

Etude des déterminants de la prise en charge de la douleur par le personnel de santé de la région de l'Ouest-Cameroun

Melkior FOBASSO DZEUTA^a

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo
melkiordzeuta@yahoo.fr

Xavérie Innocente MANTSANA NYEBE^b

2University of Yaounde I, Faculty of Medicine
and Biomedical Sciences/Higher School of Nurses
Training, Cameroon
innocentemantsana@yahoo.fr

Fabien MEMONG NDENGUE^c

Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences
Doctoral School of Basic and Applied Sciences
University of Douala-Cameroon
memongf@gmail.com

Ulrich Dama^d

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo
Dama.ulrich@gmail.com

Viviane FOSSOUO NDOUNGUE^e

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo

Anicet ONANA AKOA^f

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo
anicetonana@gmail.com

Jean NDIBI ABANDA^g

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo
jnaabanda89@yahoo.com

Alphonse TEDONGE ASOBOCHIA^h

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo

Désiré TCHOFFOⁱ

Faculty of Health Sciences, University of Lisala
(CIREP-UNILIS), Lisala, Democratic Republic of the
Congo
dtchoffo@yahoo.fr

Henri Lucien KAMGA^j

Faculty of Sciences, University of Yaounde I, Cameroon
henrikamga2022@yahoo.fr

Résumé--- L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants de la prise en charge de la douleur par le personnel de santé de la région de l'Ouest. Cette étude transversale s'est déroulée auprès de 230 professionnels de santé exerçant dans la région de l'Ouest-Cameroun. Les participants ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, Version 25. Des principaux résultats, toutes les douleurs non classées (100,0%) ont été soignées d'emblée comme des douleurs modérés ($\chi^2 = 226,01$; $p < 0,0001$). L'on a noté une association significative entre la fréquence des rechutes et le respect ou l'anticipation des rendez-vous ($\chi^2 = 230,00$; $p < 0,0001$). L'utilisation des deux outils standards (EVA et EN) pour évaluer la douleur chez les patients déterminait le procédé d'appréciation de l'intensité de la douleur ressentie par les patients ($\chi^2 = 226,01$; $p < 0,0001$, VC = 1 ; CC = 0,71). La prise en compte des déterminants de gestion de la douleur tels que ses outils d'évaluation, sa classification, la prise en compte des différents types de douleur et des traitements non médicamenteux faciliterait l'évaluation de l'atteinte des objectifs de traitement et l'implémentation d'un système plus humanisé de suivi des patients traités.

Mots-clés— prise en charge, douleur, personnel soignant, Région de l'Ouest

I. INTRODUCTION

La mauvaise gestion de la douleur, cause et résultante de l'automédication et la poly-médication est un véritable problème de santé publique dans les pays émergents ([1]). Face à la recherche permanente du soulagement des patients, la gestion non uniforme de la douleur ne permet pas l'homologation des protocoles de traitement de la douleur. Chez plusieurs patients poly-médiqués, on retrouve le plus souvent des médicaments contenant le même principe actif mais en gardant les dosages et posologie usuelle. Parmi les médicaments donc l'usage inapproprié facilite l'apparition des effets secondaires souvent non prise en compte, les antalgiques et les anti-inflammatoires sont les plus utilisés pour la prise en charge de la douleur ([2]). Cependant, le traitement de la douleur est à la fois une démarche éthique et médicale : tout praticien ayant l'obligation éthique de soulager la souffrance des patients préconisée dans plusieurs codes de déontologie. Les bénéfices de cette obligation morale et professionnelle seraient renforcés dans un processus d'évaluation initial de la douleur aiguë bien menée et d'évaluation permanente de la douleur chronique pour une réduction de morbidité, de la mortalité et du coût des soins de santé ([3]).

