



HAL
open science

Projet de formation des internes de chirurgie sur la prise en charge de la douleur post-opératoire au CHU Gabriel Touré de Bamako

Bakary Tientigui Dembele

► To cite this version:

Bakary Tientigui Dembele. Projet de formation des internes de chirurgie sur la prise en charge de la douleur post-opératoire au CHU Gabriel Touré de Bamako. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01310213

HAL Id: dumas-01310213

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310213v1>

Submitted on 2 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE

**Projet de formation des internes de chirurgie sur la prise
en charge de la douleur post-opératoire
au CHU Gabriel Touré de Bamako**

Mr Bakary Tientigui DEMBELE

**Diplôme Universitaire (DU) de Pédagogie des Sciences de
la Santé**

Directeur de Mémoire : Pr André Quinton

Plan

1 Introduction

2 Contexte

2.1 Le CHU Gabriel Touré de Bamako ó Les services de chirurgies ó Le bloc opératoire

2.2 Le personnel

3 Enquête

3.1 Introduction

3.2 Matériel et méthode

3.3 Résultats

3.4 Discussion

4 Description de la Formation sur la douleur post-opératoire:

4.1 Introduction

4.2 Méthode

4.3 Résultats

4.4 Discussion

Conclusion

Annexes :

Fiche d'enquête

Eléments du cours

1- Introduction

La convalescence après chirurgie digestive s'est profondément modifiée au cours des dernières années. L'accent est mis actuellement sur une reprise rapide de l'autonomie des patients, conditionnée par un raccourcissement de la durée de l'iléus postopératoire, une rénutrition et une mobilisation précoce des patients [1, 2, 3, 4]. Outre le confort apporté aux patients, l'analgésie postopératoire influence la convalescence postopératoire [5, 6].

L'emploi de dérivés morphiniques prolonge la durée de l'iléus postopératoire et s'accompagne d'un cortège d'effets indésirables qui ralentissent la reprise d'autonomie des patients

Il existe un grand déficit dans la prise en charge de la douleur en chirurgie dans nos hôpitaux au Mali

Elle se fait aujourd'hui dans un cadre juridique et de mesures législatives qui font de son traitement une priorité selon les articles 24, 25, 26,28 du code de la déontologie médicale [7].

En 2005 selon une enquête réalisée au CHU GT 56,8% des prescripteurs ont affirmé ne pas utiliser de protocole antalgique, seulement 22,7% des prescripteurs avaient recours à une échelle d'évaluation [8].

Il n'existe aucun module d'enseignement de la douleur en tant que entité dans notre faculté, elle est étudiée à travers les autres pathologies, ainsi nos médecins sortent avec des notions vagues sur la douleur et arrivent à l'internat avec ses mêmes notions, d'où la nécessité d'organiser un enseignement sur la douleur post-opératoire à nos internes de chirurgie

Nous avons d'abord évalué le niveau de connaissances de nos internes, et leur attitude pratique sur la douleur post-opératoire à travers une enquête ; puis nous présenterons un programme d'enseignement sur la douleur post-opératoire.

2-Contexte :

2.1 Le CHU Gabriel Touré de Bamako ó Les services de chirurgies ó Le bloc opératoire

Notre étude a été effectuée dans les services de chirurgie du CHU Gabriel Touré.

Dispensaire centrale jusqu'en 1956, il fut érigé en hôpital et baptisé Gabriel Touré en hommage à un étudiant soudanais en médecine décédé à Dakar le 12 Juin 1934 à la suite d'une épidémie de peste. Il devient CHU en 2006. Il occupe le troisième niveau de référence dans le système de santé du Mali et est le deuxième plus grand CHU. Il est situé en plein cœur du district de Bamako en Commune III.

Il comporte les départements suivants : Gynécologie et obstétrique, Pédiatrie, Chirurgie, Anesthésie et réanimation, Médecine, Pharmacie.

Le service de chirurgie générale se trouve à l'étage du pavillon Benitieni Fofana (Ancien Chef de service de Gynécologie Obstétrique CHU Gabriel Touré Bamako) situé au nord de l'établissement, entre les services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie pédiatrique. Il est constitué de deux entités : l'unité d'hospitalisation de 35 lits et le bloc opératoire composé 6 salles (4 salles d'opérations destinées au programme à froid et 2 salles d'urgences).

2.2 Le personnel :

Le personnel travaillant au bloc est composé de 95 personnes : 24 chirurgiens, 2 Médecins anesthésistes réanimateurs MAR, 13 Infirmiers anesthésistes diplômés d'état IADES, 16 Infirmiers du bloc opératoires diplômés d'état IBODES et 40 étudiants (Internes) dans différentes spécialités chirurgicales : chirurgie générale, traumatologie orthopédie, ORL, urologie, chirurgie pédiatrique et neurochirurgie, et de gynécologie-obstétrique.

L'enseignement va porter sur ses 40 internes des hôpitaux qui sont chargés du suivi post-opératoire notamment la prise en charge de la douleur post-opératoire et qui au cours de leur formation font une rotation semestrielle obligatoire dans tous les services de chirurgie.

3-Enquête

3.1 Introduction :

Une douleur non soulagée constitue un stress physiologique néfaste [9], engendrant des changements physiologiques comprenant des troubles cardiovasculaire, respiratoire, de la mobilité, de la dépression du système immunitaire, du sommeil, de l'appétit et de l'alimentation, de la médication [10]

La prise en charge correcte de la douleur n'améliore pas seulement le confort du malade, mais aussi réduit de façon significative la réponse au stress chirurgical, qui à son tour diminue le taux des complications (infection, fistule anastomotique), la morbidité (pneumonie, thrombose, embolie), le temps de convalescence et même la mortalité [11]. Il **existe** un grand déficit dans la prise en charge de la douleur en chirurgie

Nos objectifs sont d'apprécier la connaissance et l'attitude de nos internes de chirurgie dans la prise en charge de la douleur post-opératoire

3.2 Matériel et méthode :

3.2.1 Type et période d'étude :

Nous avons réalisé une étude prospective transversale en Mars 2014

3.2.2 - Population d'étude:

L'étude a porté sur les internes des hôpitaux du CHU Gabriel Touré de Bamako exerçant dans différents domaines de chirurgie : la chirurgie viscérale, la chirurgie pédiatrique, la traumatologie-orthopédie, l'urologie, l'ORL, la neurochirurgie et la gynécologie-obstétrique.

