment en avoir un, contre 38% qui n'ont pas un protocole validé dans leurs services. Pour la décision thérapeutique, On a constaté que 81% prescrivent un

traitement antalgique dès l'expression de la douleur par les patients. La moyenne du temps estimé par les médecins afin d'évaluer la douleur a été de 5,82 minutes avec un écart type de 4,92. Concernant les méthodes d'évaluation adoptées, 52% utilisent la méthode EVA, 4% l'EN, 66% évaluent la douleur selon les plaintes des patients, 35% selon les réactions des patients, 23% selon les mouvements des patients, 20% selon l'expression faciale des patients.

Plusieurs antalgiques sont prescrits à l'hôpital, d'après les résultats obtenus, on a constaté que 98% prescrivent le paracétamol en première intention, 45% de la morphine, 72% des AINS, 30% du tramadol et 24% utilisent en plus de ces analgésiques, d'autres molécules tel que le néfopam, la codéine.

Les voies d'administration les plus utilisées étaient comme suit : 97% la voie orale qui est utilisé en première intention, 47% la voie intraveineuse, et 15% utilisent aussi d'autres voies, tel que la voie sous cutanée, médullaire et des patchs surtout pour les douleurs cancéreuses. La totalité des médecins participants confirment avoir réévalué la douleur chez leurs patients.

80 médecins qui ont répondu à l'évaluation de la douleur chez l'enfant. Parmi lesquels, 32% l'évaluent en entretenant un dialogue avec les parents de l'enfant, 56% en observant l'enfant, 43% en maintenant un dialogue avec l'enfant lui-même, et seulement 15% des médecins participants évaluent la douleur chez l'enfant selon les tests recommandés.

Les obstacles que les médecins rencontrent sont d'ordre économique dans 27 % des cas, 24% estiment que l'obstacle majeur est la non adhésion des patients, 36% la non disponibilité des antalgiques. 89% estiment que le niveau de prise en charge de la douleur dans leur service est excellent, 56% estiment un niveau moyen et 8% un niveau insuffisant de prise en charge de la douleur. L'intérêt de la prise en charge de la douleur est rapporté par tous les médecins participants à l'étude. 83% trouvent que la prise en charge de la douleur est obligatoire, 82% l'estiment faisant partie d'une assurance qualité des soins, 70% voient qu'elle est importante pour la prise en charge du patient et 45% suggère que la prise en charge de la douleur améliore la qualité des soins.

DISCUSSION

Les résultats de notre étude ont mis en place des points positifs et des points négatifs. Parmi les points positifs, on note l'estimation de l'intérêt de la prise en charge de la douleur vu par les médecins, 83% sont conscients que la prise en charge de la douleur est obligatoire et fait partie de la qualité des soins. 70% ont montré une bonne prise de conscience de l'importance de la prise en charge de la douleur pour le patient. En effet, une étude similaire a été réalisée dans des hôpitaux libanais, a montré aussi que l'intérêt de la prise en charge de la douleur a été rapporté par tous les médecins interrogés et tous la considèrent comme une obligation et faisant partie de la qualité des soins [7].

Il est bien évident qu'une bonne prise en charge de la douleur commence d'abord par l'évaluation de celle-ci [8]. La HAS a mis en évidence des outils d'évaluation, parmi lesquels [9] : L'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple, qui ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur. Elles n'apprécient pas les autres dimensions de la douleur et ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents.

L'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique et les malades avec des douleurs chroniques nécessitant une réévaluation périodique.

90 % des médecins participant à notre étude appliquent ces recommandations et utilisent les différents outils décrits, pour évaluer les douleurs chez les patients.

Il n'y a pas de correspondance consensuelle entre les différents outils d'évaluation et les antalgiques utilisés. La HAS a établi une correspondance entre les outils d'auto-évaluation et l'intensité de la douleur, seuils d'intervention thérapeutique en auto et hétéro-évaluation.

Type de douleur	Méthodes d'auto-évaluation			Méthodes d'hétéro-évaluation				
	EVA	Poker chip (Nombre de jetons sélectionnés)	Échelle de 6 visages : FFS-R (Score du visage sélectionné)	Score Aniél- Tison Inversé	CHEOPS	DEGR ^B	OPS	NFS
Douleur « légère »	1 à 3 cm	1	2					
Douleur « modérée »	3 à 5 cm	2	4					
Douleur « intense »	5 à 7 cm	3	6					
Douleur « très intense »	> 7 cm	4	8 ou 10					
Seuil d'intervention thérapeutique ¹	3/10	2	4	5/20	9/13	10/40	3/10	1/4

Figure 1. Correspondance entre outils d'évaluation et intervention thérapeutique [9].

