

# **Atelier "Douleur" : Comment rédiger en équipe pluridisciplinaire des protocoles de prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire.**

9° Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique,  
Marseille : 12-13 Septembre 2000.

Animateurs : Dr M. C. DJIAN, Anesthésiste-réanimateur, responsable de la consultation douleur au Centre Hospitalier Sainte-Anne de Paris.

Dr P. MARTIN, Anesthésiste-réanimateur et spécialiste en Assurance Qualité dans le domaine de la Santé.

Dr C. GURY, Pharmacien Hospitalier au Centre Hospitalier Sainte-Anne.

## Objectif :

L'objectif de cet atelier est d'envisager la procédure interne à un établissement pour aboutir à la rédaction et à la diffusion de protocoles visant à la prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire.

Les différentes étapes de cette procédure seront énoncées, analysées et commentées pour les trois intervenants et selon l'angle qui est propre à leur spécialité.

- l'aspect clinique ;
- l'aspect pharmaceutique et thérapeutique ;
- l'aspect qualité.

## Différentes étapes :

- ① définir la cible exacte de ces protocoles (médecins, infirmiers...) ;
- ② définir le type de douleur faisant l'objet des protocoles (chronique, aiguë, post-opératoire ...) ;
- ③ définir le contenu des protocoles pour chaque type de situations cliniques envisagées et donc dans le cas précis des douleurs post-opératoires, selon le type de chirurgie : digestive, orthopédique, neuro-chirurgie, urologie,... ;
  - éléments de surveillance clinique du patient ;
  - modalités d'évaluation de la douleur ;
  
  - schéma thérapeutique :
    - systématique en post-opératoire immédiat ;
    - au réveil ;
    - selon l'intensité de la douleur au décours du réveil.
  - condition de mise en place d'un protocole de PCA et sa surveillance.

Les documents présentés en exemple durant l'atelier porteront sur les douleurs post-opératoires en Neurochirurgie.

- ④ définir le "qui fait quoi, où et comment " ;
- ⑤ définir les moyens de diffusion de ces protocoles ;
- ⑥ définir l'évaluation de leur impact ;
- ⑦ définir les modalités de leur modification après évaluation.

## **I GENERALITE SUR LA MISE EN PLACE D'UNE PROCEDURE :**

Document de travail une procédure ou un protocole ne doivent pas excéder deux pages, ils doivent être **faciles à trouver, agréables à lire, simples à appliquer** « **F.A.S.** »

**Une procédure** a pour objet de décrire le fonctionnement d'une organisation mise en place pour atteindre des objectifs qui doivent être clairs et mesurables. Elle organise les différents métiers elle répond à la question : « comment je m'organise ? »

Le terme de **protocole** doit être réservé à la description des tâches à accomplir par un seul métier en vue d'atteindre un résultat il répond à la question : « comment je fait ? »

**Leur intérêt est de :**

- Constituer un outil d'apprentissage pour tout nouvel acteur concerné.
- Servir de référence, ils permettent de s'orienter en cas de doute.
- Identifier et corriger rapidement des dysfonctionnements.
- Servir de référence pour l'évaluation des acteurs ou de l'organisation
- Garantir la maîtrise du process de fabrication du produit ou du service (soin) en précisant le/les éléments de contrôle et les critères de validité.

### **Contenu**

- La procédure décrit l'organisation de travail. Elle contient l'enchaînement des actions, les acteurs qui réalisent les actions, les délais de réalisation, les outils ou moyens utilisés, les modalités de contrôle.
- Le protocole décrit la pratique professionnelle en précisant à un niveau plus fin, l'enchaînement des actions, le délai de réalisation, les outils ou moyens utilisés, les contrôles à effectuer.

### **La gestion documentaire**

S'applique à **tous les documents** du système qualité et donc en particulier aux procédures ou protocoles.

La décision de **création** dépend des décideurs concernés.

Il doit exister un **responsable** désigné pour leur **rédaction** et mise à jour.

Tout document doit être **identifié**.

Seul le **document à jour** circule.

La **diffusion** est maîtrisée.

Il existe une procédure de **modification** du document.

Enfin si nécessaire un **archivage** est organisé.