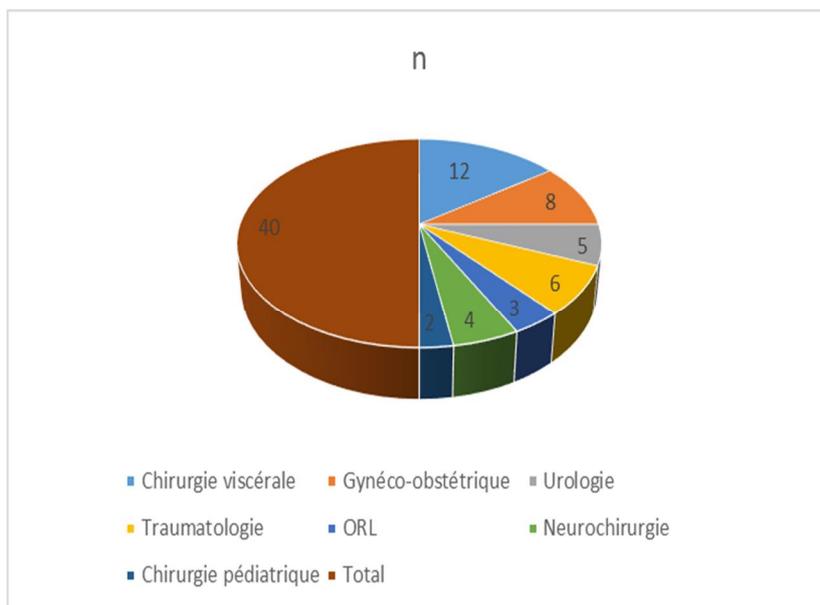
3.2.3 - Déroulement :

Une fiche d'enquête élaborée (voir annexes), comportant différentes questions sur les connaissances et les attitudes pratiques dans la prise en charge de la douleur post-opératoire a permis le recueil des données et leurs analyses sur EPI info Version 3.5.1.

3.3 Résultats :

L'enquête a porté sur les internes des hôpitaux repartis dans les différents services de chirurgie du CHU Gabriel Toure (n : 40)

3.3.1. Les spécialités chirurgicales

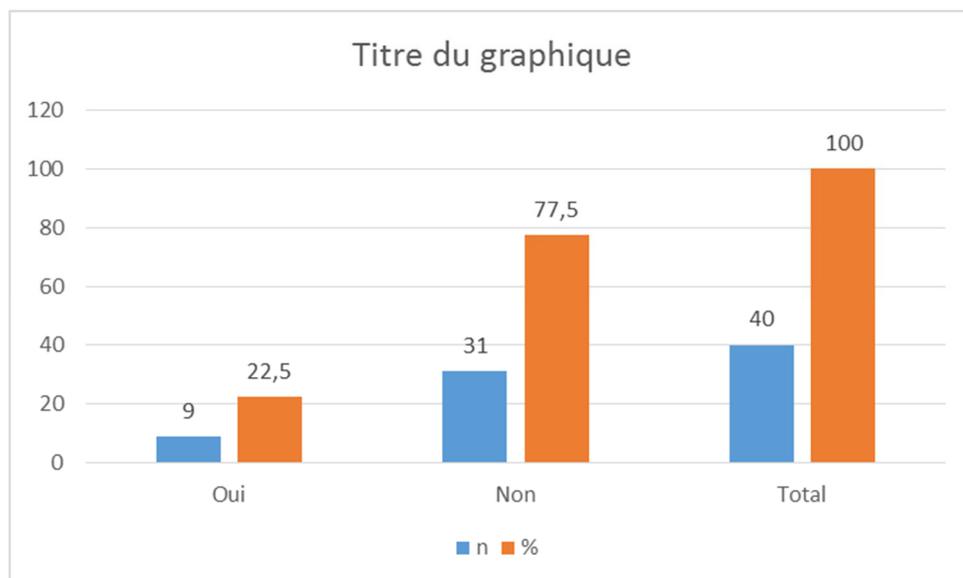


Spécialités	n	%
Chirurgie viscérale	12	30
Gynéco-obstétrique	8	20
Urologie	5	12,5
Traumatologie	6	15
ORL	3	7,5
Neurochirurgie	4	10
Chirurgie pédiatrique	2	5
Total	40	100

La chirurgie viscérale était le service le plus représenté avec 30%

3.3.2. Participation à un cours sur la douleur

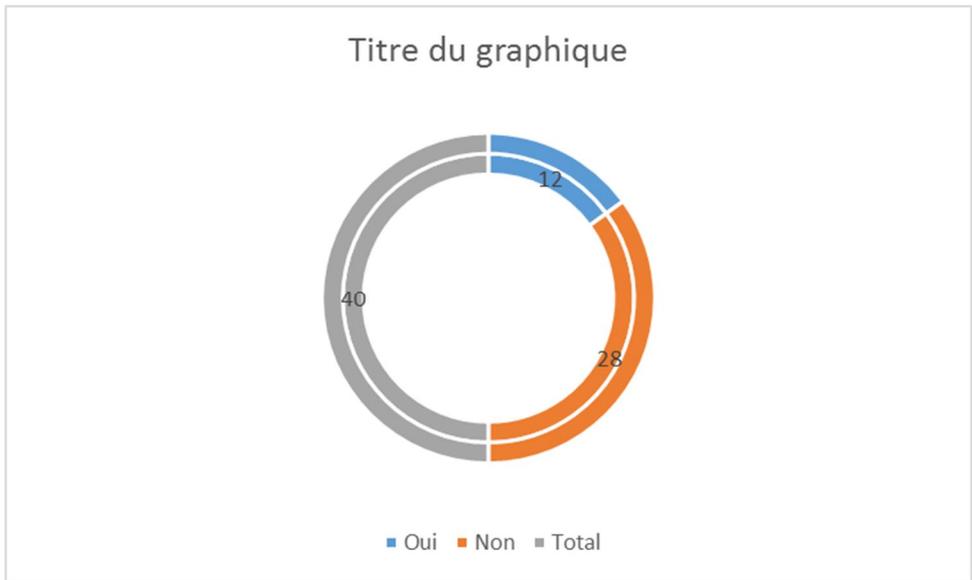
Cours	n	%
Oui	9	22,5
Non	31	77,5
Total	40	100



77,5% de nos internes n'avaient pas reçu de cours sur la douleur au cours de leurs études

