

**EVALUATION DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE AUX URGENCES
CHIRURGICALES DU CHU ARISTIDE LE DANTEC**

**EVALUATION OF POSTOPERATOIRE PAIN IN THE SURGICAL EMERGENCIES OF
THE CHU ARISTIDE LE DANTEC**

LEYE PA¹, NIENGO OUTSOUTA G¹, TRAORE MM², NDIAYE PI¹, NDOYE MD², DIOUF E¹.

¹ : Service d'Anesthésie-réanimation CHU le Dantec - Faculté de médecine UCAD, Dakar

² : Service d'Anesthésie-réanimation HEAR de Fann - Faculté de médecine UCAD, Dakar

Auteur correspondant : Docteur Papa Alassane LEYE
Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Aristide Le Dantec
DAKAR – SENEGAL

E Mail : palassaneleye@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La douleur postopératoire (DPO) est une préoccupation majeure du patient après l'intervention. Sa prise en charge s'intègre dans une démarche de qualité des soins péri opératoires. Cette étude avait pour but d'évaluer la prise en charge de la DPO aux urgences du CHU Aristide Le Dantec. **Matériel et méthodes :** C'est une double-enquête transversale et descriptive menée durant une semaine pendant le mois de Mai 2018 aux Urgences Chirurgicales de l'Hôpital Aristide Le Dantec : enquête de satisfaction des patients sur la gestion de leur DPO et d'une enquête des connaissances et pratiques des Médecins inscrits en DES chirurgicales assurant les gardes. Les questionnaires proviennent d'un outil d'évaluation proposé par un groupe d'experts de la SOFRED (Société francophone d'étude de la douleur) et d'Epicentre (Groupe d'expertise européen). **Résultats :** 32 patients ont répondu au questionnaire-patient, 21 hommes et 11 femmes. La DPO était la principale préoccupation chez 50% des patients. 84,4% des patients n'avaient pas reçu d'information sur la prise en charge de leur DPO. Une DPO a été retrouvée chez 96,9% des patients dont 67,7% ont ressenti une douleur sévère. 22,6% des patients n'ont pas été soulagés par le traitement antalgique. Trente quatre (34) DES ont répondu au questionnaire-médecin. 76,5% des DES n'avaient pas reçu de formation sur la DPO.

La DPO était évaluée par 91,2% des DES dont 62,8% utilisaient l'interrogatoire simple. 52,9% des DES ont révélé le manque de protocole prescrit pour la prise en charge de la DPO. **Conclusion :** Notre étude révèle le manque d'informations aux patients sur la DPO, une prise en charge insuffisante de la DPO des patients, le manque de formation des DES sur la DPO et l'absence des protocoles prescrits pour la DPO.

Mots-clés : Douleur postopératoire, enquête, urgences chirurgicales

SUMMARY

Introduction: Postoperative pain (OPD) is a major concern of the patient after the procedure. Its management is part of a quality approach to perioperative care. The purpose of this study was to evaluate the management of the OPD in the ERU Aristide Le Dantec. **Material and methods :** This is a cross-sectional and descriptive double-survey carried out during a week during the month of May 2018 in the Surgical Emergencies of the Aristide Le Dantec Hospital: patient satisfaction survey on the management of their DPO and a survey of knowledge and Practices of Doctors enrolled in surgical DES providing guards. The questionnaires come from an evaluation tool proposed by a group of experts from SOFRED (French-speaking society for the study of pain) and Epicenter

(European Expertise Group). **Results** : 32 patients responded to the patient questionnaire, 21 men and 11 women. DPO was the main concern in 50% of patients. 84.4% of patients had not received information on the management of their DPO. A DPO was found in 96.9% of patients, 67.7% of whom experienced severe pain. 22.6% of the patients were not relieved by analgesic treatment. 34 DES responded to the physician questionnaire. 76.5% of DES had not received DPO training. The

DPO was evaluated by 91.2% of the DES whose 62.8% used simple interrogation. 52.9% of the DES revealed the lack of protocol prescribed for the management of the DPO. **Conclusion** : Our study reveals the lack of information to patients about the DPO, insufficient management of the DPO of the patients, the lack of training of the DES on the DPO and the absence of protocols prescribed for the DPO.