La souffrance permanente des douleurs chroniques est source de handicap, d'invalidité et d'une altération importante de la qualité de vie. La douleur concerne une grande partie de la population générale. Les antalgiques sont les médicaments les plus prescrits à l'international dans la majeure partie des pays. Plusieurs études portant sur le quotidien des patients souffrants de douleurs dans la population générale française, 31,7% ont déclaré souffrir de douleurs quotidiennement pendant au moins trois mois, avec un retentissement sur la vie quotidienne pour 20% d'entre elles. Selon la même étude, environ un quart des personnes algiques souffrait de douleurs neuropathiques. Ce qui les oblige à prendre durant un long cours, des médicaments de substitution aux antalgiques classiques qui ne répondent pas à ce type de douleur à l'exemple des antidépresseurs et des antiépileptiques pour soulager les douleurs perçues.

Les médicaments peuvent avoir des effets indésirables graves voir mortels. Au sein des systèmes de santé des pays en développement et plus particulièrement en Afrique, les transformations majeures continuent d'être implémentées sur la politique de l'accès aux médicaments. Les médicaments utilisés pour face à la douleur subissent de plus en plus un usage incontrôlé ([4]). Alors que certaines politiques ont permis d'améliorer l'accessibilité et parfois l'efficacité des services de santé, la question de l'équité d'accès aux soins de santé n'est toujours pas résolue ([5]). Elle s'est même aggravée dans de nombreux cas, contribuant ainsi grandement à l'augmentation de la pauvreté et l'aggravation des problèmes de santé. Les inégalités de santé et d'accès aux soins demeurent considérables. Certains sont exclus des soins de manière permanente. D'autres plus nombreux sont exclus de façon temporaire, leurs capacités de payer, de se déplacer ou encore de se libérer pour aller se soigner ou soigner une personne à charge, variant l'activité professionnelle et le revenu.

Considéré comme principal motif de consultation des formations sanitaires l'évaluation de la douleur tient une place de choix dans le processus d'une prise en soins globale et efficace. La douleur peut être induite par une activité thérapeutique, un déséquilibre organique pathologique, un traumatisme physique, mental, psychologique ou émotionnel. Quel que soit l'étiologie de la douleur, sa prise en charge requiert une bonne évaluation préalable pour l'établissement des protocoles thérapeutiques adaptés et une surveillance clinique rigoureuse. La prescription et l'utilisation des antalgiques et des anesthésiques en milieu hospitalier et en communauté n'obéit pas toujours aux protocoles idéals pouvant permettre un suivi et une évaluation de la douleur indispensable à l'éviction des effets secondaires réels ou potentiels. Les patients demeurent exposés aux effets secondaires pourtant évitables des antalgiques utilisés en phase aigüe ou dans le processus d'une douleur chronique. De la porte d'entrée du système de santé par le niveau

périphérique à sa porte au niveau central en passant par le niveau intermédiaire, la douleur est vécue au quotidien aussi bien par les soignants que par les personnes soignées. A l'hôpital General de Yaoundé - Cameroun, L'incidence des Douleurs Post - Opératoires a été de 94 % avec une fréquence intra service élevée dans les chirurgies orthopédique (100 %) et de gynéco obstétrique (97,5 %) où les antalgiques ont été prescrits à 100% des patients avec 4 % des effets indésirables dus au traitement observés ([5]). Plusieurs processus douloureux sont traités sans évaluation préalable et malgré une compréhension croissante de la physiopathologie et le développement de techniques sophistiquées de traitement, la douleur reste sous-évaluée et par conséquent, mal traitée.

La satisfaction des patients souffrant des douleurs aigües ou chroniques nécessite la prise en compte des exigences particulières de la part des personnes traitées en ambulatoire et de celles hospitalisées. De ce dernier groupe, les données similaires dans les études internationales révèlent que 60% d'entre-elles expriment des douleurs durant l'hospitalisation et pour 90% de celles-ci, la douleur peut être moyenne à forte ([4]). La décision de consulter un médecin dès l'apparition de la maladie est largement tributaire des moyens financiers disponibles. Le manque d'argent constitue pour l'automédication moderne et l'abstention et la raison fondamentale de la décision thérapeutique. La symptomatologie la plus courante étant la douleur, elle n'a pas de spécificité socio-culturelle ([1]). On pourrait donc penser que l'incidence de l'automédication aux conséquences sanitaires, sociales et économiques néfastes en cas de douleur soit importante. Le problème de vente illicite des médicaments, d'accessibilité aux médicaments essentiels génériques augmenterait les conséquences de mauvaise gestion de la douleur par l'automédication et la poly-médication.