3.3.3. Participation à un enseignement sur la douleur après leurs études de médecine

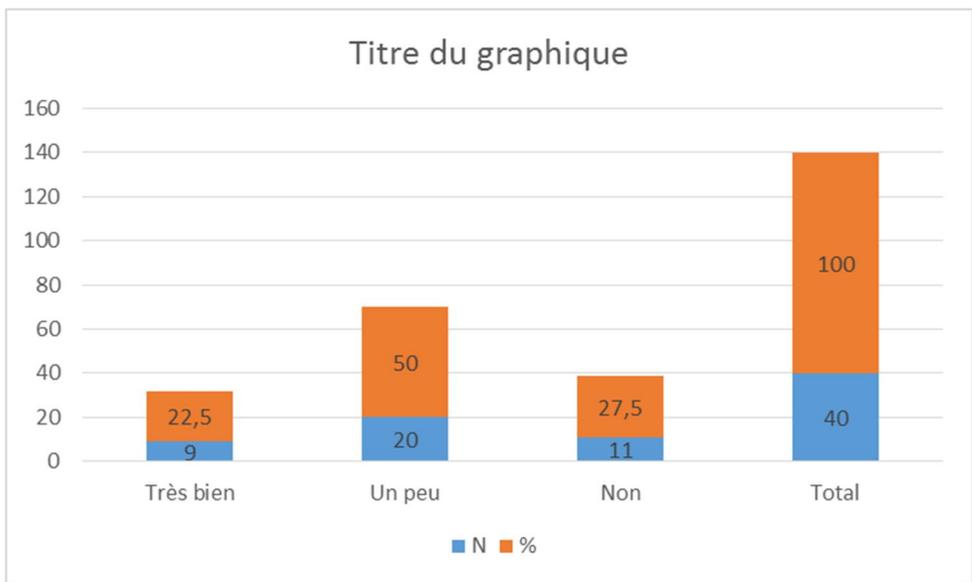
Enseignement	n	%
Oui	12	30
Non	28	70
Total	40	100



70% n'avaient jamais reçu d'enseignement sur la douleur

3.3.4. Connaissances sur les moyens d'évaluation de la douleur

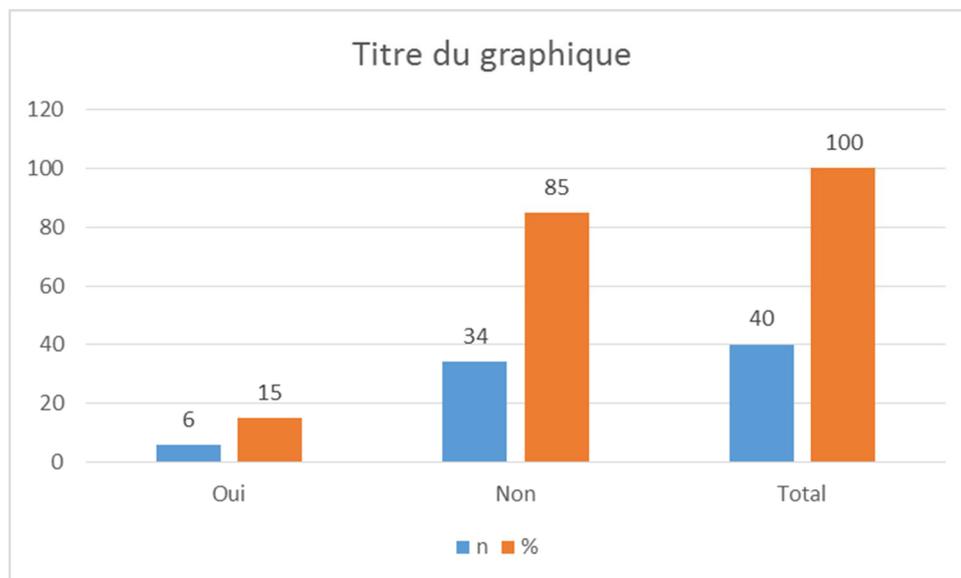
Moyens	N	%
Très bien	9	22,5
Un peu	20	50
Non	11	27,5
Total	40	100



22,5% seulement avaient une très bonne connaissance sur les moyens d'évaluation

3.3.5. Evaluation de la douleur dans la pratique quotidienne

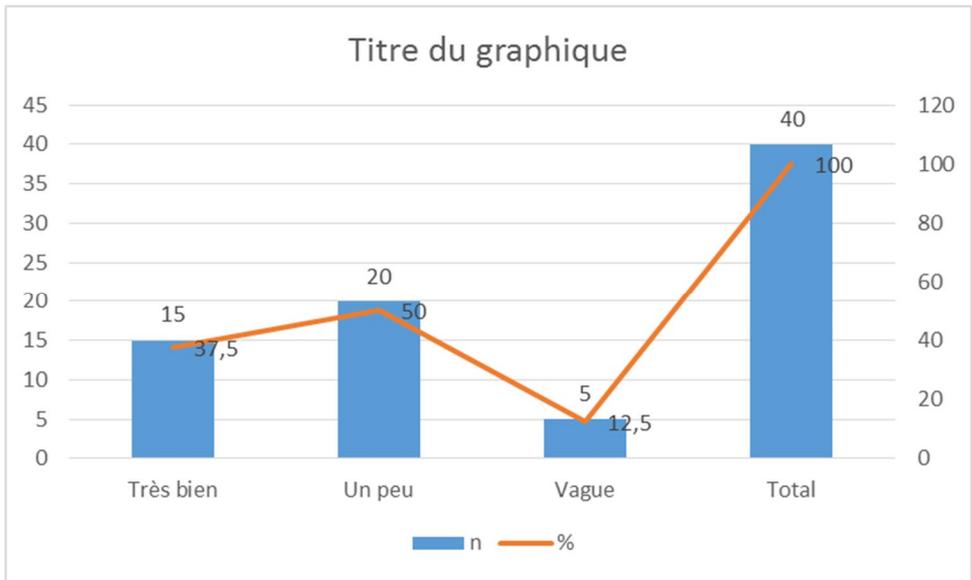
Si évaluation	n	%
Oui	6	15
Non	34	85
Total	40	100



