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-01310213

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 ï Les services de chirurgies ï 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 dœnquête
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 aujourdôhui 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 dôévaluation [8].

Il nôexiste aucun module dôenseignement 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 lôinternat avec ses mêmes notions, dôoù la nécessité dôorganiser un enseignement sur la douleur post-opératoire à nos internes de chirurgie

Nous avons dôabord 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 dôenseignement sur la douleur post-opératoire.

2-Contexte :

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

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

Dispensaire centrale jusquôen 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 dôune 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 cî ur 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 lôétage du pavillon Benitieni Fofana (Ancien Chef de service de Gynécologie Obstétrique CHU Gabriel Touré Bamako) situé au nord de lôétablissement, entre les services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie pédiatrique. Il est constitué de deux entités : lôunité dôhospitalisation de 35 lits et le bloc opératoire composé 6 salles (4 salles dôopérations destinées au programme à froid et 2 salles dôurgences).

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 dôétat IADES, 16 Infirmiers du bloc opératoires diplômés dôétat IBODES et 40 étudiants (Internes) dans différentes spécialités chirurgicales : chirurgie générale, traumatologie orthopédie, ORL, urologie, chirurgie pédiatrique et neurochirurgie, et de gynécologie-obstétrique.

Lôenseignement 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 lôappétit et de lôalimentation, de la médication [10]

La prise en charge correcte de la douleur nôaméliore 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 dôapprécier la connaissance et lôattitude de nos internes de chirurgie dans la prise en charge de la douleur post-opératoire

3.2 Matériel et méthode :

3.2.1Type et période dôétude :

Nous avons réalisé une étude prospective transversale en Mars 2014

3.2.2 - Population dôétude:

Lôétude 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, lôurologie, lôORL, la neurochirurgie et la gynécologie-obstétrique.

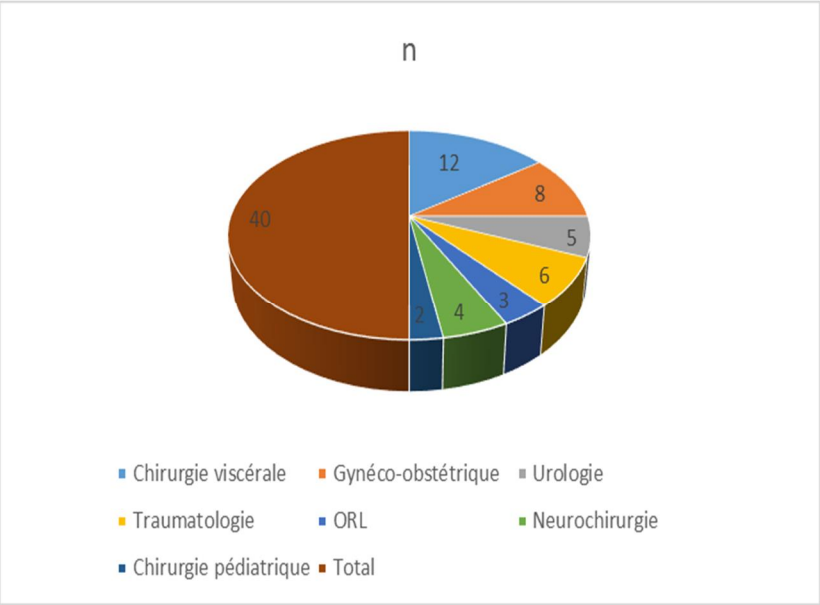
3.2.3 - Déroulement :

Une fiche dœnquête 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 :