Keywords: Postoperative pain, investigation, surgical emergencies

INTRODUCTION

La douleur postopératoire (DPO) est une préoccupation majeure du patient après une intervention chirurgicale [1-2]. Sa prise en charge nécessite l'implication du chirurgien et du patient lui-même. Elle s'intègre dans une démarche de qualité des soins péri opératoires et de réhabilitation postopératoire précoce [3]. Les recommandations internationales ont établi les buts de l'analgésie postopératoire à savoir la réduction de l'incidence et de la sévérité de la DPO ; l'éducation des patients à évaluer et signaler leur douleur ; et le renforcement du confort et de la satisfaction des patients, avec pour résultat une diminution des complications postopératoires et une réduction de la durée de séjour [4]. Cependant dans notre contexte ces recommandations sont rarement appliquées du fait d'un niveau de connaissance faible des praticiens sur la douleur postopératoire. Ainsi, nous avons voulu à travers cette étude, évaluer la prise en charge de la DPO aux urgences du CHU Aristide Le Dantec par une double enquête chez les praticiens et les patients.

MATERIELS ET METHODES

Durant une semaine pendant le mois de Mai 2018, nous avons mené une double-enquête transversale et descriptive aux Urgences Chirurgicales de l'Hôpital Aristide Le Dantec. Il s'est agi d'une enquête de satisfaction des patients sur la prise en

charge de leur DPO et d'une enquête des connaissances et pratiques des Médecins inscrits aux Diplômes d'études spécialisées (DES) de chirurgie et d'orthopédie-traumatologie assurant les gardes. Les questionnaires étaient anonymes et auto-administrés. Ils proviennent d'un outil d'évaluation proposé par un groupe d'experts de la SOFRED (Société francophone d'étude de la douleur) et d'Epicentre (Groupe d'expertise européen) [5].

Ont été inclus tous les patients âgés de 16 ans et plus, ayant bénéficié d'une chirurgie viscérale, orthopédique ou traumatologique en urgence. Après obtention de leur consentement éclairé, le questionnaire-patient leur a été remis 24 heures après leur intervention chirurgicale. Les patients admis en réanimation pour les soins postopératoires, les patients présentant un trouble de la conscience, un trouble du langage, une maladie psychiatrique, et ceux n'ayant pas accordé leur consentement éclairé, n'ont pas été inclus.

Le questionnaire-médecin a été remis aux DES présents aux urgences chirurgicales pendant la semaine de l'enquête, au moment de leur prise de garde, après leur avoir expliqués les objectifs de l'étude et obtenu leur consentement éclairé. Les questionnaires non-remplis et mal remplis n'ont pas été exploités.

Nous avons utilisé les logiciels Microsoft Excel version 2007 pour la confection de la base et le traitement des données. Les résultats ont été exprimés en moyennes \pm écarts-types pour les variables quantitatives et en effectif ou pourcentage pour les variables qualitatives.

RESULTATS

Résultats de l'enquête sur les patients : Sur 50 questionnaires remis, 32 patients ont répondu au questionnaire-patient, soit un taux de réponse à 64%. Au total, 21 hommes et 11 femmes avec un sex-ratio de 1,9. La tranche d'âge la plus représentée était de 20-29 ans. Un antécédent chirurgical a été retrouvé chez sept patients (21,9%). 22 patients (68,7%) avaient bénéficié d'une chirurgie traumatologique, 10 patients (31,3%) d'une chirurgie viscérale. L'anesthésie générale (AG) a été pratiquée pour 16 patients (50%), 14 patients (43,7%) ont bénéficié d'une rachianesthésie et deux blocs nerveux périphériques (6,3%) ont été réalisés. Les protocoles antalgiques des patients sont représentés dans le tableau I.