85% ne faisaient pas une évaluation de la douleur dans leur pratique quotidienne

3.3.6. Exploitation de l'EVA

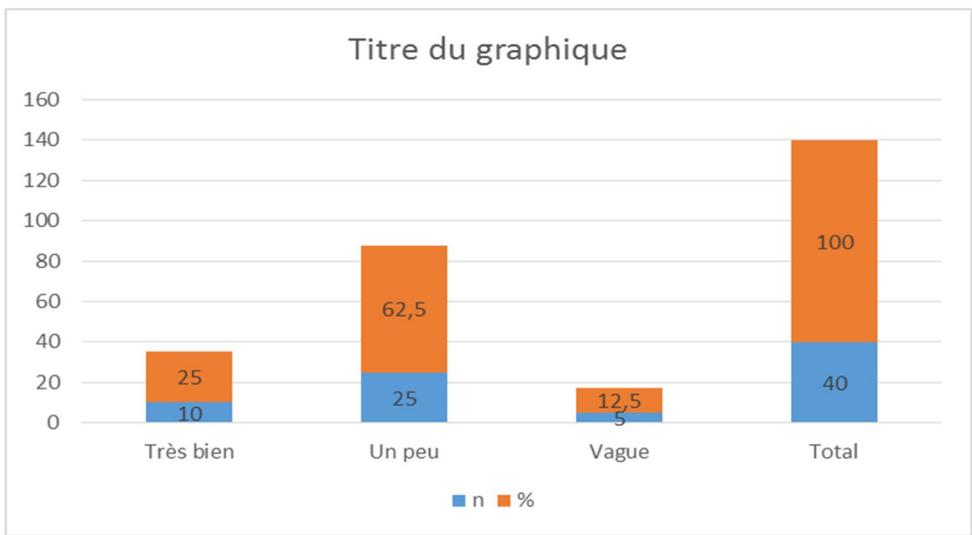
EVA	n	%
Très bien	15	37,5
Un peu	20	50
Vague	5	12,5
Total	40	100



37,5% savaient très bien exploité l'EVA

3.3.7. Connaissance sur les moyens de prise en charge

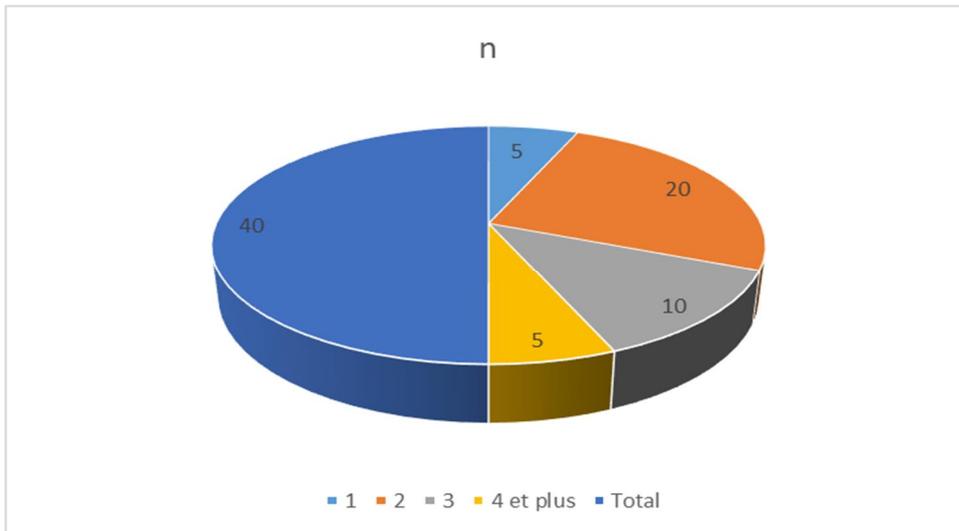
Prise en charge	n	%
Très bien	10	25
Un peu	25	62,5
Vague	5	12,5
Total	40	100



25% avaient une très bonne connaissance sur les moyens de prise en charge

3.3.8. Nombre de méthodes d'évaluation connues

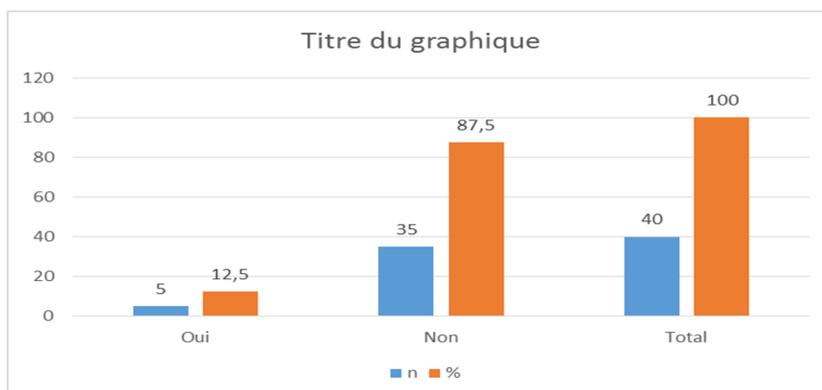
Méthodes d'évaluation	n	%
1	5	12,5
2	20	50
3	10	25
4 et plus	5	12,5
Total	40	100



62,5% avaient une connaissance d'au plus 2 moyens d'évaluation

3.3.9. Connaissance de l'infiltration

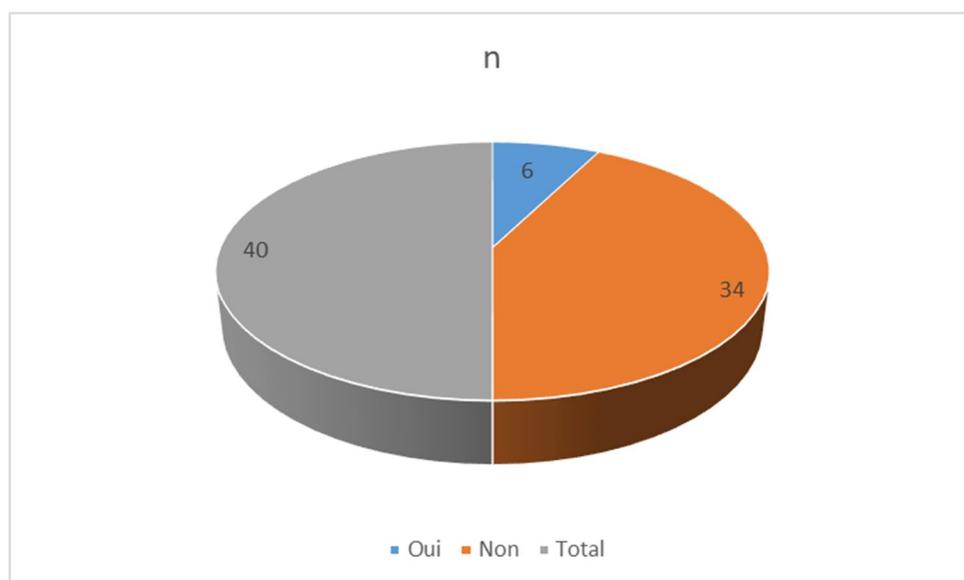
Infiltration	n	%
Oui	5	12,5
Non	35	87,5
Total	40	100