Lœnquête 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

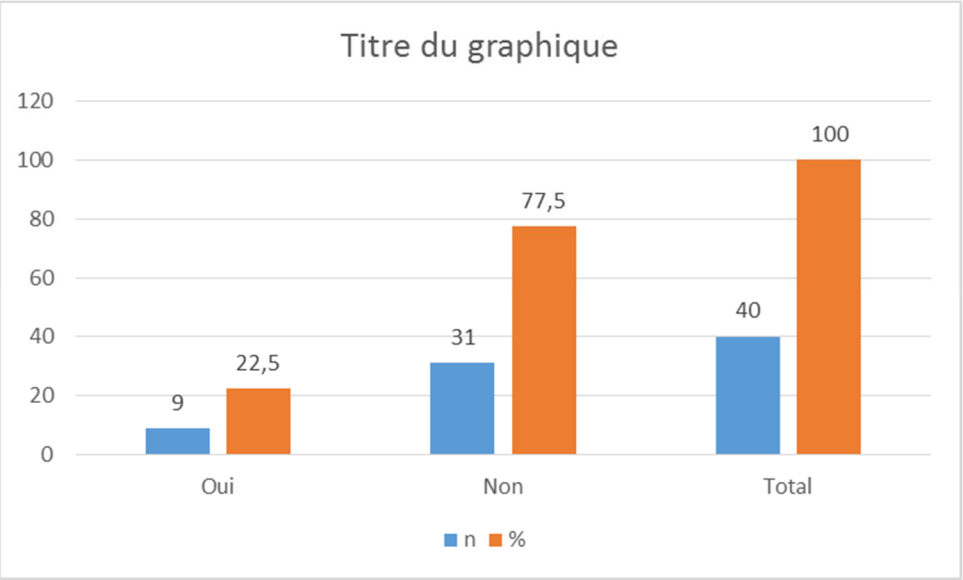


Spécialités	n	%
Chirurgie viscérale	12	30
Gynéco-obstétrique	8	20
Urologie	5	12,5
Traumatologie	6	15
ORL	3	7,5
Neurochirurgie	4	10
Chirurgie pédiatrique	2	5
Total	40	100

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

3.3.2. Participation à un cours sur la douleur

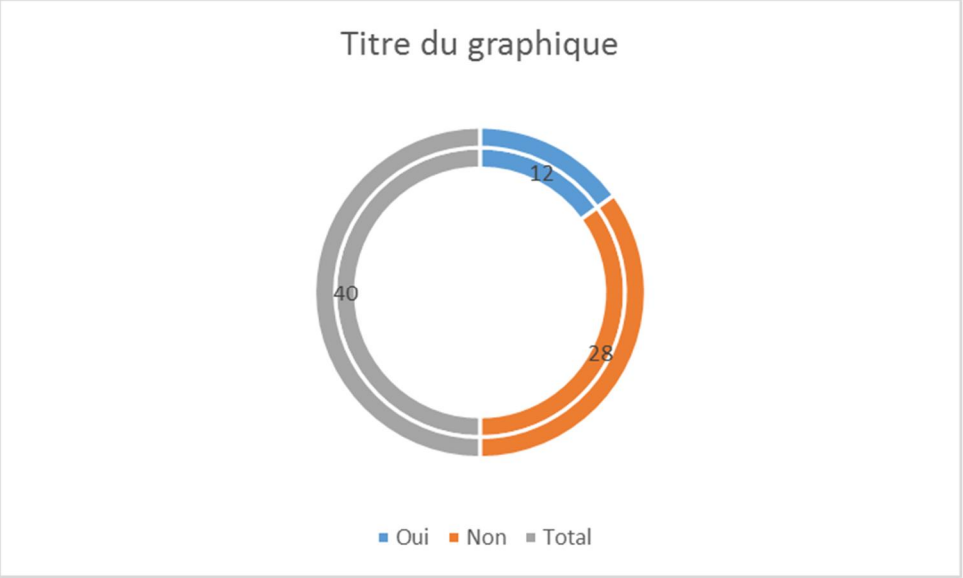
Cours	n	%
Oui	9	22,5
Non	31	77,5
Total	40	100



77,5% de nos internes nôavaient 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

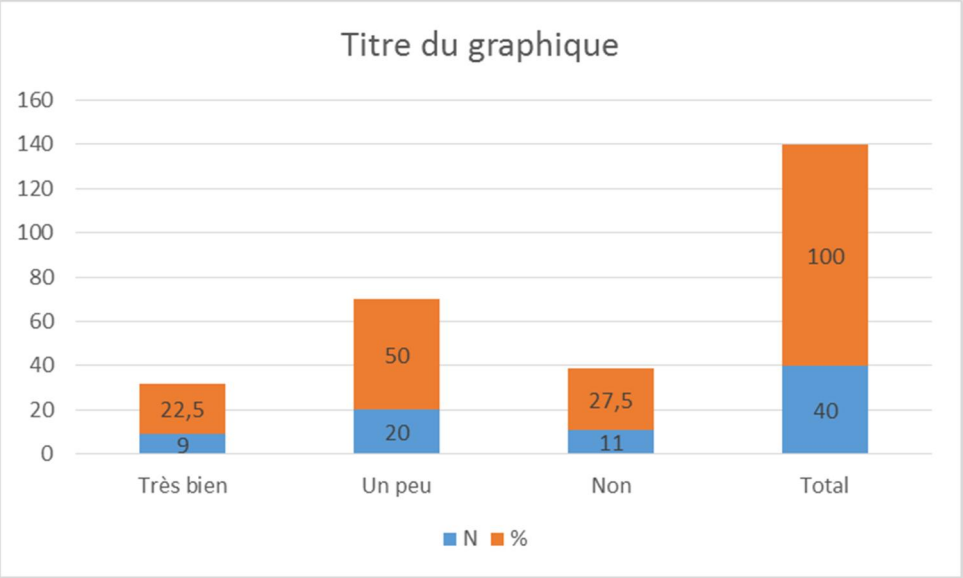
Enseignement	n	%
Oui	12	30
Non	28	70
Total	40	100