Tableau I : Protocole du traitement analgésique

PROTOCOLE ANALGIQUE	EFFECTIF	%
PARACETAMOL + NEFOPAM	25	78,1
PARACETAMOL + TRAMADOL	4	12,5
PARACETAMOL	2	6,3
PARACETAMOL + NEFOPAM + DICLOFENAC	1	3,1
TOTAL	32	100

La DPO était la principale préoccupation préopératoire chez 50% des patients. 28,1% étaient préoccupés par la chirurgie, 6,3% par l'anesthésie et 15,6% n'ont déclaré aucune préoccupation. 27 patients (84,4%) n'avaient pas reçu d'information sur la prise en charge de leur DPO. Parmi les 5 patients (15,6%) qui ont été informés

sur la prise en charge de leur DPO, trois l'ont été par le chirurgien et deux par l'anesthésiste. 62,5% des patients n'avaient pas reçu des consignes de signalement de toute DPO dans les 24 premières heures après leur intervention chirurgicale. 75% des patients n'avaient pas reçu de consignes de signalement de tout désagrément après traitement.

Une DPO a été retrouvée chez 96,9% des patients avec 67,7% de cas de douleur « sévère » à « très sévère » ($EN \geq 6/10$) ; 25,8% ont ressenti une douleur « modérée » (EN entre 4 et 5) et 6,5% ont ressenti une douleur « faible » ($EN \leq 3$). 54,8% ont rapporté un soulagement « important » à « complet » avec le traitement antalgique reçu, 22,6% ont rapporté un soulagement « modéré » et 22,6% des patients ont rapporté un soulagement « nul » à « faible ». 25 patients (78,1%) n'ont pas ressenti de désagréments après administration de leur traitement antalgique. Sur les sept patients (21,9%) qui ont ressenti des désagréments, cinq ont présenté des nausées/vomissements et deux ont présenté des sensations vertigineuses.

La prise en charge de la DPO a été jugée « satisfaisante » à « très satisfaisante » par 65,6% des patients, 21,9% des patients l'ont jugée « moyennement satisfaisante » et 12,5% l'ont jugée « pas ou peu satisfaisante ».

Résultats de l'enquête sur les DES : Sur 50 questionnaires-médecins remis, 34 DES ont répondu, soit un taux de réponse de 68%. La tranche d'âge des 30-34 ans était la plus représentée (41,2%). 26 DES (76,5%) n'avaient pas reçu de formation spécifique sur la DPO. La prise en charge de la DPO a été jugée « très importante » par 91,2% et « importante » par 8,2% des DES. Dix DES (29,4%) jugeaient bénéfiques la persistante d'une DPO de base pour des raisons de « dépistage de complications postopératoires » pour huit DES et pour des raisons de « suivi thérapeutique postopératoire » pour deux DES. Les DES déclaraient à 94,1% inciter les patients à signaler tout épisode douloureux

postopératoire. 62,5% des DES le faisaient au retour du bloc opératoire, 28,1% pendant les visites postopératoires et 9,4% avant l'intervention chirurgicale.

La DPO était évaluée par 91,2% des DES. Les outils d'évaluation utilisés étaient l'interrogatoire simple pour 62,8%, l'échelle verbale simple (EVS) pour 20,9%, l'échelle visuelle analogique (EVA) pour 11,7%, l'échelle numérique (EN) pour 2,3% et une hétéro-évaluation pour 2,3% des DES. 74,2% des DES évaluaient la DPO à la plainte du patient et 25,8% à intervalle régulier. 74,2% des DES évaluaient la DPO pour tous les patients opérés, 22,6 % l'évaluaient pour certaines interventions chirurgicales, 3,2% l'évaluaient à la demande du patient ou de sa famille. L'évaluation de la DPO était « toujours » prise en compte pour modifier le traitement antalgique par 61,1%, « souvent » prise en compte 29,1% et « rarement » prise en compte par 9,8% des DES.

Dix-huit DES (52,9%) ont rapporté le manque de protocole prescrit pour la prise en charge de la DPO et 16 DES (47,1%) ont signalé l'existence de protocole prescrit pour la DPO.