De nombreux chercheurs ont décrit l'état des lieux de la pratique de l'analgésie et ont proposé des stratégies, afin d'améliorer la prise d'analgésie en cas de douleur ([5]). Tous ces protocoles impliquent l'évaluation préalable de la douleur. L'évaluation de la douleur est une tâche difficile pour des raisons qui tiennent au caractère personnel de la sensation douloureuse et à son intrication avec des éléments affectifs et cognitifs passant souvent au premier plan. En Afrique, bien plus qu'ailleurs, des considérations d'ordre culturel et intellectuel entravent profondément le dépistage et la quantification douleur ([6]).

Au Cameroun, il a été constaté que 80% de la population revêt un profil de malade pauvre ([7]). Cela entraîne une faible capacité de recours aux soins et donc des dépenses de santé. Ainsi, un mauvais usage des médicaments dont les antalgiques augmenterait les risques de survenus des effets indésirables avec des conséquences encore plus graves suite à des événements tels que: Erreurs médicamenteuses, Échecs thérapeutiques, Interaction médicamenteuse, Dépendance et tolérance,

résistance, usage abusif, intoxications et toxicomanie, mauvaise qualité ou contre façon. La douleur étant jusqu'ici le premier Motif de consultation au Cameroun, en Afrique et dans le monde entier. Selon l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur, il s'agit d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion.

Cette étude en contexte camerounais est légitimée par des observations et constats effectués sur le terrain. Par exemple, on note des sur-prescriptions des antalgiques et d'anti-inflammatoires par une diversité de prescripteur, probablement à cause des connaissances limitées de certains sur les principes de gestion de la douleur, les effets secondaires des médicaments, les dosages et interactions médicamenteuses. Aussi, pendant notre séjour dans la région de l'Ouest Cameroun où nous travaillions comme professionnel de la santé, nous avons constaté que très souvent chez les patients polymédiqués, les personnels prescrivaient des médicaments contenant le même principe actif mais en gardant les dosages et posologie usuelle. Face aux rechutes fréquentes des crises de douleurs multiformes chez les patients, le problème d'une non prise en soins globale de la douleur, la non prise en compte de la dose maximale et celui des effets secondaires est d'actualité. En fin, nous avons constaté que dans la littérature scientifique, peu d'études ont été réalisés sur la prise en soin de la douleur par le personnel soignant en contexte camerounais.

Dans le cadre de cette étude, La question qui se pose est celle de savoir si le personnel soignant et les patients font un bon usage des normes et des exigences de bonne de la douleur, de ses caractéristiques ainsi que des protocoles de prise en soins de cette dernière.

II- Hypothèse

A. Hypothèse générale

Divers facteurs seraient associés à la prise en charge de la douleur par le personnel de santé de la région de l'Ouest

B. Hypothèses opérationnelles

HO1 : Les connaissances sur le protocole d'utilisation des antalgiques favorisent leur choix et le classement de la douleur.

HO2: Le choix des antalgiques est orienté par des éléments subjectifs et ne prendrait pas en compte le résultat de l'évaluation de la douleur.

HO3: La fréquence des rechutes et des récives constitue le principal motif de rendez-vous chez les patients

HO4: Les outils d'évaluation de la douleur déterminent le procédé d'appréciation de l'intensité de la douleur ressenti chez le patient.

HO5: L'utilisation des protocoles de prise en charge de la douleur varie en fonction de la formation de base des professionnels de santé de terrain.

L'objectif général de cette étude est d'analyser les déterminants de la prise en charge de la douleur par le personnel de santé de la région de l'Ouest.