70% nôavaient jamais reçu dôenseignement sur la douleur

3.3.4. Connaissances sur les moyens dôévaluation de la douleur

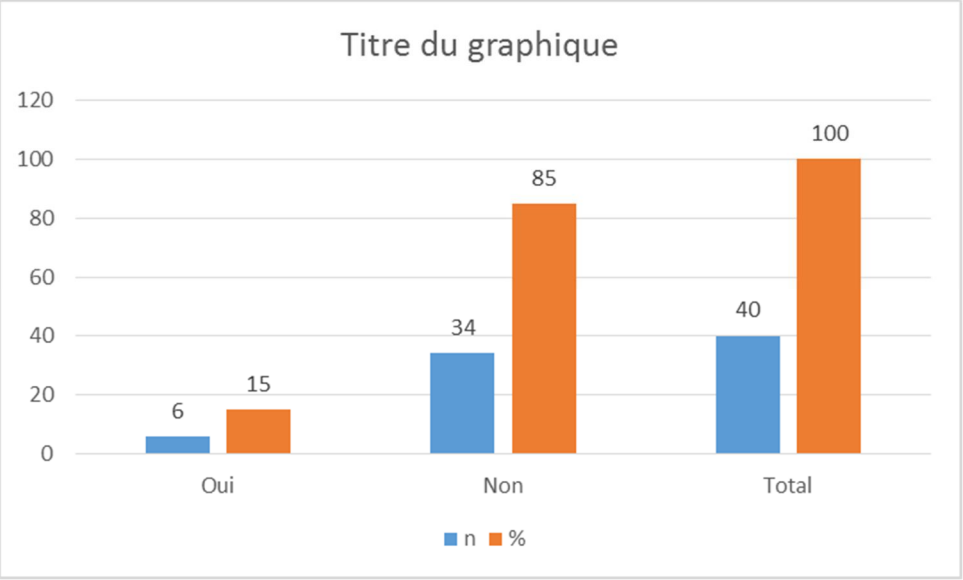
Moyens	N	%
Très bien	9	22,5
Un peu	20	50
Non	11	27,5
Total	40	100



22,5% seulement avaient une très bonne connaissance sur les moyens dôévaluation

3.3.5. Evaluation de la douleur dans la pratique quotidienne

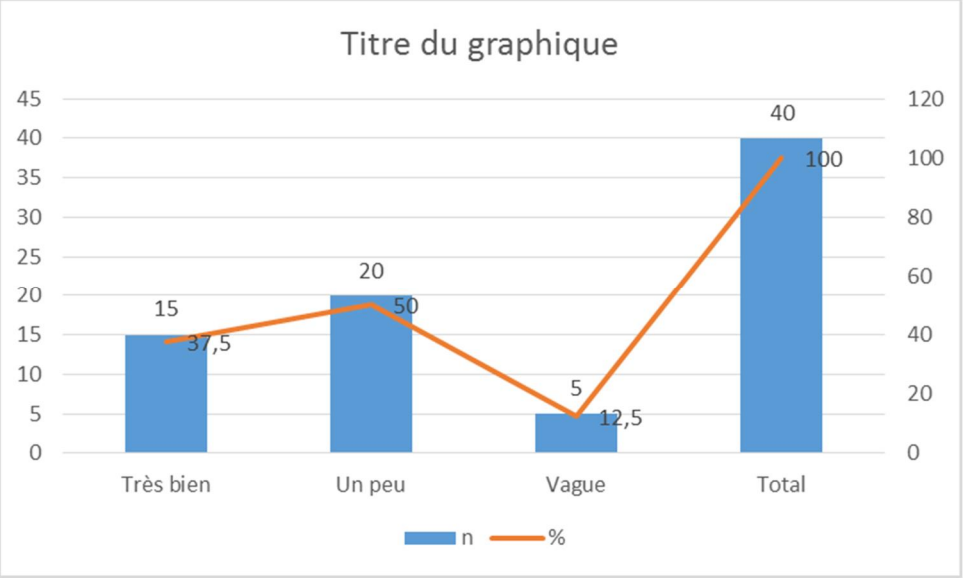
Si évaluation	n	%
Oui	6	15
Non	34	85
Total	40	100



