

Ce bulletin est distribué par mail; n'hésitez pas à le transmettre à vos contacts

EDITORIAL

La souffrance "imposée"

A notre congrès de novembre avec pour thème « la douleur chronique », nous essayions de trouver des solutions et nous disions généreusement (orgueilleusement) : « Pour gérer une douleur chronique il faut six conditions: Accepter, Savoir ce qu'on veut, Rester dans le mouvement, Participer aux événements, Chercher et Demander de l'aide ».

Il se trouve que dans la situation que nous vivons actuellement, accepter et savoir ce qu'on veut sont des attitudes possibles ; mais, la souffrance imposée par la torture, le Kidnapping, l'impossibilité de sortir sans la peur au ventre , nous paralyse et entretient notre mal-être et c'est à peine si nous trouvons de l'aide dans un moment où la douleur est au top, avec des signes neurovégétatifs maximaux (HTA, angoisse, dépression) ; c'est la douleur maladie.

Les patients et aussi les soignants sont victimes. Concrètement, toutes les vieilles lésions réapparaissent et, notre impuissance nous fait espérer le miracle... Pourquoi pas?

Nous avons cherché les solutions comme en tant de guerre : La physiothérapie, l'hypnose, la sophrologie sont des disciplines fiables. Les médicaments sont très peu recommandés. Leur prix et parfois leur inefficacité incite parfois au désespoir.

Nous espérons reprendre nos conférences mensuelles, pouvoir à nouveau soigner nos patients et continuer notre vie académique et clinique .

Toute la SOHAD apporte sa sympathie aux familles de ses membres, qui traversent courageusement les lourdes épreuves engendrées par cette situation.

Denise FABIEN, médecin

PLACE DE LA PHYSIOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique a connu une certaine augmentation durant les dernières décennies[1] Soit 10 à 20 % de la population signalent des douleurs chroniques ou récurrentes.

La douleur primaire chronique se définit comme une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou récidive pendant plus de trois (3) mois et est associée à une détresse émotionnelle ou à une incapacité fonctionnelle importante. Cette incapacité peut être améliorée par la physiothérapie, science du mouvement humain et de la maximisation du potentiel physique. Étant donné que le message de "douleur" est modulé par des systèmes régulateurs, au niveau de la moelle épinière, il existe un filtre modulateur de très grande importance appelé la "porte". Il a été décrit sous le nom de théorie du "gate control" PGT, par Patrick Wall et Ronald Melzack en 19652.

Cette théorie prône que l'activité prédominante de premier ordre détermine l'activité du neurone de second ordre. Si les informations mécano réceptives sont plus actives, elles sont alors transmises, en bloquant ou fermant effectivement la porte sur les informations nociceptives au niveau de la corne dorsale[2].

Lorsque les fibres plus petites et plus lentes (fibres C) sont stimulées, les interneurons inhibiteurs n'agissent pas, la porte est donc ouverte et la douleur est ressentie. Mais lorsque les fibres A-β plus grandes sont stimulées, elles atteignent plus rapidement les interneurons inhibiteurs et, comme les fibres plus grandes empêchent l'interneurone de fonctionner, la porte est fermée[2]. Raison pour laquelle, après s'être percuté l'orteil -ou la tête- le frotter aide à stimuler les fibres A-β, prodiguant une sensation immédiate d'apaisement de la douleur.

C'est dans cette même optique que la physiothérapie intervient dans la gestion de la douleur chronique en utilisant les modalités et approches adéquates pour fournir aux patients une qualité de vie optimale. La physiothérapie facilite la prise en charge de la douleur chronique, et garantit le maintien et le rétablissement du bien-être physique, psychologique et social des patients justice dans les soins en Haïti n'est pas facile mais la recherche de cette justice ouvre la porte aux innovations.

Nathalie Germain, Physiothérapeute

1 Sturgeon JA, Zautra A. Resilience: A New Paradigm for Adaptation to Chronic Pain. *Current Pain and Headaches Reports.* 2010; 14(2): 105-112.