87,5% n'avaient aucune connaissance sur l'infiltration

3.3.10. L'existence de protocole de prise en charge de la douleur dans le service

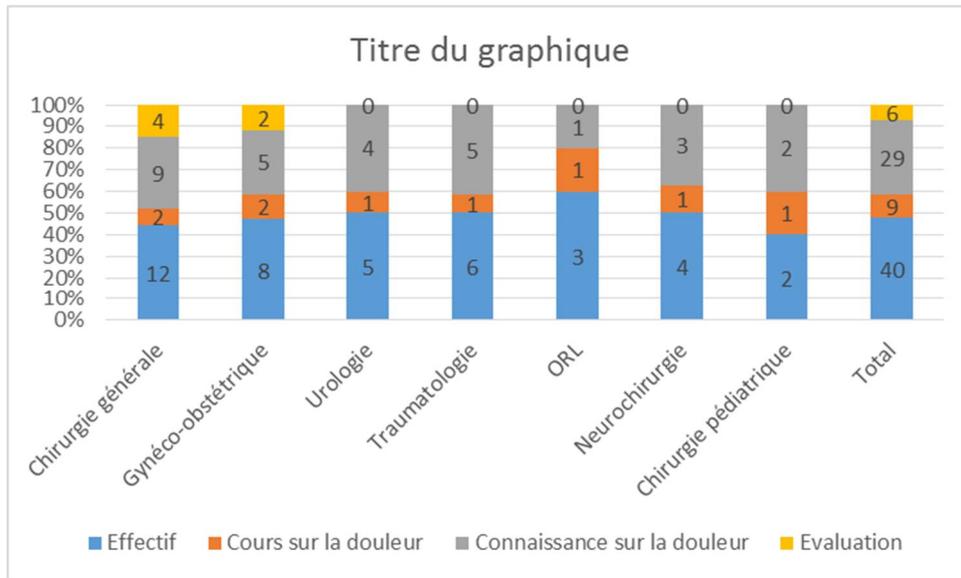
Protocole	N	%
Oui	6	15
Non	34	85
Total	40	100



85% n'avaient pas de protocole dans leur service

3.3.11. Analyse sur les cours reçus, les connaissances et la pratique de l'évaluation de la douleur selon les différentes spécialités chirurgicales

Disciplines/connaissances	Effectifs	Cours sur la douleur	Connaissance sur la douleur	Evaluation
Chirurgie générale	12	2	9	4
Gynéco-obstétrique	8	2	5	2
Urologie	5	1	4	0
Traumatologie	6	1	5	0
ORL	3	1	1	0
Neurochirurgie	4	1	3	0
Chirurgie pédiatrique	2	1	2	0
Total	40	9	29	6



Ce tableau a montré que les connaissances étaient faibles quel que soit la spécialité ainsi que la pratique de l'évaluation de la douleur.

3.4 Discussion

Cette étude prospective transversale a été une enquête par questionnaire, une fiche ayant été remise de la main à la main aux participants avec un délai de récupération de 24 heures afin de diminuer le maximum de biais.

L'enquête avait porté sur 40 internes des hôpitaux qui avaient un rôle très important dans la gestion de la douleur post-opératoire ; ces internes sont de différentes spécialités chirurgicales avec un nombre plus élevé pour la chirurgie viscérales 12/40 (30%) car cette discipline est la plus ancienne dans la formation post universitaire, avec plus d'enseignants, les autres étant récentes avec moins de recrutement.

Nous voyons que seuls 9/40 (22,5%) ont participé à un cours spécifiquement sur la douleur et 12/40 (30%) a un enseignement post universitaire (il s'agit d'un enseignement organisé par les sociétés savantes en dehors de l'université, considéré comme une formation continue post doctorale) ; c'est dire que la douleur n'est pas suffisamment prise en compte dans notre système

d'enseignement contrairement à l'occident ou le programme d'enseignement de la douleur fait partie intégrant de tout enseignement médical. Les quelques internes qui ont reçu des cours ont commencé leur études de médecine dans d'autres facultés.

Tous les étudiants en médecine sortent de différentes facultés avec des notions claires et pointues sur la douleur, contrairement aux nôtres ou 62,5% ne connaissent que 2 méthodes d'évaluation de la douleur, 75% vaguement la prise en charge, et 87,5% ne connaissent pas l'infiltration.

Dans cette étude 85 % des internes n'avaient pas vu de protocole de prise en charge de la douleur dans le service ou ils sont en stages, faute de l'absence de celui-ci lors de leur passage, et 85% n'évaluent jamais la douleur avant sa prise en charge ; en 2005 selon une enquête réalisée au CHU GT 56,8% des prescripteurs avaient affirmé ne pas utiliser de protocole antalgique, seulement 22,7% des prescripteurs avaient recours à une échelle d'évaluation [8].

En 1998 sur une enquête réalisée auprès de 100 médecins du CHU de Rabat : une minorité 15% utilisait systématiquement le protocole de l'OMS. 35% utilisaient l'antalgique à la demande [14]

4- Projet de formation

4.1 Introduction :

La formation sur la prise en charge de la douleur post-opératoire de nos internes devient une nécessité absolue car d'une part leur connaissance limitée sur le phénomène, en attestent les résultats de l'enquête, et d'autre part ils constituent un maillon important dans la gestion du post-opératoire dans son ensemble. Au Mali la prise en charge de la douleur se fait aujourd'hui dans un cadre juridique et de mesures législatives qui font de son traitement une priorité selon les articles 24, 25, 26,28 du code de la déontologie médicale [7]

4.2 Méthode :

Nous allons décrire cet enseignement en suivant le plan d' l'organisation d'enseignement présenté au DU de Pédagogie des Sciences de la Santé [15].

Les formations seront assurées par deux chirurgiens et deux anesthésistes qui ont eux-mêmes été formés antérieurement à la prise en charge de la douleur en générale.

4.3 Résultats : le projet de formation

4.3.1 - Finalités :

- Chaque interne doit acquérir la compétence de prendre en charge la douleur post-opératoire, c'est-à-dire d'être capable de la prévenir, de l'évaluer et de la traiter
- Faire en sorte que le patient ne souffre plus en post-opératoire
- Améliorer la qualité des soins en matière de douleur

4.3.2 - Programme et objectifs opérationnels :

- Introduction : qui consistera à décrire la problématique de la douleur post-opératoire
- Bases physiologiques de la douleur : concernera la physiologie et les mécanismes de la nociception ;
- Différents types de la douleur : on décrira la douleur aiguë et les douleurs chroniques ;
- Évaluation de la douleur : L'objectif étant d'aboutir à une qualification chiffrée, reflétant l'intensité du phénomène douloureux. Pour être plus fiable, la méthode utilisée doit répondre aux critères comme la validité (lorsqu'elle mesure bien ce qu'elle est censée mesurer), la sensibilité (lorsqu'elle détecte de variations d'intensité cliniquement

utiles), et la fidélité (lorsque les mesures successives restent stables dans des conditions cliniques apparemment identiques). Elle comportera les méthodes d'autoévaluations et d'hétéro-évaluations par les soignants.