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

3.3.6. Exploitation de lôEVA

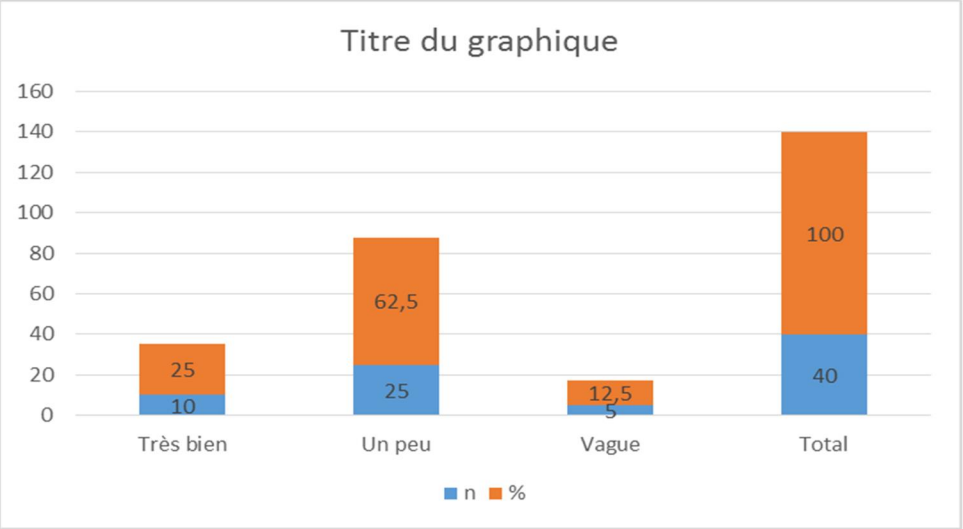
EVA	n	%
Très bien	15	37,5
Un peu	20	50
Vague	5	12,5
Total	40	100



37,5% savaient très bien exploité lôEVA

3.3.7. Connaissance sur les moyens de prise en charge

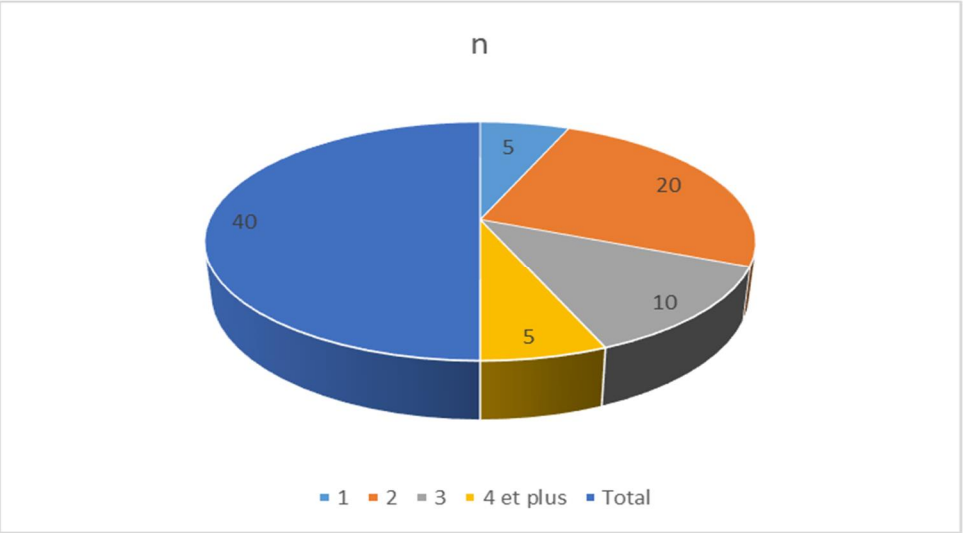
Prise en charge	n	%
Très bien	10	25
Un peu	25	62,5
Vague	5	12,5
Total	40	100