## Plan type

Ce plan n'est donné qu'à titre indicatif, il est didactique, il peut donc être simplifié. Mais tous les éléments cités devront être retrouvés car ils sont indispensables.

- 1/ **Objet**, sont décrits dans ce chapitre les objectifs à atteindre, les acteurs concernés, éventuellement la place de la procédure ou du protocole dans l'organisation du système qualité. " Cette procédure a pour objet de s'assurer..."
- 2/ **Domaine d'application**, l'application de la procédure ou du protocole peut être limitée à certains domaines ou à certaines circonstances.
- 3/ **Glossaire** dans ce chapitre est précisée la signification des mots qui pour un nouveau collaborateur peuvent poser problème.
- 4/ **La règle d'application habituelle** contient la description claire, suffisamment détaillée des actions et de leur enchaînement. Pour chaque action pourront être précisés : en quoi elle consiste, le ou les acteurs concernés, les contrôles à effectuer et leurs critères de validation, la marche à suivre en cas de résultat anormal (actions correctrices), les documents à remplir pour pouvoir maîtriser la traçabilité des actions si cela est nécessaire, autre...
- 5/ **La règle d'application particulière**, de la même manière que pour la règle d'application habituelle on décrit dans ce chapitre les cas particuliers dont la description semble utile.

## Comment rédiger ?

### La rédaction d'une procédure ou d'un protocole engage l'équipe concernée sur une organisation et des résultats.

Les étapes suivantes sont nécessaires :

Prendre la décision de rédiger ces documents.

Cela ne peut se faire que par les décideurs qui ont l'autorité sur le domaine concerné.. Pour un Protocole de soins, spécifique à un service, c'est en principe le chef de service et le cadre infirmier concernés. Ces décideurs devront désigner un responsable de la rédaction, fixer les dates, s'engager à faire appliquer ce document lorsqu'il aura été approuvé, fixer les objectifs à atteindre. Pour fixer ces objectifs une revue de la littérature et des textes réglementaires est conseillée.

Réunir les gens concernés.

Une procédure ou un protocole qui tombe d'en haut sans aucune concertation n'a statistiquement que très peu de chance d'être appliqué. Il ne s'agit pas de réunir tous les gens concernés mais un groupe représentatif, en particulier des gens de terrain car ils connaissent les difficultés d'application. Pour le groupe constitué il convient de désigner un animateur, ou responsable, qui aura de plus la charge de rédiger le document.

### Découpage en actions élémentaires.

Deux cas de figure :

S'il s'agit de formaliser une organisation existante, le plus simple est de décrire ce qui se fait actuellement et non pas ce qu'il serait idéal de faire. En effet les gens de terrain savent très bien comment les choses se passent et ce malgré les dysfonctionnements. Ils ont a priori trouvé la meilleure efficacité possible dans le contexte. Il n'est pas nécessaire de modifier tout de suite une organisation existante, même si c'est l'objectif. Il y aura la mise en place d'une amélioration par une évaluation régulière.

S'il s'agit de mettre en place une organisation qui n'existe pas, la succession des tâches élémentaires est proposée. Le groupe doit la valider compte tenu de son expérience de terrain.

### Validation des objectifs fixés.

A cette étape, il s'agit de faire en sorte que le personnel concerné par l'application de la procédure ou du protocole, s'approprie les objectifs. Une négociation entre les décideurs et les gens de terrain peut être nécessaire pour fixer les objectifs.

### Écrire la procédure ou le protocole.

Il s'agit de la rédaction du texte qui est en quelque sorte le compte-rendu des travaux du groupe désigné. Le responsable de la rédaction devra s'assurer que le plan et la forme sont conformes à ce que les décideurs ont mis en place. Il est important que tous les protocoles d'un même service soient identifiés de la même manière et aient le même plan de rédaction.

### Conception et réalisation des documents d'enregistrements.

Par souci d'efficacité ou pour des raisons réglementaires il peut être nécessaire de garder la preuve de la réalisation de certaines actions. Pour des protocoles concernant la prescription déléguée ces documents d'enregistrements sont obligatoires. Il convient de préciser clairement quels documents devront être remplis et comment. En matière de qualité il est nécessaire que les gens qui effectuent les contrôles ou les enregistrements s'identifient personnellement.