- Douleur post-opératoire : expliquera les conséquences physiologiques et psychologiques de la douleur sur un opéré récent.
- Traitements de la douleur post-opératoire : Décrit la classification des analgésiques selon le papier de l'O.M.S, ainsi que les techniques utilisées dans la lutte contre la douleur post-opératoire.
- Infiltration pariétale d'analgésie dans la prise en charge de la douleur post-opératoire : permettra de décrire la technique d'infiltration, la nature et la quantité des molécules utilisées.

4.3.3 - Description, contenu, intervenants, et coût :

Introduction :

Il existe un grand déficit dans la prise en charge de la douleur en chirurgie. La prise en charge de la douleur postopératoire (DPO) s'est optimisée considérablement ces quinze dernières années par le développement de nouveaux concepts qui peuvent se résumer de la manière suivante : analgésie multimodale, prévention de la DPO par l'utilisation très précoce de substances analgésiques, organisation des soins postopératoires autour du concept de réhabilitation postopératoire. D'ailleurs, ces trois concepts sont très complémentaires puisque, associés, ils permettent de réduire la DPO et son risque de chronicité. Ils ont également un impact important sur la fatigue postopératoire et accélèrent la récupération fonctionnelle.

Organisation et déroulement :

La formation va se dérouler sur quatre jours du Lundi au jeudi, avec trois jours dans la salle de staff de chirurgie (département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako), et un passage au bloc opératoire pour la technique d'infiltration pariétale d'analgésie

Pour matériel de cette formation nous aurons besoin de la salle de staff, d'un vidéoprojecteur, deux ordinateurs, une imprimante, d'un tableau, de feutres de différentes couleurs.

Il y aura une pause petit déjeuner et déjeuner pour 4 jours pour 49 personnes.

Concernant les intervenants, il y aura deux anesthésistes (le Pr Diallo A, et le Pr Django D, tous deux anesthésistes réanimateurs au CHU Gabriel Touré, le premier chef de département d'anesthésie et le second chef de service des urgences) et deux chirurgiens (le Pr Diallo G, chef de département de chirurgie et moi Dr Dembélé maître-assistant en chirurgie)

La formation se déroulera comme suit :

D'abord une documentation écrite, avec le programme de la formation, sera remise aux étudiants avant le début de la formation pour lecture.

La planification de la formation sera la suivante.

J1 Lundi :

9H- 10H : installation, bienvenue et introduction : Pr Diallo G

10H-13H : Physiopathologie : Pr Diango D

13H-14 : Pause

14H-16H : différents types de douleurs : Pr Diango D

Cette journée se fera sous forme d'exercices d'apprentissage par Compréhension de Situation, ou comment intégrer théorie et concret dans les mêmes réseaux conceptuels [15]

J2 : évaluation de la douleur : Pr Diallo A

9H-13H : méthodes d'autoévaluations

13H-14H : Pause

14H-16H : méthodes d'évaluations par les soignants

Avec des exercices dirigés ; de mises en situation, et des exercices de raisonnement, nous ferons des simulations et l'usage des réglettes [15].

J3 : douleur post-opératoire, et traitement : Pr Diallo G

9H-13H : Douleur post-opératoire

13H-14H : Pause

14H-16H : Traitement de la douleur post-opératoire

Des exercices dirigés et des jeux de rôles seront faits au cours de cette journée, avec une succession de situations cliniques, sur la douleur dans les différentes spécialités chirurgicales (chirurgie thoracique, chirurgie des membres, chirurgie digestive, chirurgie gynécologique, urologique, ORL, neurochirurgie et chirurgie pédiatrique)

J4 : Infiltration pariétale d'analgésie et passage au Bloc opératoire : Dr Dembélé BT

9H-10H : présentation et questions réponses sur la technique d'infiltration

10H-16H : travaux dirigés avec un passage au bloc opératoire

Evaluation :

Une évaluation des connaissances se fera au début de chaque journée, elle se portera sur la journée précédente, sous forme d'une mise à niveau, Il s'agit là d'une évaluation formative.

Puis un autre au terme de cette formation en utilisant un questionnaire (annexes) le même qu'au prétest associé un audit sur les pratiques de prévention et prise en charge de la douleur à distance de celle-ci.

Coût de la formation

Investissement : une fois acquis cela servira pour un moment : c'est-à-dire d'autres formations ultérieures

Matériel didactique (le vidéoprojecteur, les ordinateurs, l'imprimante

→ 2000 Euros

Fonctionnement pour une formation de 4 jours pour 40 personnes

Rémunération des formateurs : 200 Euro par formateur : 800 Euros

Rémunération des deux secrétaires (qui s'occupent des saisies, photocopies et gestion du matériel au cours de cette formation): 200 Euros

Feutres de différentes couleurs, et des cahiers et Bic)

Pause déjeuner pour 4 jours : 1500 Euros (soit le repas à 7,5 € ; préparer la société d'alimentation qui s'occupe de la cuisine du personnel de l'hôpital)

Rémunération d'un planton (qui s'occupe de l'entretien de la salle): 50 Euros

→ 2550 Euros

Le financement sera assurée d'une part, par le CHU Gabriel Touré, et d'autres part les représentants de laboratoires pharmaceutiques des antalgiques

4.4 Discussion :

Nous avons suivi le plan d' l'organisation d'enseignement présenté au DU de Pédagogie des Sciences de la Santé, qui nous a permis de faire une formation de qualité axé sur la mémoire, le raisonnement et l'approche par compétence.

Cette formation permettrait d'améliorer de façon significative l'attitude de nos internes face à la douleur ce qui était loin d'être le cas lors des résultats de l'enquête précédente, cette organisation permet une adhésion complète des participants, pour atteindre nos objectifs ; qui sont entre autre :

-L'implication de tous dans la gestion de la douleur (Médecins, Chirurgiens, Anesthésistes et infirmiers)

-La disponibilité des antalgiques dans les pharmacies de l'hôpital.