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

3.3.8. Nombre de méthodes dôévaluation connues

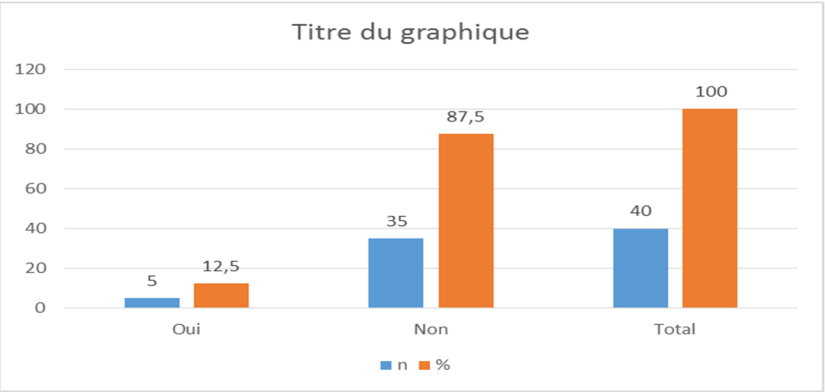
Méthodes dôévaluation	n	%
1	5	12,5
2	20	50
3	10	25
4 et plus	5	12,5
Total	40	100



62,5% avaient une connaissance dôau plus 2 moyens dôévaluation

3.3.9. Connaissance de lôinfiltration

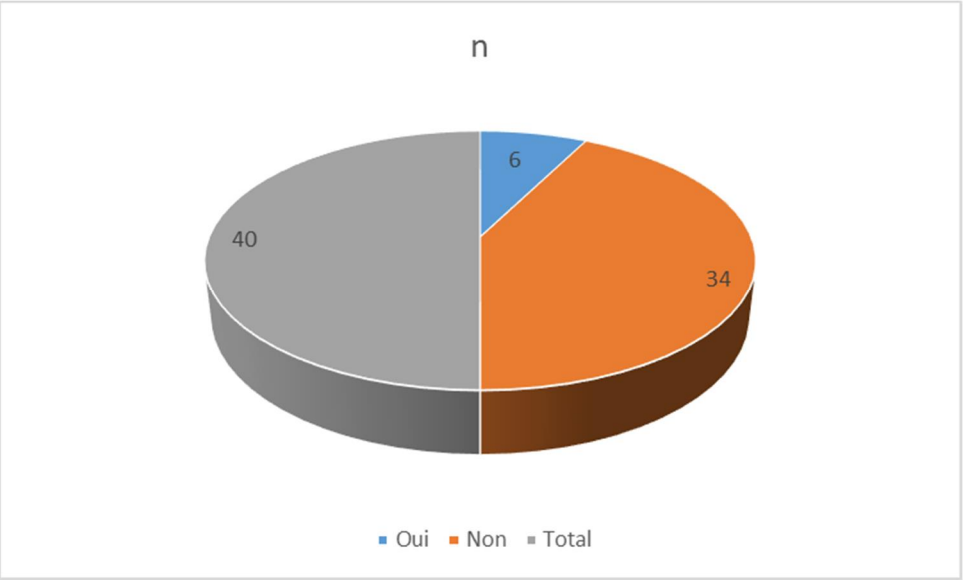
Infiltration	n	%
Oui	5	12,5
Non	35	87,5
Total	40	100



