

# Service de douleur aiguë

Olivier.m@chu-toulouse.fr

Quintard M.

Delbos A.

Keita Meyer H.



*Comité de Lutte contre la Douleur*

**CLUD**

*Hôpitaux de Toulouse*

# ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE

**8 000 000** de français  
sont opérés chaque année  
**Plus de 90 %** sont susceptibles  
de ressentir des douleurs postopératoires



# FIN 90: DYNAMIQUE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DPO

- **Politique nationale de lutte contre la douleur**

*(Sénateur L Neuwirth, Plan Kouchner...)*

- **Décret n° 93-345 du 15 mars 1993.**

*Décret relatif aux **actes Professionnels** et à l'exercice de la profession d'infirmier.*

*Complété par d'autres décrets (n°2004-11-28-802 du 29/07/2004; n° 2002-1994 de 11/02/2002)*

*Voir site du CNRD ([www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr))*

- **Douleur postopératoire.**

*Recommandation. Délégation à l'Evaluation Médicale. Direction de la Prospective et de l'Information Médicale. AP/HP 1996: 49.*

- **Conférence de consensus:**

*Prise en charge de la **douleur postopératoire** SFAR 1997*

- **Attitude pratique pour le prise en charge de la DPO**

*Conférences d'experts. SFAR, 1999: 34*



# Les dix dernières années ont permis une amélioration considérable de la prise en charge de la douleur postopératoire

- Diffusion large de techniques d'analgésie (PCA -analgésie péridurale - blocs périphériques)
- Meilleure évaluation de l'intensité douloureuse et meilleure surveillance de l'efficacité des traitements antalgiques (EVA - EVS)
- Meilleure organisation des soins et meilleure éducation des personnels soignants (infirmières référentes - CLUD...)