Ces protocoles étaient rédigés par les chirurgiens dans 62,5% des cas et par les anesthésistes dans 37,5% des cas. Les DES ont participé à leur rédaction dans 37,5% des cas. Le paracétamol était prescrit par 31% des DES pour le traitement de la DPO, le néfopam par 26%, le tramadol par 25%, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) par 12% et la morphine par 6% des DES. Le traitement de la DPO était débuté systématiquement à la sortie du bloc par 85,3% des DES, et 14,7% à la plainte du malade. 61,8% des DES assuraient une surveillance du traitement antalgique. Cette surveillance était notée sur la feuille de traitement par 57,1%, sur la feuille de traitement par 23,8% et sur le dossier médical par 19,1% des DES.

82,3% des DES ont affirmé avoir connaissance des effets secondaires des traitements antalgiques. 57,2% les recherchaient « souvent », 21,4%

« rarement » et 21,4% « toujours ». 35,9% des DES avaient des craintes sur les AINS, 30,8% sur la morphine, 20,5% sur le tramadol, 12,8% sur le paracétamol et aucune sur le néfopam. Pour les AINS, les risques de lésions du tractus digestif et les risques infectieux étaient évoqués par respectivement 10 DES et par un DES. Pour les craintes sur la morphine, ont été évoqués : la méconnaissance de la titration (3 DES), le risque d'accoutumance (3 DES), le risque de dépression respiratoire (2 DES) et la méconnaissance des effets secondaires (2 DES). Pour le tramadol, quatre DES rapportaient le risque de nausées et vomissements. Pour le paracétamol, trois DES craignaient le risque de toxicité hépatique. L'absence de protocole de prise en charge des effets secondaires des antalgiques a été rapportée par 97,1% des DES. Pour 35,3% des DES le type d'anesthésie influençait beaucoup la DPO. Ils déclaraient dans 23,5% des cas que la prise en charge de la DPO nécessite une surveillance dans une unité autre que la salle d'hospitalisation. La structure désignée était le service de Réanimation Chirurgicale pour tous. Les raisons évoquées étaient la chirurgie lourde (3 DES sur 8), une DPO rebelle aux antalgiques de pallier I et II (2 DES sur 8), toute chirurgie urgente (2 DES sur 8), les âges extrêmes (1 DES sur 8) et l'usage de la morphine (1 DES sur 8).

DISCUSSION

Nous avons choisi un questionnaire écrit auto-administré pour évaluer la DPO aux urgences car c'est une méthode d'audit facile à réaliser, permettant d'atteindre un assez grand nombre de personnes, dans des délais plutôt courts. De plus, l'anonymat de l'enquête permet de réduire au minimum l'interférence de l'enquêteur dans les réponses. Mais pour un audit complet de la DPO, l'auto-questionnaire présente des limites (le taux de réponse, la représentativité et la sincérité des réponses). Pour dépasser ces limites, l'auto-questionnaire peut être complété par l'analyse des dossiers médicaux et fiches de

suivi thérapeutique ou on peut recourir au relevé de l'existant par un observateur extérieur ou évaluation directe des patients par un observateur « expert » extérieur.

Nous avons choisi d'enquêter seulement les DES pour minimiser le biais de représentativité. De plus notre taux de réponse (68% pour les médecins, 64% pour les patients) est plutôt élevé pour valider nos résultats.

Au cours de notre enquête, 76,5% des DES n'avaient pas reçu de formation spécifique sur la DPO, soit un faible taux de formation à seulement 23,5%. Au Mali, Traoré et al rapportaient un taux de formation spécifique sur la DPO à 45% chez le personnel médical [6]. Bien que notre enquête n'ait concerné que de futurs chirurgiens, ce faible taux se rapproche de celui de Diouf et al (26,2%) qui ont pourtant enquêté tout le personnel impliqué dans la DPO (Anesthésiste-Réanimateurs et chirurgiens qualifiés) au Sénégal en 2011 [6]. Ce manque de formation chez les futurs chirurgiens se voit donc sur leurs pratiques à la fin du cursus. Ceci a été démontré au cours d'une enquête en Basse-Normandie en France où le taux de formation est passé de 25% à 58%, 7 ans après introduction d'un module « douleur » dans les études médicales [7].