87,5% nôavaient aucune connaissance sur lôinfiltration

3.3.10. Lôexistence de protocole de prise en charge de la douleur dans le service

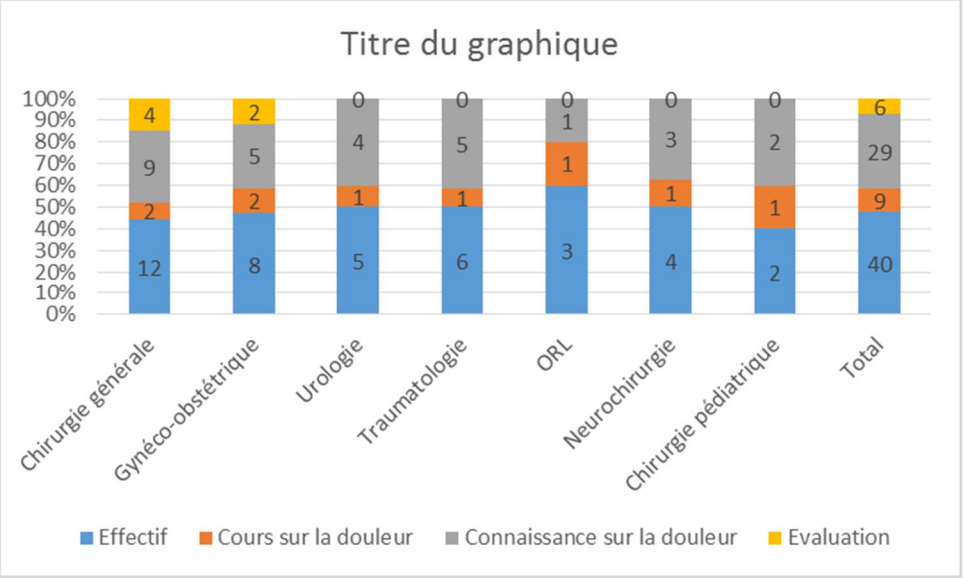
Protocole	N	%
Oui	6	15
Non	34	85
Total	40	100



85% nôavaient pas de protocole dans leur service

3.3.11. Analyse sur les cours reçus, les connaissances et la pratique de lôévaluation 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 lôévaluation 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.

Lôenquête 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 dôenseignants, 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 sôagit dôun enseignement organisé par les sociétés savantes en dehors de lôuniversité, considéré comme une formation continue post doctorale) ; côest dire que la douleur nôest pas suffisamment prise en compte dans notre système

dôenseignement contrairement à lôoccident ou le programme dôenseignement 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 dôautres 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 dôévaluation de la douleur, 75% vaguement la prise en charge, et 87,5% ne connaissement pas lôinfiltration.

Dans cette étude 85 % des internes nôavaient pas vu de protocole de prise en charge de la douleur dans le service ou ils sont en stages, faute de lôabsence de celui-ci lors de leur passage, et 85% nôévaluent 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 dôévaluation [8].

En 1998 sur une enquête réalisée auprès de 100 médecins du CHU de Rabat : une minorité 15% utilisait systématiquement le protocole de lôOMS. 35% utilisaient lôantalgique 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 dôune part leur connaissance limitée sur le phénomène, en attestent les résultats de lôenquête, et dôautre 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 aujourdôhui 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, cœst-à-dire dœêtre capable de la prévenir, de lœévaluer 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 aigue et les douleurs chroniques ;
- Évaluation de la douleur : Lœobjectif étant dœaboutir à une qualification chiffrée, reflétant lœintensité du phénomène douloureux. Pour être plus fiable, la méthode utilisée doit répondre aux critères comme la validité (lorsquœelle mesure bien ce quœelle est censée mesurer), la sensibilité (lorsquœelle détecte de variations dœintensité 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 de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako), et un passage au bloc opératoire pour la technique dôinfiltration pariétale dôanalgésie

Pour matériel de cette formation nous aurons besoin de la salle de staff, dôun vidéoprojecteur, deux ordinateurs, une imprimante, dôun 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 dôanesthésie et le second chef de service des urgences) et deux chirurgiens (le Pr Diallo G, chef de département de chirurgie et moi Dr Dembélé maitre-assistant en chirurgie)

La formation se déroulera comme suit :

Dôabord 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 dôexercices dôapprentissage 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 dôautoévaluations

13H-14H : Pause

14H-16H : méthodes dôévaluations par les soignants

Avec des dôexercices dirigées ; de mises en situation, et des exercices de raisonnement, nous ferons des simulations et lôusage 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 dôanalgésie et passage au Bloc opératoire : Dr Dembélé BT

9H-10H : présentation et questions réponses sur la technique dôinfiltration

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 dôune mise à niveau, Il sôagit là dôune évaluation formative.

Puis un autre au terme de cette formation en utilisant un questionnaire (annexes) le même quôau 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 dôautres formations ultérieures

Matériel didactique (le vidéoprojecteur, les ordinateurs, lôimprimante

➔ 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 sôoccupent 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 ú ; préparer la société dôalimentation qui sôoccupe de la cuisine du personnel de lôhôpital)

Rémunération dôun planton (qui sôoccupe de lôentretien de la salle): 50 Euros

➔ 2550 Euros

Le financement sera assurée dôune part, par le CHU Gabriel Touré, et dôautres 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 lôapproche par compétence.