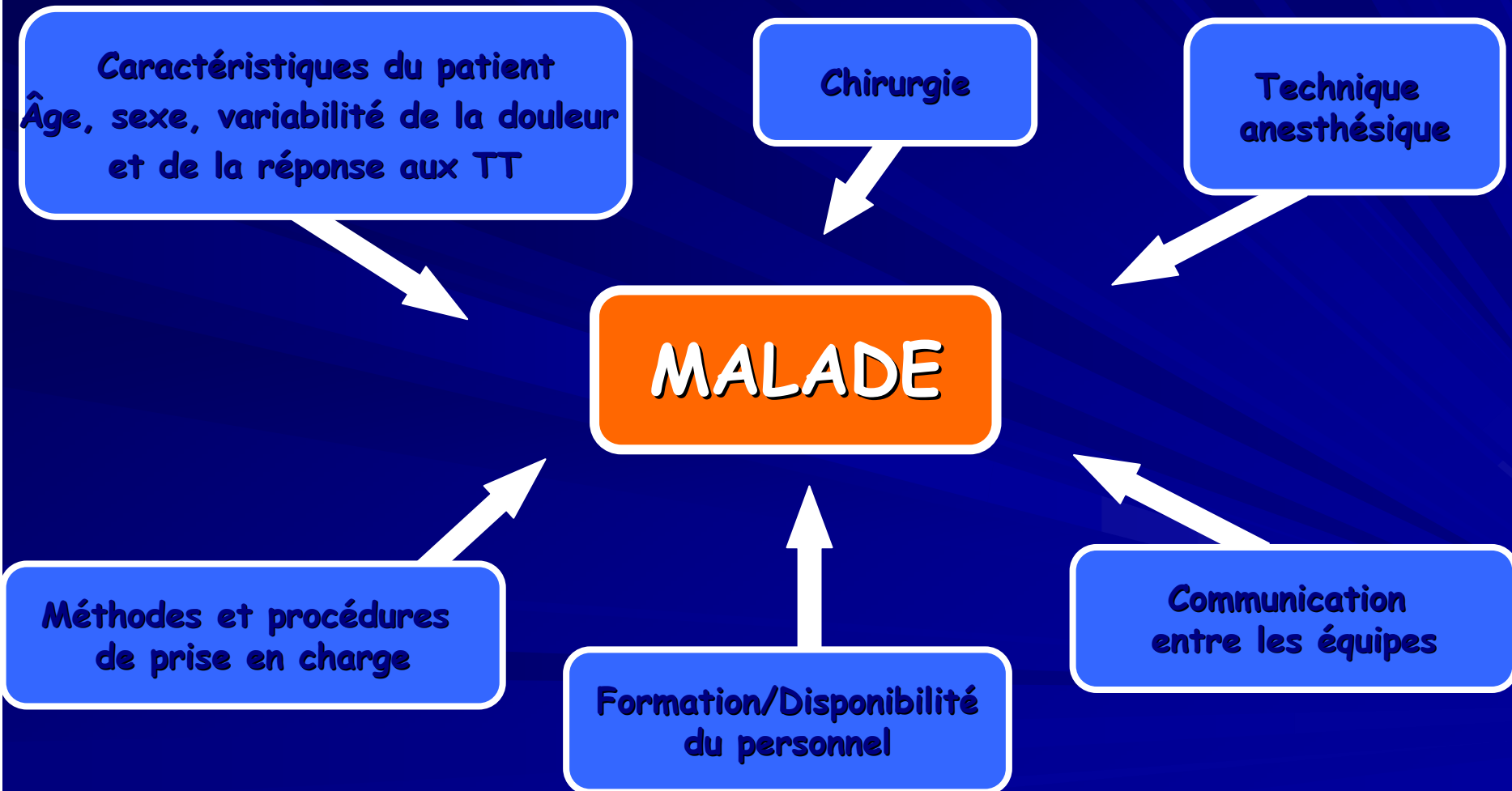


# Bases actuelles de la prise en charge de la DPO

- Programme de prise en charge de la DPO
- Information aux patients
- Formation des infirmières et des médecins
- Définir les protocoles
- Assurer la coordination entre anesthésistes, chirurgiens, pharmaciens...
- Evaluer les traitements
- Evaluer les besoins logistiques (PCA...)



# COMPLEXITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE (DPO)



« La solution au problème de l'inadéquation de l'analgésie postopératoire n'est pas tant dans le développement de nouvelles techniques, mais plutôt dans la mise en place d'une réelle **organisation** .... »

Rawal N, Berggren L. Pain 1994; 57: 117-23.



# MODÈLES DE PRISE EN CHARGE DE LA DPO

## Modèle USA. Acute Pain Service (Anesthesiologist based)

- Ready LB, Anesthesiology 1986
- Weathley RG, BJA 1991

## Modèle Européen. Acute Pain Nurse (Basé/IDE - Supervisé/MAR)

- Rawal N, Pain 1994
- SFAR, Conférence de consensus 1997
- Groupe d'experts 1999





## Modèle USA « APS »



### Equipe

- Un anesthésiste senior
- Un interne
- Une IDE spécialisée
- Un pharmacien
- +/- chirurgien, psychologue, physiothérapeute

### Missions

- Prescription des antalgiques
- Evaluation douleur / effets II
- Développement PCA, APD ⇒  
High Tech
- Formation méd et paraméd
- Rédaction de protocoles



## Modèle USA « APS »



### Fonctionnement

- Visite des patients X 2/j
- Astreinte téléphonique  
24h/24h

### Inconvénients

- S'adresse à 30% des patients
- 100 à 300 €/patients

## Modèle Européen « Basé/IDE-Supervisé/MAR »

### Rôle des IDE référentes

- Lien services/anesthésiste référent
- Formation/conseil auprès des IDE.
- Information des patients
- Recueil données analgésie/effets II
- Gestion du matériel (pompes, KT....)
- Participation aux audits
- Investigation clinique

« La création d'une fonction d'infirmier(e) spécialisé(e) douleur est un facteur essentiel de la réussite du programme de prise en charge de la DPO »  
(Conférence de Consensus 1997)