### Validation, approbation, diffusion

Le protocole écrit, il s'agit de le faire valider par les décideurs réels. Puis ceux-ci doivent le présenter à l'ensemble du personnel concerné en leur expliquant l'importance de son application et des objectifs à atteindre. Ils doivent montrer une réelle activité de leadership de façon à ce que l'ensemble du personnel comprenne l'importance, dans l'intérêt du malade, d'appliquer ce protocole.

Tout protocole approuvé est applicable immédiatement.

### Mise en application et diffusion

Validé le protocole est mis en application. Le document de référence sera diffusé à des personnes précises ou dans des lieux précisés. Seuls les originaux sont valables, toute photocopie est à proscrire et rend le document obsolète. En effet le responsable de la diffusion des documents ne saura pas où sont les photocopies et ne pourra donc pas maîtriser leur diffusion.

### Évaluation

Toute procédure ou protocole mis en application doit être évalué au moins une fois par an. Il est judicieux de prévoir une évaluation précoce après la première mise en place. Cette première évaluation portera sur l'application. S'il s'avère que l'application n'est pas réelle il faudra faire

une analyse du pourquoi.

#### Analyse systématique des dysfonctionnements

Tout dysfonctionnement dans l'application de la procédure ou du protocole fera l'objet d'une analyse systématique à l'aide d'outils adaptés pour préciser les origines et les causes de ces dysfonctionnements. Il sera alors plus facile d'apporter les actions correctives nécessaires.

#### Mise en place des actions correctives ou préventives

Ces actions sont sous l'autorité des décideurs du domaine concerné.

Par l'identification systématique des dysfonctionnements, leur analyse objective et factuelle, la mise en place d'actions correctives ou préventives les décideurs montrent leur engagement.

#### Modification

La modification du protocole ou de la procédure fait partie des actions correctives possibles. La décision de modifications est prise, comme pour la création, par les décideurs du domaine concerné. Ils confient au groupe précédemment constitué et selon le même principe (consensus avec le personnel de terrain) la conception et la rédaction des modifications. Le document modifié sera diffusé de façon maîtrisée, c'est-à-dire qu'une personne sera chargée de récupérer les anciennes versions et de les échanger avec la nouvelle.

#### Constitution de tableaux de bord de résultat

Outre l'engagement des décideurs vis-à-vis de l'application de la procédure ou du protocole, la constitution de tableaux de bord montrant les résultats réels est un facteur motivant pour l'ensemble du personnel. Ces tableaux de bord sont idéalement affichés dans le service, visibles par tous, et récents.

## II EXEMPLES DE PROCEDURES : LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DES DOULEURS POST-OPERATOIRES EN NEURO-CHIRURGIE.

# PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE EN NEUROCHIRURGIE

## ① ECHELLES D'EVALUATION

### ECHELLE DE SEDATION (EDS) :

Score de Ramsay (adapté) : fréquence de la surveillance selon la prescription

- 1 - patient coopérant, orienté, calme, éveillé
  - 2 - patient répondant uniquement aux ordres  
(somnolent par intermittence mais facilement réveillable)
  - 3 - patient endormi et réponse nette à une percussion de la glabelle ou à un bruit intense
  - 4 - patient endormi et réponse faible à une percussion de la glabelle ou à un bruit intense
  - 5 - pas de réponse aux stimulations nociceptives
- A - patient anxieux, agité  
(noter éventuellement 1 à 3 croix selon l'importance de cette agitation)
- + malade agité, détachant ses alarmes
  - + + malade très agité, arrache perfusions et sondes urinaire
  - + + + malade incontrôlable, délire clastique, hurlements

Ce score a été développé pour mesurer à la fois le niveau de conscience des patients recevant une sédation. Il contient aussi un élément d'appréciation du degré d'agitation. Il est utilisé également dans le protocole douleur.

### ECHELLE NUMERIQUE (EN) :

On demande au patient de coter l'intensité de la douleur entre 0 et 100.

### ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) :

**Ligne horizontale de 100 mm avec, à ses 2 extrémités, un repère qualitatif : absence de douleur – douleur maximale imaginable.**

Au verso : graduation en mm qui permet de mesurer exactement la position du curseur déplacé par le malade.