Cette formation permettrait dôaméliorer de façon significative lôattitude de nos internes face à la douleur ce qui était loin dôêtre le cas lors des résultats de lôenquête précédente, cette organisation permet une adhésion complète des participants, pour atteindre nos objectifs ; qui sont entre autre :

-Lôimplication de tous dans la gestion de la douleur (Médecins, Chirurgiens, Anesthésistes et infirmiers)

-La disponibilité des antalgiques dans les pharmacies de lôhôpital.

-Lôévaluation la douleur avant lôadministration dôun antalgique

-Lôinformation 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 lôévaluation et le traitement de la douleur

-Lôintégration de lôévaluation et la documentation de la douleur dans la pratique quotidienne

Bien sûr nous nôavions pas tous les moyens à notre disposition en termes de simulation sur mannequin, documentation pour faire un enseignement plus attractif à lôoccidental. Cette formation devrait sôétendre non seulement à tous les internes dôautres spécialités, mais aussi au personnel médical et paramédical, surtout le personnel de soin, en lôoccurrence 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 dôévaluation 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 dôenseignement utilisées pour cette formation notamment les exercices dôapprentissage par Compréhension de Situation, ou comment intégrer théorie et concret dans les mêmes réseaux conceptuels, et des dôexercices dirigées ; 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 devrais être abordé lors dôune 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 lôintégration dôun enseignement sur la douleur dans la formation médicale sont nécessaires pour nous les pays ou la douleur est toujours considérée comme une fatalité ; ceux-ci ouvriraient les perspectives de lôélaboration de référentiel sur sa prévention et sa prise en charge, ainsi que la création de CLUD (comités de lutte contre la douleur) qui nôexiste pas encore chez nous.

Références:

1- Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. Am J Surg 2002;183: 630ï 41.

2- Kehlet H, Dahl J. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. Lancet 2003; 362: 1921ï 8.

3- Beaussier M, Delva E. Rapid recuperation after abdominal surgery: the anesthetistôs point of view. Ann Chir 2004; 129 (1):10ï 6.

4- Bouyabrine H, Jacquet E, Puche P, Navarro F. Rapid recuperation after gastrointestinal surgery. What strategies? Ann Chir 2004; 129 (1): 7ï 9.

5- Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. Br J Anaesth 2001; 87:62ï 72.

6- Bonnet F, Marret E. Influence of anaesthetic and analgesic techniques on outcome after surgery. Br J Anaesth 2005; 95:52ï 8.

7- Code de déontologie médicale. Annexe à la loi n°86.35/AN RM portant institution de lôordre national des médecins. Bamako ; Mali ; 14 mai 1985 ; 11.

8- **Bibiane A**. Prise en charge de la douleur à lôhôpital 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 Pratical Guide, 2nd edn, London: WB Sanders 2001.

11-**Troidl H, Neugebauer E**: Akuyter Schmerz in der chirurgical .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 nôexiste aucun module dôenseignement de la douleur en tant quôentité dans notre faculté.

Nos objectifs est dôapprécier la connaissance et lôattitude de nos internes de chirurgie dans la prise en charge de la douleur post-opératoire à travers une enquête ; puis suivra un programme dôenseignement 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 :

Lôenquête 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 dôévaluation de la douleur, 75% vaguement la prise en charge, et 87,5% ne connaissement lôinfiltration. 85% nôévaluent 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, côest-à-dire dôêtre capable de la prévenir, de lôévaluer et de la traiter.

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

Conclusion : Lôintégration dôun enseignement sur la douleur dans la formation médicale est nécessaire pour quôil nôy 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 dôévaluation de la douleur :

Très bien /__/ Un peu /__/ Non /__/

Q 6 savez-vous exploiter lôEVA

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 dôévaluation de la douleur connaissez-vous :

1 /_/ 2 /_/ 3 /_/ 4 et plus /_/

Q 10 Avez-vous déjà vu pratiquer une infiltration de la plaie chirurgicale dôanalgésie

Oui /__/ Non /__/

Q 11 y a tôil un protocole dans la prise en charge de la douleur post-opératoire dans votre service

Oui /__/ Non /__/

2- Eléments du cours :

Echelles les méthodes dôauto- évaluation globales :

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

÷Lôéchelle 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 dôE. 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

÷lôéchelle numérique (E.N.) :

Avec lôéchelle 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 ».