## Modèle Européen « Basé/IDE-Supervisé/MAR »

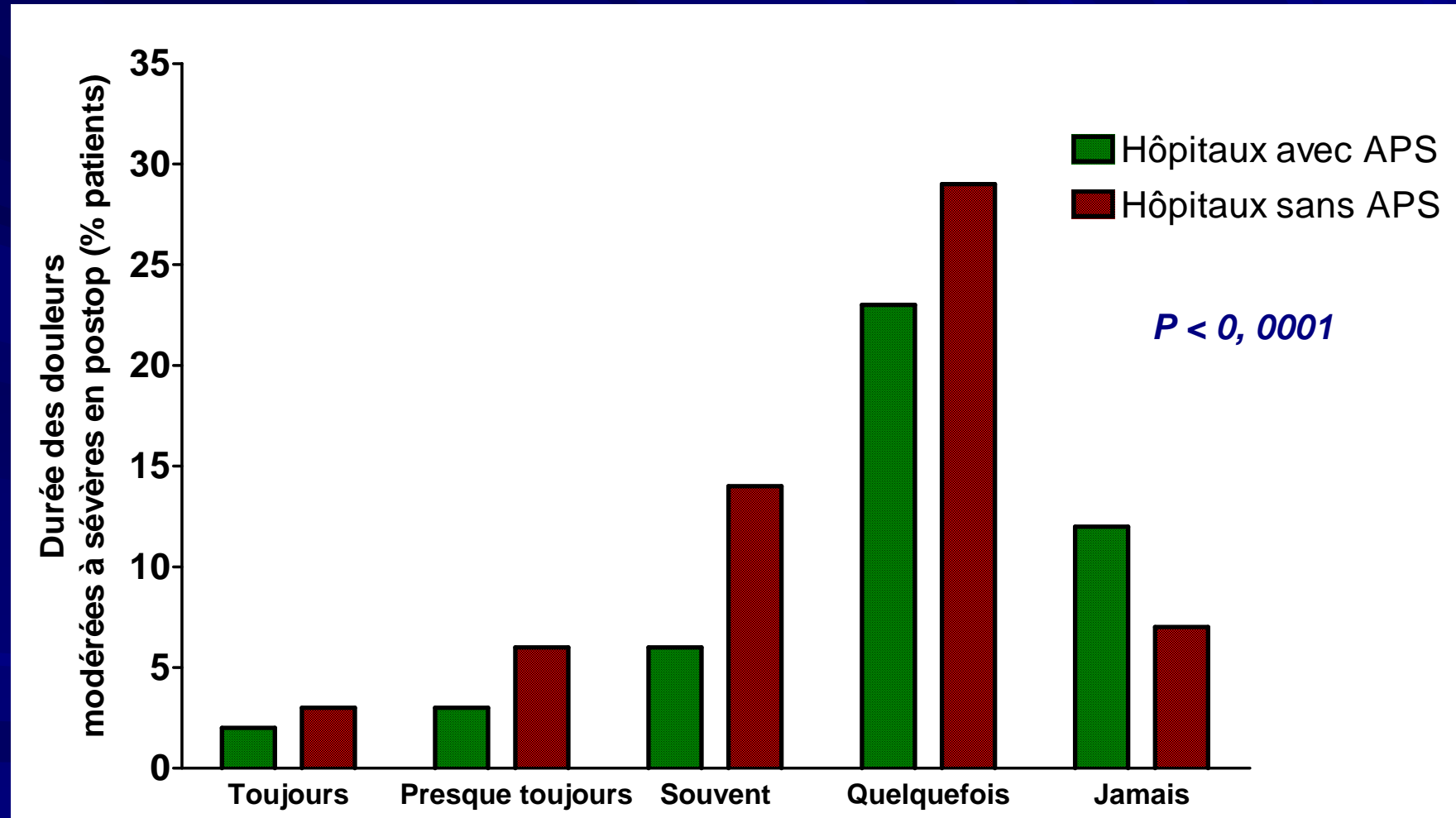
### Fonctionnement

- Visite des services par IDE référente/j
- Ajustement des protocoles par IDE référente
- Evaluation de la DPO / IDE des services
- Implication des MAR, IDE des services dans l'analgésie