III- METHODOLOGIE

A- Site et Participants

Notre étude s'est déroulée dans les districts de santé de la région de l'ouest Cameroun. Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé une enquête auprès de 230 (127 Hommes et 103 femmes) professionnels de santé de la région de l'Ouest - Cameroun, identifiés majoritairement dans le district de santé de Dschang (46,08%) dont l'âge moyen varie entre 21 et 30 ans. L'on relève par outre que la jeunesse de cette population d'étude est associée une ancienneté professionnelle considérablement faible avec 45,20 % du personnel impliqué dans la prise en soins de la douleur ayant moins d'une années d'expérience professionnelle. Ces participants ont été sélectionnés par le biais d'un double échantillonnage. L'échantillonnage probabiliste en grappe à trois degrés a été utilisé pour couvrir le site d'étude. Les districts de santé ont constitué les unités primaires ; les aires de santé, les unités secondaires et les formations sanitaires où le personnel a été interrogé constituaient les unités tertiaires où l'échantillon des participants a été sélectionné. L'échantillonnage non probabiliste systématique a été utilisé au sein des unités tertiaires. La caractéristique dominante étant d'exercer au sein d'une structure de santé et de s'occuper de la gestion permanente ou occasionnelle de la douleur des patients. Toutes les catégories professionnelles des professions de santé des sites d'étude acceptant de participer à l'étude ont été interrogées. Ont été inclus dans notre étude tous les personnels de santé exerçant dans la région de l'Ouest pendant la période de collecte, et ayant accepté de participer.

B- Matériel

La démarche qui a conduit à la collecte des données s'est appuyée préférentiellement sur la passation d'un questionnaire. Pour collecter les données de la présente étude, Le questionnaire mise en ligne pour collecter les données était divisé en trois parties:

- Le profil sociodémographique et professionnel des enquêtés (âge, sexe, grade, ancienneté, etc...)
- Les connaissances des répondants sur la douleur (définition, classification, l'évaluation,)
- La prise en soin de la douleur par les répondants (connaissances des

médicaments, les associations des médicaments).

C- Traitement statistique

Dans la présente étude, deux types d'analyse ont été privilégiées à savoir: l'analyse descriptive et l'analyse inférentielle. En dehors du tri à plat pour les analyses de fréquences, nous avons mobilisé le khi 2 pour étudier la relation existante entre les variables de cette étude. Ce choix est motivé par la nature nominale de nos variables.

IV- RÉSULTATS

L'objectif général de cette étude étant d'analyser les déterminants de la prise en charge de la douleur par le personnel de santé de la région de l'Ouest. Les résultats de la présente étude sont présentés conformément à cet objectif de recherche.

En ce qui concerne la procédure de prise en soin des douleurs perçues par les patients. La majorité des participants (53,9%) indiquent qu'ils procèdent d'abord au repérage de la douleur avant tout activité de traitement pendant que d'autres procèdent directement aux actions de traitement. L'on note une forte association positive entre le repérage de la douleur comme préalable à la prise en soins de cette dernière et la prescription des examens pour rechercher la cause de la douleur dans son processus de prise en soins. Ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des examens pour rechercher les causes de la douleur améliore le type de soin à administrer au patient. ($\chi^2 = 226,01$; $p < 0,0001$), $VC = 1$; $CC = 0,70$.

En cas de persistance de la douleur ou de survenu des récives des crises de douleur chez les patients les professionnels de santé enquêtés procèdent majoritairement (53,90%) à l'amélioration des doses de médicaments prescrits. Les autres participants (46,10%) préfèrent associer d'autres molécules au protocole initial.

Tableau 1 : Distribution des enquêtés selon le mode de prise en soin de la douleur des patients et le recours ou non aux examens pour identifier la cause de la douleur chez les participants.