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

÷Lôéchelle visuelle analogique (E.V.A.) :

Elle se présente sous forme de réglette graduée, appelée algodecimètre très utile dans la pratique courante. Le déplacement dôune 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 lôopposé de la face présentée au malade.

+Méthode dôhétéro évaluation : questionnaire de qualificatifs

Ce sont des instruments multidimensionnels. Ces échelles dôhétéro évaluation permettent en pratique de préciser et qualifier les participations respectives du sensoriel et de lôaffectif 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 79qualificatifs, reparti 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 lôobservateur.

÷Le questionnaire douleur Saint Antoine :

Le Q.D.S.A est lôadaptation 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 dôoù la nécessité dôéliminer 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 lãnconfort 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 extrémitéset

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

Sommeil 0 Sôendort facilement, sommeil prolongé, calme

1 Sôendort 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 lôécoute

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

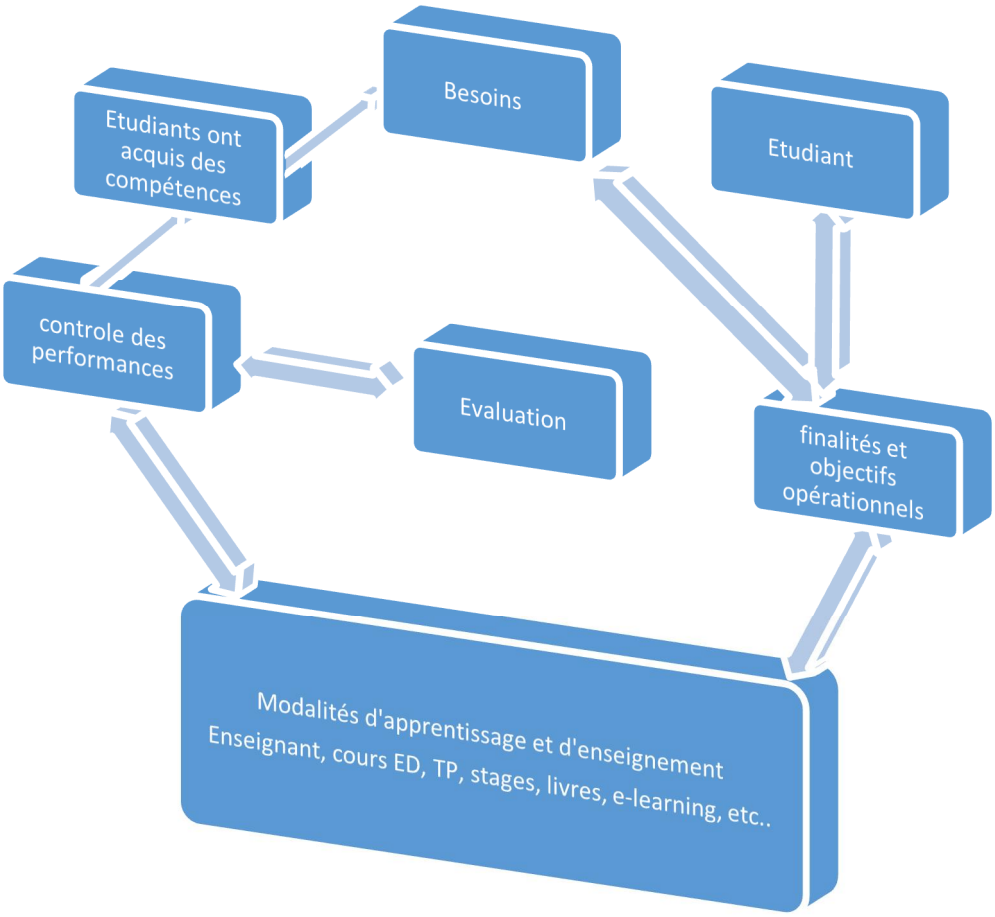
2 Se calme difficilement

3 Inconsolable. succion désespérée

HIERARCHIE DES ANTALGIQUES : (Classification de lôOMS)

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 nôest pas soulagé avec 6 comprimés par jour dôEfferalgan codéine ou tram dol 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 dérives 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