Une étude traitant la douleur post opératoire, a montré que 100% des anesthésistes utilisent du paracétamol et 65 % des AINS [10] La morphine est prescrite par 92 % des anesthésistes par voie intraveineuse, par 8 % per os, par 57 % par voie sous-cutanée et par 65 % des anesthésistes par voie médullaire. Des blocs nerveux périphériques sont réalisés par 60 % des anesthésistes [11]. Les résultats de notre étude convergent vers ceux de la littérature.

En pédiatrie, il existe des recommandations de la HAS associant les niveaux de douleur au palier d'antalgiques à prescrire. Ces recommandations sont extrapolables à l'adulte. En effet, l'enfant perçoit la douleur comme tout le monde. Plusieurs travaux ont prouvé les effets délétères de l'absence de traitement ou de prévention de la douleur dans le développement neurosensoriel du bébé et dans son comportement futur face aux événements de la vie et notamment face aux soins. L'enfant doit bénéficier d'une prise en charge de la douleur au même titre que tout individu quel que soit son âge et sa pathologie [05,12].

Selon la HAS, les outils d'évaluation sont différents selon l'âge de l'enfant. Pour chaque classe d'âge, les mieux validés sont :

- Auto-évaluation : préconisée pour les enfants âgés de plus de 6 ans. Cette méthode a montré d'excellentes qualités métrologiques. Elle peut donc être utilisée en toute confiance, sous réserve d'explications adaptées au niveau de compréhension de l'enfant. Parmi les outils d'auto-évaluation, l'échelle visuelle analogique (EVA) qui est considérée comme l'outil de référence dans cette classe d'âge.

- EVA associée à un autre outil, tels que les jetons ou échelle de 6 visages : est préconisé chez les enfants de 4 à 6 ans. Si les scores obtenus par les 2 outils sont divergents, ils doivent être considérés comme non valides, c'est-à-dire non informatifs. Dès lors, seule l'hétéro-évaluation est possible.

- Hétéroévaluation : pour les enfants moins de 4 ans. L'évaluation de la douleur est plus complexe car elle repose principalement sur l'observation de son comportement.

Dans notre étude, Tous les médecins répondant à la question consacrée à la prise en charge de la douleur ont confirmé la nécessité de traiter la douleur chez un enfant.

Parmi les points négatifs relevés d'après notre étude, seulement 30% des médecins participant à l'enquête ont déjà suivi une formation sur la prise en charge de la douleur, et donc la notion de prise en charge de la douleur reste encore insuffisamment perçue par de nombreux médecins. Aussi, l'obstacle le plus rapporté par les médecins lors de notre enquête était la non disponibilité de certaines classes thérapeutiques des antalgiques, ceci peut être expliqué par le système d'approvisionnement de l'hôpital en produits de santé soumis au code des marchés publics et au budget limité alloué à la pharmacie.

CONCLUSION

Le point fort qui ressort de cette enquête est la prise de conscience de la prise en charge de la douleur au niveau des services. Les progrès qu'il faudrait accomplir sont la nécessité d'informer les professionnels de santé et d'amener l'établissement de santé à s'engager dans un programme de prise en charge institutionnelle de la douleur et d'avoir un comité de douleur à l'hôpital.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Alford DP, et al. Update in pain medicine. *J. Gen Intern Med* 2008; 23(6):841–5.
- Stewart WF et al. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA* 2003; 290(18):2443–54.
- Galinski M, Beaune S, Lapostolle F, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en urgence. *EMC - Médecine d'urgence*. 2015 ;10(3). ([http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1959-5182\(15\)59017-X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1959-5182(15)59017-X))
- Peter P. Pham, Michael P. Gaspar, Patrick M. Kane. Medical Management for Pain. In : De Terri M. Skirven, A. Lee Osterman, Jane Fedorczyk, Peter C. Amadio, Sheri Felder, Eon K Shin. *Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity*, E-Book. Elsevier Health Sciences ; 14 janv. 2020. P1350-1353.
- Prise en charge de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonnes pratiques. ANSM. Juin 2009.
- McGrath B et al. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hours after ambulatory surgery: a survey of 5703 patients. *Can Journal Anaesthesie*. 2004; 51:886–891.
- Madi-Jebbaran S et al. Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire dans les hôpitaux libanais. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2009 ; 28(5) :496-500.
- Waljee JF et al. The use of opioid analgesics following common upper extremity surgical procedures: a national, population-based study. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(2):355e–364e.
- HAS. Prise en charge de la douleur. Mis en ligne le 26 juin 2017
- Apfelbaum JL et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesie Analg*. 2003;97:534–540.
- Rodgers J, Cunningham K, Fitzgerald K, Finnerty E. Opioid consumption following outpatient upper extremity surgery. *Journal Hand Surg*. 2012;37(4):645–650.
- Annequin D, Ngo J. Évaluation et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent. *EMC - Traité de Médecine Akos*. 2018 ;13(4).