2 Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science: New Series* 150. (1965:971-979)

Volume 1, Numéro 13, avril 2023



ETHIQUE

LA CONTENTION

Dans le cadre des activités organisées autour de la journée mondiale de l'éthique, une journée scientifique hybride a été diffusée le 25 janvier dernier sur le thème : « La contention, une contrainte bienveillante ».

La contention crée souvent un malaise au sein du personnel soignant.

Tour à tour, infirmier, neurologue, intervenants en soins palliatifs et en gériatrie se sont exprimés et ont soulevé la question de la liberté mais aussi de la sécurité qui sont des droits fondamentaux.

La contention, parfois thérapeutique comme celle d'un membre fracturé, peut être assez traumatisante quand elle a pour finalité la restriction des mouvements d'un corps sain. La contention, qu'elle soit mécanique ou chimique, prive le patient de la liberté de bouger et souvent de parler, de communiquer. De ce fait , elle peut être considérée comme inacceptable.

Dans le sens plus large du soin, la contention est un échec dans la relation soignant-soigné. Quelle relation de confiance entre un soignant et son patient qui ne peut donner « librement » cette confiance ? Les conférenciers ont signalé les publications qui montrent l'inefficacité de la contention sur la prévention des chutes et son caractère traumatisant pour le patient.

Cependant, d'autres intervenants ont été dans le sens des travaux de Mathieu Guyomard, infirmier en psychiatrie, qui insistait pour rappeler l'origine étymologique du mot contention qui vient du latin contentio (lutte) certes, mais aussi de contienere, qui signifie « maintenir ensemble ». Pour M. Guyomard, la contention est plutôt un moyen de rétablir le lien entre soignant et soigné : « Nous considérons que de la restriction de liberté de mouvement peut naître le rétablissement du lien, il va obliger le patient à verbaliser, à s'ouvrir à l'autre ». Il précise plus loin : « la contention rétablit une sorte de contenant sécurisant pour le patient, en le protégeant de lui-même, tout en protégeant les autres... », ce qui est nécessaire dans certaines situations de soin. La restriction de liberté viserait donc à rétablir la relation et à assurer la sécurité.

Les débats animés qui s'en sont suivis, nous ont amené à réfléchir sur la situation de la pratique dans notre pays où assez souvent la contention est utilisée par facilité et par manque de moyens sans amener la réflexion sur sa portée réelle ou sa nécessité ; et sans la recherche d'alternative.

De façon plus globale, la contention nous porte à réfléchir aussi sur la situation sociale, où, bon nombre d'entre nous, sommes en contention « in sécuritaire ». Nous sommes paralysés (contenus) par la peur : Pour certains exilés de nos domiciles, pour d'autres enfermés dans nos domiciles, privés de notre liberté de bouger, de notre liberté de même nous projeter dans l'avenir chez nous, dans notre pays : « contenus pour rester en sécurité ». La contention est devenue ici un mal social. Peut-être qu'au-delà de cette privation de liberté, nous devrions essayer d'en faire un lien qui nous contraint à nous ouvrir à l'autre, à nous unir à l'autre... pour espérer en sortir.

Régine Roche, médecin



ÉTUDE COMPARATIVE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE ANESTHÉSIE LOCO RÉGIONALE ou D'UNE ANESTHÉSIE LOCALE ASSISTÉE POUR UNE HERNIOPLASTIE.

Dr Marie Judith Jean-Baptiste, Dr Sylvio Augustin, Dr Régine Roche, Dr Moïse Compère, Dr Catherine Scipion, Dr Abdias Jules, Dr Jean-Fritz Jacques, Dr Michel Dodard, Dr Louis-Franck Télémaque, Pr David Chen.