- L'évaluation la douleur avant l'administration d'un antalgique
- L'information et la sensibilisation des patients sur la notion de douleur postopératoire et les différentes possibilités thérapeutiques.
- La mise en place des mécanismes de formations du personnel infirmier sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- L'intégration de l'évaluation et la documentation de la douleur dans la pratique quotidienne

Bien sûr nous n'avons pas tous les moyens à notre disposition en termes de simulation sur mannequin, documentation pour faire un enseignement plus attractif à l'occidental. Cette formation devrait s'étendre non seulement à tous les internes d'autres spécialités, mais aussi au personnel médical et paramédical, surtout le personnel de soin, en l'occurrence les infirmiers qui ont la charge de faire des soins. Il est judicieux de former des personnes qui seront compétentes dans l'application des techniques d'évaluation et de prise en charge de la douleur post-opératoire qui seront utilisables à court terme. Des offres d'enseignement dans de telles perspectives témoignent de la prévoyance et du dynamisme des concepteurs ; ainsi nous pouvons considérer que les techniques d'enseignement utilisées pour cette formation notamment les exercices d'apprentissage par Compréhension de Situation, ou comment intégrer théorie et concret dans les mêmes réseaux conceptuels, et des d'exercices dirigés ; de mises en situation, et des exercices de raisonnement, avec des simulations semble la meilleur. Tous les enseignants ayant une formation pédagogique en sont convaincus à cet effet.

Dans les perspectives nous voulons élaborer un référentiel adapté à notre contexte sur la prise en charge de la douleur postopératoire avec des protocoles pour chaque spécialité chirurgicale, et chaque service de chirurgie. Ce sujet devrait être abordé lors d'une cérémonie de clôture avec des attestations qui seront remis aux participants et un discours de du directeur du CHU Gabriel Touré.

Conclusion :

La formation de nos personnels sur la douleur et l'intégration d'un enseignement sur la douleur dans la formation médicale sont nécessaires pour nous les pays où la douleur est toujours considérée comme une fatalité ; ceux-ci ouvrirait les perspectives de l'élaboration de référentiel sur sa prévention et sa prise en charge, ainsi que la création de CLUD (comités de lutte contre la douleur) qui n'existe pas encore chez nous.

Références:

- 1- Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183: 630-641.
- 2- Kehlet H, Dahl J. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003; 362: 1921-68.
- 3- Beaussier M, Delva E. Rapid recuperation after abdominal surgery: the anesthetist's point of view. *Ann Chir* 2004; 129 (1):10-66.
- 4- Bouyabrine H, Jacquet E, Puche P, Navarro F. Rapid recuperation after gastrointestinal surgery. What strategies? *Ann Chir* 2004; 129 (1): 7-9.
- 5- Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaesth* 2001; 87:62-72.
- 6- Bonnet F, Marret E. Influence of anaesthetic and analgesic techniques on outcome after surgery. *Br J Anaesth* 2005; 95:52-68.
- 7- Code de déontologie médicale. Annexe à la loi n°86.35/AN RM portant institution de l'ordre national des médecins. Bamako ; Mali ; 14 mai 1985 ; 11.
- 8- **Bibiane A.** Prise en charge de la douleur à l'hôpital Gabriel Touré : problématique et perspective.
Thèse de médecine Bamako 2005 ; n°12
- 9--**TGross Pretto, A Aeschbach,S March:**Schmerzmanagement auf chirurgischen Bettenstationen. *Chirurg* 2002.73:818-826.
- 10 -**Macintyre PE, Realy LB:** Acute pain management: A Practical Guide, 2nd edn, London: WB Sanders 2001.
- 11-**Troidl H, Neugebauer E:** Akuter Schmerz in der chirurgie .*Chirurg* 1990;61:485.
- 14- Le Bars D, Villanueva L, Chitour D. Les mécanismes physiologiques de contrôle de la douleur. In : Brasseur L, Chauvin L, Guilbaud G, eds. Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Paris: Maloine, 1997: 23-37.
- 15- Quinton A. Organisation d'un enseignement.
http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/organisation_enseignement.pdf.

Résumé :

Il existe un grand déficit dans la prise en charge de la douleur en chirurgie dans nos hôpitaux au Mali.

Il n'existe aucun module d'enseignement de la douleur en tant qu'entité dans notre faculté.

Nos objectifs est d'apprécier la connaissance et l'attitude de nos internes de chirurgie dans la prise en charge de la douleur post-opératoire à travers une enquête ; puis suivra un programme d'enseignement sur la douleur post-opératoire.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude prospective transversale en Mars 2014 porté sur les internes des hôpitaux du CHU Gabriel Touré de Bamako exerçant dans différents domaines de chirurgie sur les connaissances et les attitudes pratiques dans la prise en charge de la douleur post-opératoire.

Résultats :

L'enquête a porté sur les internes des hôpitaux repartis dans les différents services de chirurgie du CHU Gabriel Toure (n : 40) ces internes sont de différentes spécialités chirurgicales avec un nombre plus élevé pour la chirurgie viscérales 12/40 (30%), seuls 9/40 (22,5%) ont participé à un cours spécifiquement sur la douleur et 12/40 (30%) a un enseignement post universitaire ; 62,5% ne connaissent que 2 méthodes d'évaluation de la douleur, 75% vaguement la prise en charge, et 87,5% ne connaissent l'infiltration. 85% n'évaluent jamais la douleur avant sa prise en charge.

Projet de formation

Cet enseignement assuré par deux chirurgiens et deux anesthésistes, suivant le plan d' l'organisation d'enseignement présenté au DU de Pédagogie des Sciences de la Santé avec comme finalités, chaque interne doit acquérir la compétence de prendre en charge la douleur post-opératoire, c'est-à-dire d'être capable de la prévenir, de l'évaluer et de la traiter.

Il se déroulera sur quatre jours, et tous les aspects de la douleur post-opératoire seront étudiés avec des exercices d'apprentissage par Compréhension de Situation, des exercices dirigées ; de mises en situation, et des exercices de raisonnement, nous ferons des simulations et l'usage des réglettes selon le modèle du DU de pédagogie avec un coût total de 2550 Euros.

Conclusion : L'intégration d'un enseignement sur la douleur dans la formation médicale est nécessaire pour qu'il n'y ait plus de douleur post-opératoire

Mots clé : Douleur, Chirurgie, Enseignement, Mali.