Les DES déclaraient à 94,1% inciter les patients à signaler toute DPO, mais seuls 9,4% sensibilisaient les patients sur la DPO avant la chirurgie. Comme dans les pays développés où la DPO et son traitement étaient la principale préoccupation préopératoire des patients [2], la DPO inquiétait 50% de nos patients. Par contre, 84,4% d'entre eux n'avaient pas reçu d'information sur ce point. Un niveau similaire d'information aux patients a été noté au CHU du Point G au Mali en 2013 [8]. Toutefois, ce manque flagrant d'information rapporté par les patients ne peut pas être justifié par le seul contexte d'une chirurgie en urgence car le seul fait du risque exceptionnel ne dispense pas le médecin de l'obligation d'information [2].

Quatre vingt seize pour cent (96,9%) de nos patients ont ressenti une douleur dans les 24 heures après leur intervention, avec 67,7% de douleur « sévère » à « très sévère » ($EN \geq 6/10$). Malgré le manque d'homogénéité sur la taille des échantillons et sur le contexte chirurgical entre ces différentes études, cette fréquence élevée de la DPO est proche de celle rapportée au Mali, au Cameroun et au Kenya ainsi que dans le monde [8, 9, 10,11]. Ce constat d'échec fait de la DPO un réel problème de santé publique aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés.

La DPO était évaluée par 91,2% des DES. 74,2% ne le faisait qu'à la plainte du patient ; ce qui explique que la méthode d'évaluation la plus utilisée soit l'interrogatoire simple, suivi de l'EVS puis de l'EVA. L'EN était l'outil le moins utilisé. Ces résultats sont superposables à ceux du CHU du point G en 2013 [6] et Diouf et al au Sénégal en 2011 [6]. Le constat est clair : les outils validés (EVS, EVA et EN) sont très peu utilisés pour évaluer la DPO qui, pourtant, était toujours prise en compte par 61,1% des DES pour adapter le traitement antalgique. Pour l'EVA, le manque de réglette d'EVA à la disposition des DES peut expliquer sa non-utilisation. Par contre l'EN ne nécessite aucun support technique, est très facile à réaliser et mieux adaptée dans les 24 premières heures postopératoires. Sa faible utilisation est sûrement liée au manque de formation spécifique sur la douleur comme l'a rapporté notre enquête.

La majorité des DES déploraient le manque de protocole pour la DPO. Ceci a été aussi rapporté par Traoré et al au Mali [8], Diouf et al au Sénégal [6], Makram et al dans un Hôpital militaire de Rabah au Maroc [12]. Avec la formation du personnel, l'information au patient et l'évaluation de la DPO, l'existence de protocole est l'un des éléments-clé pour améliorer la qualité de la prise en charge de la DPO. Ceci passe absolument par la mise en place d'un programme d'amélioration de la prise en charge de la DPO.

Le paracétamol était l'antalgique le plus prescrit, comme c'était le cas à l'Hôpital militaire de Rabah [12] en 2013, conformément aux recommandations internationales pour les douleurs faibles à modérées [9]. Bien que la majorité de nos patients soient opérés pour des urgences ortho-traumatologiques, les AINS ne représentaient que 12% des prescriptions et la morphine 6% alors que plus de 67,7% des patients ont ressenti des douleurs sévères à très sévères. Cette faible part des AINS et de la morphine dans les prescriptions est observée dans plusieurs pays africains [8,14] bien que d'autres pays aient des pratiques assez conformes aux recommandations internationales [12]. En effet, le recours à la morphine est préconisé pour les douleurs sévères et l'association avec les AINS pour la chirurgie orthopédique et traumatologique [9]. Ceci prouve la persistance des craintes infondées sur les AINS et la morphine. D'où la nécessité d'une formation des praticiens sur la DPO et l'usage des antalgiques.