Examen prescrit pour la cause de la douleur	Oui	Non	Total*
Mode de prise en soin la douleur			
La repérer	124 (100,00)	0 (0,00)	124 (53,90)
Agir d'amblée	0 (0,00)	106 (100,00)	106 (46,10)
Total**	124 (53,90)	106 (46,10)	230 (100,00)

- **Approches de formation sur les protocoles de prise en charge**

Indépendamment de la catégorie socio-professionnelle des enquêtés, la majorité (73,50%) des participants enquêtés sollicitent qu'ils soient intégrés, des protocoles de gestion de la douleur dans les programmes de formation de l'ensemble des professionnels de santé. Tous les professionnels de santé (100,00%) qui accordent une place à l'intégration des modules de formation sur la gestion de la douleur dès les écoles de formation, souhaitent également qu'elles soient organisées sur le terrain, des activités de formation continue des professionnels de santé des milieux hospitaliers sur cette thématique ($\chi^2 = 230,00$; $p < 0,0001$), $VC = 1$; $CC = 0,70$ (Tb 15).

Tableau 2: Distribution des enquêtés selon la nécessité d'intégrer les protocoles de gestion de la douleur dans les curricula de formation des professionnels de santé et dans le renforcement de capacité des professionnels de santé en milieu hospitalier

Enseigner la gestion de douleur dans toutes les écoles de formations professionnelle de santé	Oui	Non	Total
Intégrer la gestion de douleur dans la formation continue			
Oui	169 (100,00)	0 (0,00)	169 (73,50)
Non	0 (0,00)	61 (100,00)	61 (26,50)
Total	169 (73,50)	61 (26,50)	230 (100,00)

- **Autres tests d'hypothèses et implications sanitaires**

En appréciant la relation entre la classe pharmacologique prescrite et l'approche de classement de la douleur, les résultats permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle: ce qui est prescrit fréquemment au patient favorise l'approche de classement de la douleur ($\chi^2 = 9.534$ $p < 0,0001$), $VC = 0,201$; $CC = 0,20$: Le lien entre ces deux variables est positif car le Vde Cramer a une valeur positive. Le lien est faible puisque le coefficient de contingence est compris dans l'intervalle [0 ; 0,49].

L'on note également que l'hypothèse selon laquelle la fréquence des rechutes des crises de douleur chez certains patients contribue à leur retour au rendez-vous avec les mêmes symptômes a été confirmée ($\chi^2 = 230,00$; $p < 0,0001$), $VC = 1$; $CC = 0,71$). Le lien entre ces deux variables est positif car le Vde Cramer a une valeur positive. L'association est forte puisque le coefficient de contingence est compris dans l'intervalle [0,71 ; 1].

Par ailleurs, l'utilisation des deux outils standards (EVA et EN) pour évaluer la douleur chez les patients détermine le procédé d'appréciation de l'intensité de la douleur ressentie par les patients ($\chi^2 = 226,01$; $p < 0,0001$), $VC = 1$; $CC = 0,71$). Le lien entre ces deux variables est positif car le V de Cramer a une valeur

positive. L'association est forte puisque le coefficient de contingence est compris dans l'intervalle [0,71 ; 1].

Tableau 3: *Distribution des enquêtés selon la classe pharmacologique prescrite et l'approche de classement de la douleur*

Approche de classement de la douleur Classes pharmacologiques	Douleur légère	Douleur modérée	Total
les anti-inflammatoires non stéroïdiens	45	44	89
les corticoïdes	37	37	74
les antalgiques de palier I	3	2	5
les antalgiques de palier II	5	1	6
les antalgiques de palier III	2	1	3
les anesthésiques	6	4	10
les neuroleptiques	6	3	9
les antispasmodiques	5	5	10
les myorelaxants	8	3	11
les antidépresseurs	3	3	6
les compléments minéraux	3	0	3
autres	1	3	4
Total	124	106	230
Pearson $\chi^2(4) = 9.534$		$P_r = 0.573$	
V = 0,204		C = 0,200	

V- Discussion

Plusieurs théories explicatives des comportements observés en matière de santé peuvent justifier les fondements des observations relevées dans le cadre de la gestion de la douleur par les professionnels de santé. Les théories du Caring, des comportements interpersonnels et de la motivation conduisent au questionnement de la responsabilité professionnelle et de la liberté de l'homme qui semble parfois être présenté comme maître et responsable de ses actes et de ses choix thérapeutiques.