Introduction

L'opération sur la hernie est une des interventions la plus effectuée dans le monde. La pathologie herniaire touche aussi bien les pays développés que ceux à faible revenu économique comme Haïti. Une ONG active dans le domaine, y a soutenu un programme de hernioplastie dans un hôpital à très grande fréquentation, situé en dehors de la capitale, malgré la gravité des troubles socio-politiques, des difficultés économiques et d'accès à l'hôpital. Ce programme étant dédié à une population défavorisée, la non prise en compte de ces facteurs n'affecte-t-il pas la satisfaction globale du patient eut égard au type d'anesthésie et à la prise en charge en général ? Notre étude évaluera la satisfaction des patients après leur anesthésie.

Méthodologie

L'étude est descriptive, prospective, analytique, menée sur ces 200 malades, de juin 2021 à juin 2022. Elle a été faite pour évaluer le degré de satisfaction des patients après le choix de leur anesthésie qui était basé sur la grosseur de la hernie : rachi (IC, IIC, III et O) et locale assistée (IA-B, II A-B), sans tenir compte des facteurs socio culturels, économiques et logistiques.

Résultats

29,15 % des patients de l'étude ont été opérés sous anesthésie locale assistée. La majorité des hernies de la classe O (58,5%) ont pu bénéficier d'une anesthésie loco régionale. 96,97 % des patients ont déclaré être satisfaits des soins reçus. Les patients qui ont eu un niveau universitaire ont une probabilité quasiment double (OR = 1.59, IC = 0.62-4.08) de bénéficier d'une anesthésie loco régionale comparée à celle du niveau secondaire. Cependant, les patients non scolarisés en ont une probabilité plus faible (OR = 0.21, IC = 0.05-0.97). [p = 0.015]

Ensuite, les patients souffrants de hernie de classe I ont une probabilité quasiment 11 fois plus élevée de bénéficier d'une anesthésie locale assistée (OR = 10.56, IC = 4.85-22.98), comparée à celle des patients de classe O. Cependant, la côte est plus faible pour les patients souffrant de hernie de classe III (OR = 0.18, IC = 0.02-1.44) et de classe R (OR = 0.21, IC = 0.13-0.34), [p-value < 0.001].

L'anesthésie locale assistée représente un bénéfice pour les patients qui n'ont pas eu de douleur en post-op (p-value = 0.014). La classe des hernies (p = 0.000) est restée statistiquement significative, associée à l'anesthésie locale assistée quand elles sont ajustées pour les variables incluses dans le modèle telles que l'âge, la distance de résidence à l'hôpital et le niveau d'études. Toutefois, le niveau d'études et la douleur postopératoire, quand ils sont ajustés ne sont plus statistiquement significatifs, associés au choix anesthésique (p = 0.373).

Les variables explicatives telles que l'âge, la classification des hernies, l'information sur la procédure anesthésique, et la douleur post opératoire n'ont pas été statistiquement significatifs, associés à la satisfaction globale des patients.

Conclusion

Se basant sur les résultats, il est démontré que le niveau d'étude, la classe de la hernie et la douleur post opératoire sont les facteurs les plus importants associés au choix anesthésique dans le cadre de l'enquête. Considérant cet état de fait, il serait important de chercher à les intégrer dans un protocole de choix, en phase avec des mesures d'accompagnement, ce pour optimiser la prise en charge. De plus, d'autres études de plus grande taille d'échantillons s'avèrent nécessaires en vue de déceler d'autres variables explicatives qui pourraient influencer le choix anesthésique et la satisfaction globale des patients.

Mots clés : anesthésie locale assistée, rachi anesthésie, hernioplastie, satisfaction.

LU POUR VOUS

Usage détourné du protoxyde d'azote : une pratique à risques

Article de Julie Giorgheta : propos du Professeur Michel Lejoyeux, chef du service de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat, auteur de « En bonne santé avec Montaigne », aux éditions Robert Laffont.

Depuis quelques années, le protoxyde d'azote (N²O) utilisé dans le champ médical, mélangé à de l'oxygène pour ses effets anesthésiants et analgésiants ou en cuisine pour les siphons à Chantilly est détourné de son usage par les jeunes qui l'utilisent comme gaz hilarant. Une pratique très dangereuse pour la santé. "Les atteintes les plus graves que nous voyons aux urgences, ce sont les atteintes neurologiques, dont les paralysies persistantes induites par le gaz. On voit aussi beaucoup de brûlures, des asphyxies et des pertes de connaissance" alerte le Pr Michel Lejoyeux, chef du service de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat.