La prise en charge de la DPO a été jugée « satisfaisante » à « très satisfaisante » par 65,6% des patients alors que 67,7% d'entre

aux ont ressenti une douleur « sévère » à « très sévère » dans les 24 heures après leur chirurgie. Ce constat paradoxal revient dans plusieurs études sur la DPO [8, 10, 13, 14, 15]. Deux raisons peuvent être avancées. D'une part le patient jugerait plutôt la prise en charge globale de sa maladie au lieu de juger le seul aspect de la DPO. D'autre part, la douleur étant une perception subjective, elle ne revêt pas la même signification pour tous les patients selon leurs croyances, attentes et éducation. Aussi, la satisfaction des patients est-elle un mauvais paramètre d'appréciation du niveau de prise en charge de la DPO dans un Hôpital.

CONCLUSION

Notre étude révèle le manque d'informations aux patients sur la DPO, une prise en charge insuffisante de la DPO des patients, le manque de formation des DES sur la DPO et l'absence des protocoles d'analgésie post-opératoire. Un effort devrait donc être fait afin de mettre en place un programme d'amélioration de la prise en charge de la DPO dans le cadre par exemple d'un comité de lutte contre la douleur à l'hôpital.

REFERENCES

1. Bugge K, Bertelsen F, Bendtsen A. Patient's desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. Acta Anaesthesiol Scand. 1998 ; 42: 91-6.

2. Asehnoune K, Albaladejo P, Smail N, et al. Information et anesthésie : que souhaite le patient ? Ann Fr Anesth Réanim. 2000 ; 19 : 577-8.

3. Wu CL, Rowlingson AJ, Partin AW. et al. Correlation of Postoperative Pain to Quality of Recovery in the Immediate Postoperative Period. Reg Anesth Pain Med. 2005 ; 30 (6):516-522.

4. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997; 78: 606-73.

5. Langlade A, Bellanger F, Cornet C, Monrigal MC, Ballandyne S, Bonnet F. Démarche assurance-qualité pour la prise en charge des douleurs postopératoires : proposition d'un outil de réalisation d'enquêtes. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 276-94.

6. Diouf E, Ndiaye PI, Ndoye MD et al. Évaluation des connaissances des praticiens sur la prise en charge de la douleur postopératoire au Sénégal. Rev Afr Anesth Med Urg. 2011; Tome 16 (1) : 22-29.

7. Harel D, Delorme C, Thibon P et al. Enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë dans les services d'urgence adulte du réseau régional douleur de Basse-Normandie. Douleur 2005; 6(3): 131-139.

8. Traoré D, Coulibaly B, Togola B et al.

Douleurs postopératoires: évaluation de sa prise en charge au chu du point G. *Med Mal.* 2013 ; TOME XXVIII (2) : 5-9.

9. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet.* 2011; 377: 2215–25.

10. Atangana R, Bahebeck J, Ngowe Ngowe M et al. Prise en charge de la douleur postopératoire immédiate en salle de soins post interventionnels.

Clin Mother Child Health. 2006; 3(1) : 473-476.

11. Mwaka G, Thikra S, Mung'ayi V. The prevalence of postoperative pain in the first 48 hours following day surgery at a tertiary hospital in Nairobi. *African Health Sciences* 2013; 13(3): 768 – 776.

12. Makram S, Zakariya I, Enneffah W, et al. Évaluation de la prise en charge de la douleur postopératoire à l'Hôpital militaire d'instruction Mohammed V-Rabat. *J Pharm Clin* 2013 ; 32(4) : 219-26

13. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg.* 2003;97:534–40.

14. Lokossou T, Ouro-Bang'na Maman A-F, Méhinto D-K, Mensah E, Assouto P, Chobli M. Attitude et connaissance des praticiens face à la douleur postopératoire dans les centres hospitaliers départementaux du Bénin. *Doul. et Analg.* 2007 (2): 91–95.

15. Woldehaimanot TE, Eshetie TC, Kerie MW. Postoperative Pain Management among Surgically Treated Patients in an Ethiopian Hospital. *PLoS ONE.* 2014 ; 9(7): e102835. doi:10.1371/journal.pone.0102835.