- **Fréquence de survenu et de récurrence des différents types de douleur chez les patients**

La présence habituelle de la douleur chez les patients rime avec les principaux motifs de consultation rencontrés par les enquêtés dans cette étude. La rencontre habituelle du même motif de consultation devrait également amener l'équipe soignante à questionner l'efficacité des protocoles utilisés pour redonner un sourire durable aux personnes soignées. Dans cette étude, l'ensemble des enquêtés a été impliqué non seulement dans la prise en charge des cas de douleurs en phase initiale, mais aussi dans les cas de rechute des patients. Les

rechutes fréquentes constituent le principal motif des rendez-vous respectés. Ce qui corrobore les résultats de plusieurs études effectuées dans le domaine de la santé. La douleur constitue en fait un problème thérapeutique majeur en santé hospitalière et communautaire ([8]).

Plusieurs participants n'ont pas pris en considération l'existence de plusieurs types de douleurs. Ce qui est contraire aux données relevées par d'autres chercheurs qui ont retrouvé une diversité de type et d'approche thérapeutique intégrant la douleur perçue dans plusieurs dimensions de l'être. Ils prennent en compte la diversité du patient et permettent de proposer une stratégie globale de traitement perçue comme adaptée et efficace pour réduire de manière durable la douleur ([9]). La permanence de la douleur physique n'est pas sans conséquence sur la sphère morale, mentale et psychologique. D'où la nécessité d'un traitement adéquat pouvant mettre le patient à l'abri de la chronicité. L'éviction des situations déprimantes améliorerait le vécu des patients souffrant de douleur. Les auteurs s'accordent sur le fait que la permanence des douleurs perçues serait la cause d'une part et la conséquence de dépression d'autres part. Un cercle vicieux qui contribuerait à la surconsommation des antalgiques et des antidépresseurs dont les effets thérapeutiques seraient amoindris. La fréquence de survenue d'épisodes dépressifs chez les patients souffrant de douleurs chroniques et, réciproquement, la fréquence des patients déprimés chez qui l'efficacité des antidépresseurs est retardée témoigne de l'importance de la classification et de la détermination des types et degré de douleur traitées ([9]).

- **Perceptions et principes d'évaluation des différents types de douleur préconisés par le personnel soignant**

Il est à noter que la perception de la douleur dans les pays émergents est particulière. La douleur est vécue comme une maladie, et non comme un symptôme, ce qui n'est pas le cas dans les pays dits développés, où la douleur est la porte ouverte à une investigation pour en cerner les causes des automédications. Cette réalité est différente de celle relevée dans le présent travail où une considérable proportion d'enquêtés (46,10%) n'effectuent pas d'investigations objectives à l'aide d'examens pour rechercher la cause des douleurs rencontrées par leur patient. Le contexte social et économique avec le revenu mensuel relativement faible des patients est fréquemment présenté comme justificatif de cette réalité.

Concernant l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, plusieurs méthodes et outils d'évaluation de la douleur étaient attendus des enquêtés en raison de la multiplicité et de la complémentarité de ces outils. Chez les enquêtés, une proportion non négligeable de 47% affirment ne pas utiliser d'outils d'évaluation de la douleur. L'ensemble de ceux qui évaluait la douleur des patients à l'aide d'un outil