On a remarqué une très nette augmentation des cas d'intoxication au protoxyde d'azote chez les jeunes. "134 cas rapportés aux centres antipoison en 2020 contre 46 en 2019, 254 signalements auprès des centres d'addictovigilance en 2020 contre 47 en 2019". Selon l'Association Française des Centres d'Addictovigilance, le nombre de cas de complications sanitaires graves liés à l'usage non médical du protoxyde d'azote a été multiplié par 10 depuis 2019. Le public concerné est jeune (22 ans en moyenne) , dont environ 1/10 sont mineurs. Dans la moitié des cas, les consommations sont quotidiennes et peuvent atteindre jusqu'à une dizaine de bouteilles par jour.

Lorsqu'il est utilisé dans un cadre médical, le gaz hilarant est très bien toléré et son effet s'estompe en quelques minutes. Il est notamment proposé aux femmes enceintes en salle de travail pour soulager la douleur des contractions. Dans un contexte récréatif, l'inhalation de gaz hilarant provoque des effets indésirables immédiats et d'autres, à plus long terme. Les risques immédiats sont :

- l'asphyxie par manque d'oxygène, la perte de connaissance, la brûlure par le froid du gaz expulsé de la cartouche, la perte du réflexe de toux, la désorientation e risque de chute

En cas de consommations répétées, des troubles engageant le pronostic vital peuvent survenir : un risque d'asphyxie, des complications cardiovasculaires avec notamment des troubles du rythme cardiaque, des troubles psychiques (addiction) et des atteintes neurologiques pouvant être sévères. "Les principaux dangers du gaz hilarant sont des troubles du comportement et des atteintes des nerfs qui peuvent être irréversibles. Il peut y avoir des conséquences extrêmement dommageables voire mortelles. L'inhalation de gaz hilarant est considérée comme un amusement alors que ça ne l'est pas du tout ! Les atteintes les plus graves que nous voyons aux urgences, ce sont les atteintes neurologiques, dont les paralysies persistantes induites par le gaz. On voit aussi beaucoup de brûlures parce que c'est du gaz qui sort très froid de la cartouche et qui peut brûler la bouche au moment de l'inhalation, des asphyxies et des pertes de connaissance", indique le chef du service de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat.

Le gaz hilarant engendre un déficit en vitamine B12 (par carence et/ou inactivation) qui peut entraîner des atteintes de la moelle épinière et une anémie,

Inhalé régulièrement et à fortes doses, le gaz hilarant peut provoquer la mort par asphyxie et arrêt cardio-respiratoire.

COMITE EXECUTIF 2022-2024: **Présidente:** Dr Régine ROCHE; **Vice-Président:** Dr Lucien ROUSSEAU; **Secrétaire:** Dr Joane D. MAITRE **Secrétaire Adjointe:** Mme Fredelyne JOSEPH; **Trésorière:** Mme Judelyne MONDESTIN; **Trésorière Adjointe:** Mme Guerline DESIR **Conseillers:** Mme Flaurine Jean Jeune JOSEPH; Mr Josué LOUIS, Dr Marjorie RAPHAEL

CONSEIL SCIENTIFIQUE: Dr Denise FABIEN ; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Dr Claudine JOLICOEUR

COMITE DE REDACTION DU BULLETIN : Dr Claudine JOLICOEUR, rédactrice en chef; Dr Marjorie RAPHAEL, rédactrice adjointe; Dr Denise FABIEN; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Mme Fredelyne JOSEPH; Mme Judelyne MONDESTIN; Dr Régine ROCHE

DEPOT LEGAL: 22-01-008

Commentaires et suggestions? : Contactez nous par Email à sohadass1018@gmail.com /Téléphone : (509)3249-1560



ÉCOUTER, COMPRENDRE, SOULAGER