## PRESCRIPTION ANTALGIQUE

Patient :

**Date :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Age :**

Médecin Prescripteur :

Médicament :

concentration :        **mg / ml**

<b>Heure</b>												
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Surveillance :

Fréquence :        **h./24 h.**

<b>Heure</b>									
<b>EVA</b>									
<b>EDS</b>									
<b>Pouls</b>									
<b>PA</b>									
<b>FR</b>									
<b>SaO2</b>									
<b>Nausées Vomists</b>									
<b>Prurit</b>									
<b>Globe Vésical</b>									

## ② CRANIOTOMIE

### SURVEILLANCE :

- EDS – Examen neurologique
  - EVA ou EN : en fonction des possibilités du patient
- POULS – PA – FR – SaO<sub>2</sub>

### Systematiquement :

*PRODAFALGAN* : 2g. en 15 mn

Débuté 15 mn avant la fin de l'intervention puis toutes les 6 heures

Relais per os dès que possible selon prescription

### Dès le réveil du patient : évaluation

**Si EVA > 30% ou EN > 30 et EDS < 2**

*MORPHINE* : 5 mg en sous-cutané toutes les 4 h. pendant 24 heures

### Evaluation de la douleur (EVA ou EN – EDS) 2 heures après

**Si persistance d'une EVA > 30% ou EN > 30 et EDS < 2**

*MORPHINE* : refaire 5 mg en sous-cutané puis 2 heures après 10 mg en sous-cutané toutes les 4 h. pendant 24 heures

### Patient non perfusé :

*DAFALGAN* : 2 gel. 3 fois par jour

**ou**

*EFFERALGAN* : 2 cp effervescents 3 fois par jour

**Si EVA > 30 % ou EN > 30 :**

*DAFALGAN CODEINE* : 2 gel. 3 fois par jour

**ou**

*EFFERALGAN CODEINE* : 2 cp effervescents 3 fois par jour

### Arrêt du traitement antalgique :

Quand EVA < 10% ou EN < 10 pendant 24 heures

### ③ INTERVENTION SUR LE RACHIS

#### SURVEILLANCE :

- EDS
- EVA ou EN : en fonction des possibilités du patient
- POULS – PA – FR – SaO<sub>2</sub>

#### Systematiquement :

*PRODAFALGAN* : 2g. en 15 mn

Débuté 15 mn avant la fin de l'intervention puis toutes les 6 heures

Relais per os dès que possible selon prescription

*PROFENID* : 50 mg. 4 fois par 24h.

Débuté 15 mn avant la fin de l'intervention

en perfusion de 15 mn dans le pochon de prodafalgan

*CYTOTEC* : 1 cp 2 fois par jour

#### Dès le réveil du patient : évaluation

**Si EVA > 30% ou EN > 30 et EDS < 2**

*MORPHINE* : 5 mg en sous-cutané toutes les 4 h. pendant 24 heures

#### Evaluation de la douleur (EVA ou EN – EDS) 2 heures après

**Si EVA > 30% ou EN > 30 et EDS < 2**

*MORPHINE* : 5 mg en sous-cutané puis 2 heures après 10 mg en sous-cutané toutes les 4 h. pendant 24 heures

#### Patient non perfusé :

*BIPROFENID* : 1 cp 2 fois par jour pendant 6 jours dès reprise de l'alimentation orale

*CYTOTEC* : 1 cp 2 fois par jour

*DAFALGAN* : 2 gel. 3 fois par jour **ou**

*EFFERALGAN* : 2 cp effervescents 3 fois par jour

**Si EVA > 30 % ou EN > 30 :**

*DAFALGAN CODEINE* : 2 gel. 3 fois par jour **ou**

*EFFERALGAN CODEINE* : 2 cp effervescents 3 fois par jour

#### Arrêt du traitement antalgique :

Quand EVA < 10% ou EN < 10 pendant 24 heures

## ④ P C A

### 1 - Titration :

- Cotation EVA ou EN et EDS
- Si EVA > 40 % ou EN > 40 et EDS = 1
- Morphine: 2 mg IVD toutes les 5' jusqu'à obtention d'une EVA < 40 % ou EN < 40