ANNEXE

1- questionnaire

N° : /__/

Nom : /_____/

Prénom : /_____/

Q 1 Age : /__/

Q 2 Spécialité chirurgicale (service) : /_____/

Q 3 Avez-vous reçu un cours spéciale sur la douleur à la faculté :

Oui /__/

Non /__/

Q 4 Avez-vous suivi un enseignement post universitaire su la douleur

Oui /__/

Non /__/

Q 5 Connaissez-vous les moyens d'évaluation de la douleur :

Très bien /__/

Un peu /__/

Non /__/

Q 6 savez-vous exploiter l'EVA

Très bien /__/

Un peu /__/

vague /__/

Q 7 Evaluez-vous la douleur en post-opératoire chez vos patients :

Oui /__/

Non /__/

Q 8 Connaissez-vous les différents moyens de prise en charge de la douleur :

Très bien /__/

Un peu /__/

vague /__/

Q 9 Combien de méthode d'évaluation de la douleur connaissez-vous :

1 /__/

2 /__/

3 /__/

4 et plus /__/

Q 10 Avez-vous déjà vu pratiquer une infiltration de la plaie chirurgicale d'analgésie

Oui /__/

Non /__/

Q 11 y a t'il un protocole dans la prise en charge de la douleur post-opératoire dans votre service

Oui /__/

Non /__/

2- Eléments du cours :

Echelles les méthodes d'auto-évaluation globales :

Les échelles unidimensionnelles visent, en pratique, à saisir la réponse globale aux traitements appliqués.

÷L'échelle verbale simple (E. V. S) :

Elle est beaucoup moins sensible car discontinue. En effet, elle est plus accessible au patient.

Elle propose une série de notes chiffrées hiérarchisées.

Exemple de E. V. S.

Quel est le niveau de votre douleur ?

Pas de douleur	=	0
Douleur faible	=	1
Douleur modérée	=	2
Douleur intense	=	3
Douleur très intense	=	4

÷L'échelle numérique (E.N.) :

Avec l'échelle numérique, le patient donne une note de 0 à 100 (ou 10). La réponse peut être donnée par écrit mais aussi oralement, ce qui est un avantage dans certaines situations.

La note 0 est définie par « douleur absente ».

La note maximale 100 (ou 10) par « douleur très intense, insupportable ».

L'importance du soulagement peut être évaluée en pourcentage (de 0 à 100%) les critères d'un soulagement supérieur ou égal à 50% sont souvent utilisés comme un critère de succès, définissant une efficacité représentative des attentes en clinique.

÷L'échelle visuelle analogique (E.V.A.) :

Elle se présente sous forme de réglette graduée, appelée algodécimètre très utile dans la pratique courante. Le déplacement d'une aiguille incorporée le long de la réglette de la gauche vers la droite ou de bas en haut selon que la réglette soit

orientée horizontalement ou verticalement, détermine une distance en millimètre lu sur une face dite «évaluateur » à l'opposé de la face présentée au malade.

+Méthode d'hétéro évaluation : questionnaire de qualificatifs

Ce sont des instruments multidimensionnels. Ces échelles d'hétéro évaluation permettent en pratique de préciser et qualifier les participations respectives du sensoriel et de l'affectif dans la douleur.

÷ Le Mac Gill Pain questionnaire :

Elaboré par Melzack en langue anglaise, le M.P.Q est un questionnaire constitué par une liste de 79 qualificatifs, repartit en 20 sous classes, regroupées en 4 classes : affective, sensorielle, évaluative et divers (sensori-affective) [41].

Le patient choisit les qualificatifs qui correspondent à sa douleur.

Dans chaque sou classe, un seul qualificatif le plus approprié est choisi.

Dans la présentation originale du M.P.Q, les qualificatifs sont liés au patient et au besoin, commentés par l'observateur.

÷Le questionnaire douleur Saint Antoine :

Le Q.D.S.A est l'adaptation française du M.P.Q.

Il comporte 61 qualificatifs repartis en 17 sous classes :

- 9 sous classes sensoriels,
- 6 sous classes affectives,
- 1 sous classe évaluative.

Les termes sélectionnés doivent aisément être compris par les patients d'où la nécessité d'éliminer au temps que possible le vocabulaire médical.

Après avoir sélectionné le terme le mieux adapté dans une sous classe, le patient peut pondérer son jugement grâce à une échelle de 0 à 4.

+Les échelles comportementales : [42,43]

Ces échelles sont utilisées chez les nouveaux nés, et les enfants de moins de 6ans. Exemples :

÷Echelle NFCS (néonatal facial coding system réduit à 4 items)

Elaborée pour le nouveau-né, utilisable jusqu'à au moins 18 mois

- Sourcils froncés : **oui : 1**, non : 0

- Paupières serrées : **oui : 1**, non : 0
- Sillon naso-labial accentué : **oui : 1**, non : 0
- Ouverture de la bouche : **oui : 1**, non : 0

÷ **Evaluation de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né (EDIN)**

Proposition

Item

Résultat

Visage 0 Visage détendu.

- 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils/lèvres
Pincées/plissement menton/Tremblement du menton
- 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées
- 3 Crispation permanente avec visage violacé ou visage figé, prostré

Corps 0 Corps détendu

- 1 Agitation transitoire, assez souvent calme
- 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible
- 3 Agitation permanente : crispation des extrémités et

Raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée avec corps figé

- Sommeil**
- 0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme
 - 1 S'endort difficilement
 - 2 Se réveille spontanément et fréquemment en dehors des soins
sommeil agité
 - 3 Pas de sommeil
- Relation**
- 0 Sourire aux anges. Sourire réponse, attentif à l'écoute
 - 1 Appréhension passagère au moment du contact
 - 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation
 - 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou
gémissement
- Réconfort**
- 0 Calme, détente complète
 - 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la
voix ou à la succion
 - 2 Se calme difficilement
 - 3 Inconsolable. succion désespérée

HIERARCHIE DES ANTALGIQUES : (Classification de l'OMS)

PALIER I : Douleurs faibles à modérées

Stratégie : antalgiques périphériques non opioïdes.

Produits : Paracétamol, Aspirine, AINS

PALIER II : Douleurs modérées à intenses

Stratégie : antalgiques centraux opioïdes faibles +/- associés aux antalgiques du palier I ou aux **corticoïdes en cure courte**

Produits : Codéine, Tramadol

PASSAGE AU PALIER II vers III

Si le patient n'est pas soulagé avec 6 comprimés par jour de Efferalgan codéine ou tramadol ou l'association type Ixprim: le passage à la morphine est nécessaire

PALIER III : douleurs intenses à très intenses

Stratégie : antalgiques centraux opioïdes forts volontiers associés aux AINS, **corticoïdes en cure courte**, antidépresseurs

Produits : Morphine ou dérivés morphiniques et Durogesic Fentanyl transdermique.

Voir également Néfopam - Acupan

Voir également Oxycodone - Oxynorm - Oxycontin Voir également : DUROGESIC (fentanyl transdermique)

Voir également Solumédrol chez le patient cancéreux en fin de vie

Quinton A. Organisation d'un enseignement.

http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/organisation_enseignement.pdf