recouraient essentiellement à l'EVA (99,6%). Comme dans d'autres études, l'utilisation et la compréhension de l'EVA nous paraissait douteuse, un seul enquêté a pourtant évoqué l'Echelle Numérique et ces professionnels avaient la possibilité de l'utiliser en raison de sa simplicité. Toutefois, tel n'a pas été le cas. Aucune autre échelle comportementale n'a été évoquée bien qu'elles aient été évoquées dans plusieurs études par des chercheurs investiguant les problématiques de la douleur ([5]). En effet, l'échelle visuelle analogique (EVA) est largement utilisée dans la plupart des travaux et reste considéré comme l'outil psychométrique le plus performant pour quantifier l'intensité d'une sensation douloureuse ([11]). L'existence des outils d'évaluation de la douleur et l'importance de l'évaluation de ce dernier contraste avec les difficultés perçues dans le processus d'évaluation de ce déséquilibre physiopathologique et les diverses raisons qui tiennent d'une part au caractère personnel de la sensation douloureuse et d'autre à la subjectivité de certaines approches évaluatives. De l'avis de plusieurs auteurs, malgré une meilleure compréhension de la physiopathologie de la douleur et des progrès thérapeutiques, la douleur reste sous-évaluée et mal traitée ([5]).

- **Facteurs influençant la prescription des antalgiques par les professionnels de santé.**

La prescription d'antalgiques chez les enquêtés variait selon la persistance ou les rechutes des crises douloureuses. La persistance de la douleur ou la survenue des récurrences des crises de douleur chez les patients a d'une part contribué à l'amélioration des doses de médicaments prescrites par les professionnels de santé enquêtés et d'autre part justifié l'association d'autres molécules au protocole initial. Toute fois les risques de surdosage, de survenue d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses non souhaitées sont augmentés dans cet environnement de prescription et expose les patients à la dépendance aux antidouleurs. C'est pourquoi plusieurs auteurs préconisent la prudence et un contrôle permanent du fonctionnement des organes cibles en cas d'associations médicamenteuses ou d'augmentation des doses au-delà d'un certain seuil. L'efficacité analgésique synergique en association au seuil de tolérance demeure un analgésique ayant peu d'effets secondaires dans un risque accru de surdosage en lien avec l'insuffisance rénale ([12]).

Dans cette étude, l'utilisation des examens pour rechercher les causes de la douleur a amélioré significativement le type de soins administrés pour soulager la douleur des patients. Le recours aux examens lors de ce déséquilibre organique n'est pas seulement important dans la recherche de la cause, mais serait aussi nécessaire lors du suivi de la réponse thérapeutique recherchée. Plusieurs auteurs pensent que les examens ne doivent pas être systématique si elle ne modifie pas la conduite

thérapeutique parfois limitée à une simple surveillance. Toute fois lorsqu'il s'agit d'un traitement médicamenteux long ou d'un traitement chirurgical l'on devrait intégrer le contrôle de ses examens dans la surveillance du protocole thérapeutique ([13]; [14]).

Les traitements non médicamenteux déterminent aussi la prescription limitée des antalgiques et anti-inflammatoires devant les processus douloureux. D'autres approches thérapeutiques de traitement de la douleur excluent l'utilisation des médicaments à l'instar de la thérapie par le mouvement appliquée et conseillée par les physiothérapeutes. Bien qu'insuffisamment sollicitée et utilisée par les enquêtés dans la population de cette étude, elle reste présente dans la littérature scientifique et expérimentée par des auteurs. C'est à juste titre que les approches thérapeutiques non médicamenteuses présentées sont préconisées de manière isolées dans certaines études et de façon associée dans d'autres sous forme d'accompagnement du traitement pharmacologique de la douleur ([15]). Outre la thérapie par la douleur d'autres approches thérapeutiques de traitement psychologique de la douleur sans médicament semblent être appréciées et mieux tolérées dans les travaux de certains auteurs. La reconnaissance des bénéfices statistiques de certains traitements psychologiques de la douleur a été supérieure à celle des traitements médicamenteux usuels selon le statut et la classification de la douleur ressentie ([16]).