### 2 – Matériel :

- Voie veineuse réservée à la PCA
- Pompe
- Tubulure anti-reflux
- Narcan° : 1 ampoule + 1 seringue 10 ml. + 1 ampoule H2O  
Fixés à la pompe

### 3 – Paramètres de base :

- Débit continu si besoin
- Bolus : 1 mg
- Intervalle : 7 mn

### 4 - Surveillance :

- EVA ou EN
- EDS
- FR - FC - PA - SaO2
- Prurit – nausées – vomissements
- Recherche d'un globe vésical
- Transit intestinal

### 5 - Rythme de surveillance :

- Toutes les 15 mn pendant la première heure suivant le début du traitement et à chaque changement de seringue
- Puis toutes les heures pendant les 6 premières heures
- Puis toutes les 2 heures pendant les 24 premières heures
- Puis toutes les 4 heures
- 

### 6 - Arrêt de la PCA

- Quand la consommation de morphine est < 20 mg / jour et l'EVA < 40 ou EN < 4
- Passage au *Paracétamol codéiné* par voie orale :  
Soit *Dafalgan codéiné* : 2 gel. 3 fois par 24 h.  
Soit *Efferalgan codéiné* : 1 cp. 6 fois par 24 h.

## PRESCRIPTION PCA

Patient :

**Date :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Age :**

Médecin Prescripteur :

Médicament :

Concentration :        **mg / ml**

<b>Heure</b>												
<b>Bolus</b>												
<b>D.B.</b>												
<b>P.I.</b>												
<b>D.4h.</b>												

Surveillance :

Fréquence :        **h./24 h.**

<b>Heure</b>									
<b>EVA</b>									
<b>EDS</b>									
<b>Nbre bol</b>									
<b>Dose tot</b>									
<b>Pouls</b>									
<b>PA</b>									
<b>FR</b>									
<b>SaO2</b>									
<b>Nausées</b>									
<b>Vomists</b>									
<b>Prurit</b>									
<b>Globe</b>									
<b>Vésical</b>									

**D.B. : Débit de Base**

**P.I. : Période Interdite**

**D.4h. : Dose des 4 heures**

**D.T. : Dose de totale**

## TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

### 1° Depression respiratoire :

- FR > 10 et/ou EDS > 1

**Oxygéner et stimuler le patient  
Prévenir le médecin responsable**

- FR < 10 et EDS > 2

**Administrer ½ amp. de NARCAN IVD  
Masque à oxygène : 6 l/mn  
Arrêter la pompe PCA  
Prévenir le médecin responsable**

### 2° Nausées – vomissements :

- **PRIMPERAN : 1 amp IVD lente 3 à 4 fois par jour**  
OU
- **DROLEPTAN : 0,5 mg en IVD lente**

### 3° Constipation :

- **MOTILIUM : 1 cp 3 fois par jour systématiquement**
- **MOVICOL : 1 sachet 3 fois par jour si besoin**

## INFORMATION AU PATIENT

**Vous allez subir une intervention chirurgicale. Afin de mieux prendre en charge votre douleur, nous pouvons vous proposer une technique efficace : l'analgésie contrôlée par le patient, également appelée PCA.**

La PCA utilise un appareil que votre médecin programme pour soulager votre douleur et vous apporter un maximum de confort. L'appareil est composé d'une seringue qui contient le produit pour calmer la douleur (le plus souvent de la morphine), et d'une pompe électronique que vous commandez par un bouton.

En appuyant sur le bouton pressoir que vous confiera l'infirmière, vous soulagerez vous-même votre douleur en vous administrant votre dose de médicament anti-douleur. L'infirmière passera régulièrement s'assurer que vous vous sentez bien. Si vous vous sentez trop somnolent, ou que votre douleur persiste, n'hésitez pas à lui en parler : elle fera le nécessaire pour que ces désagréments disparaissent.

**Les questions que vous vous posez :**

**1 – Dois-je faire attention à ne pas appuyer trop souvent sur le bouton ?**

Non : la pompe est réglée par le médecin afin d'éviter tout surdosage tout en soulageant votre douleur en toute sécurité.

**2 – Vais-je devenir toxicomane ?**

Non : le risque de dépendance lié à l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés est nul. La morphine et ses dérivés sont utilisés quotidiennement dans le cadre de la prise en charge de la douleur post-opératoire.