En dernière analyse, l'étude des déterminants de la prise en charge de la douleur par le personnel soignant de la région de l'Ouest Cameroun nous permet de noter que la douleur initialement aiguë évolue vers la chronicité lorsque sa prise en charge inefficace n'intègre par les normes des protocoles de gestion de cette dernière. Malgré la présence habituelle de la douleur parmi les principaux motifs de consultation des professionnels interrogés, sa prise en charge semble être négligée dans le site d'étude. L'inexistence d'un protocole homologué de prise en charge de ce déséquilibre en phase aiguë comme en phase chronique reste un frein à l'atteinte des objectifs de l'humanisation des soins recherchée par le système de santé actuel au Cameroun. Ainsi, La complémentarité des diverses approches thérapeutiques et l'implémentation des protocoles homologués de prise en charge de la douleur faciliterait l'atteinte des objectifs des soins de santé et réduirait par ricochet les dépenses de santé des individus et des communautés.

VI. REFERENCES

- 1) Leo, G. E., Ngene, J. P., & Pouka, M. C. K. P. (2017). Evaluation de l'automédication par les antalgiques chez l'adulte: cas des clients des pharmacies d'officine de Douala. *Cameroun. International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 11(4), 1461-1470.
- 2) Slim, K., Joris, J., & Beloeil, H. (2016). Anastomoses coliques et anti-inflammatoires

- non-stéroïdiens (AINS). *Journal de Chirurgie Viscérale*, 153(4), 281-288.
- 3) Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A., & Maillard, G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 15(3), 106-114.
 - 4) Gómez, C. D., & Millet, M. (2021). *Le recours aux antalgiques opioïdes dans le traitement de la douleur*. Nathan.
 - 5) Atangana, M. Nqoe, Moue O.C, Eyeuq D. Mayack, (2005) Prise en charge de la douleur post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle. *Rea Med. Urg- vol XVI*.
 - 6) Sakou G, Chobli M, Brouh Y, Hountondji F, Beyiha G (2002): Pratique de l'analgésie postopératoire dans les pays en voie de développement: situation en Afrique francophone. *Ann Fr Anesth Ranim*; 21:381s.
 - 7) Pouhe Nkoma (2015). *Itinéraire thérapeutique des malades au Cameroun: les déterminants du recours à l'automédication*. 7ème conférence sur la population africaine ; Johannesburg.
 - 8) Agrebi, S., Bachouch, I., Abdallah, F. C. B., Habouria, C., & Fennich, S. (2017). Prise en charge de la douleur thoracique: motif fréquent de consultation chez les patients ayant un cancer broncho-pulmonaire. *Revue des Maladies Respiratoires*, 34, A80.
 - 9) Laroche, F. (2014, March). Douleur chronique. Thérapies comportementales et cognitives. In *Annales Médico-psychologiques. Revue psychiatrique*, 172 (2),132-135.
 - 10) Gaillard, A. (2014, March). Douleur morale, douleur physique: mécanismes neurobiologiques et traitement. In *Annales Médico-psychologiques. Revue psychiatrique*, 172 (2), 104-107.
 - 11) Rakel, B., & Herr, K. (2004). Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 194-208.
 - 12) Chanques, G., Jung, B., & Jaber, S. (2011). Co-analgésiques en réanimation.
 - 13) Selmi, T. A. S. (2007). Examens complémentaires devant un genou douloureux de l'adulte. *Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatrice de l'appareil moteur*, 93(7), 27.
 - 14) Labreze, L., Pulido, M., & Krakowski, I. (2017). L'essai FARADI: efficacité et tolérance du citrate de fentanyl dans les accès douloureux induits lors des examens diagnostiques ou thérapeutiques chez des patients souffrant de cancer. *Oncologie*, 19(1-2), 26-31.
 - 15) Masquelier, É. (2003). Traitement non médicamenteux du syndrome fibromyalgique: Synthèse de la littérature, ligne de conduite clinique. *Revue du rhumatisme*, 70(4), 346-353.
 - 16) McBeth, J., Prescott, G., & Scotland, G. (2012). Fibromyalgie : efficacité de traitements non médicamenteux sur la douleur ? *Minerva*, 11(7), 82-83.