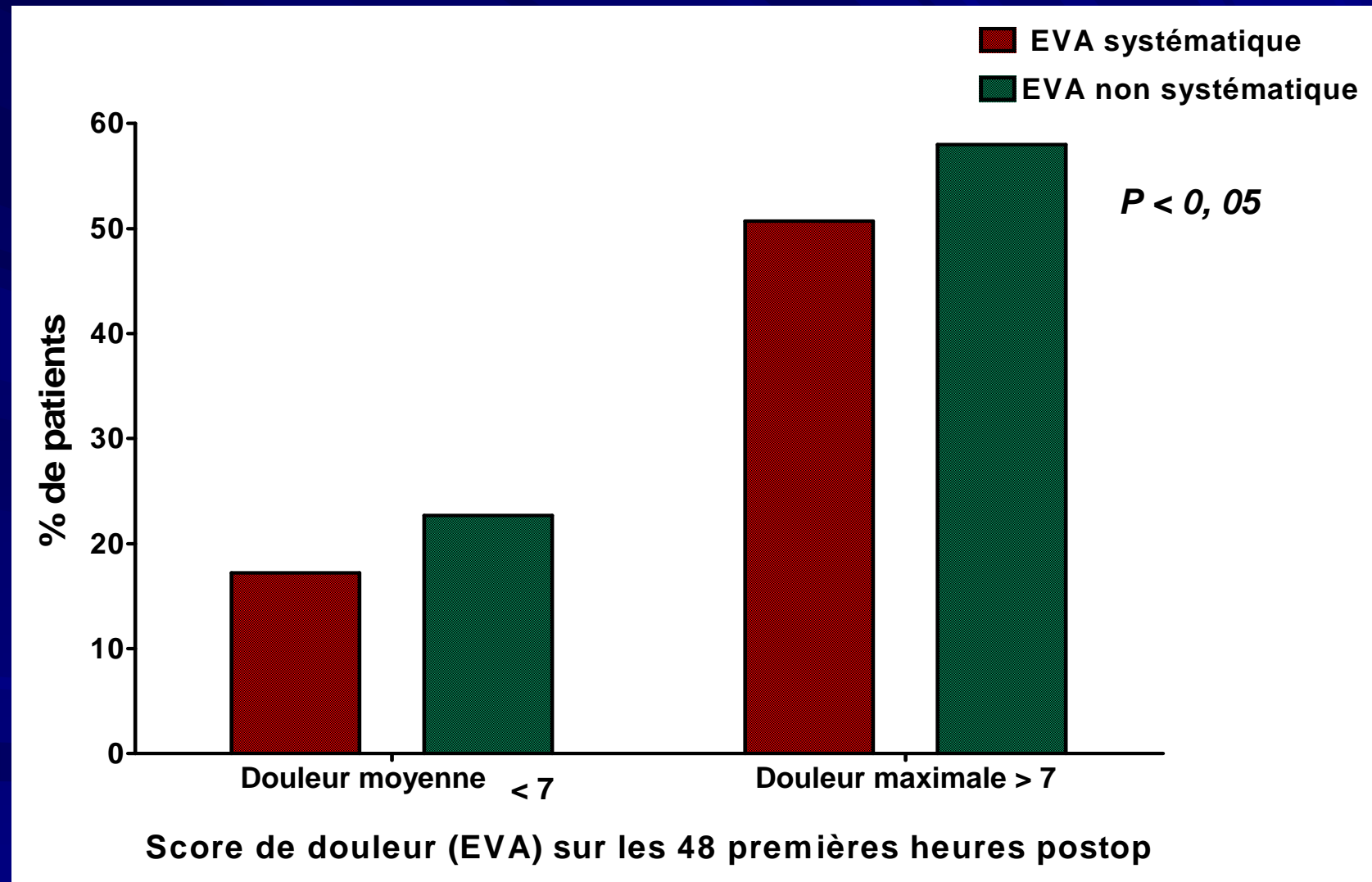
### Avantages

- Tous les patients pris en charge
- 3 à 5 €/patients ⇒ Low cost

# SAPO ou APS : IMPACT SUR LA DOULEUR

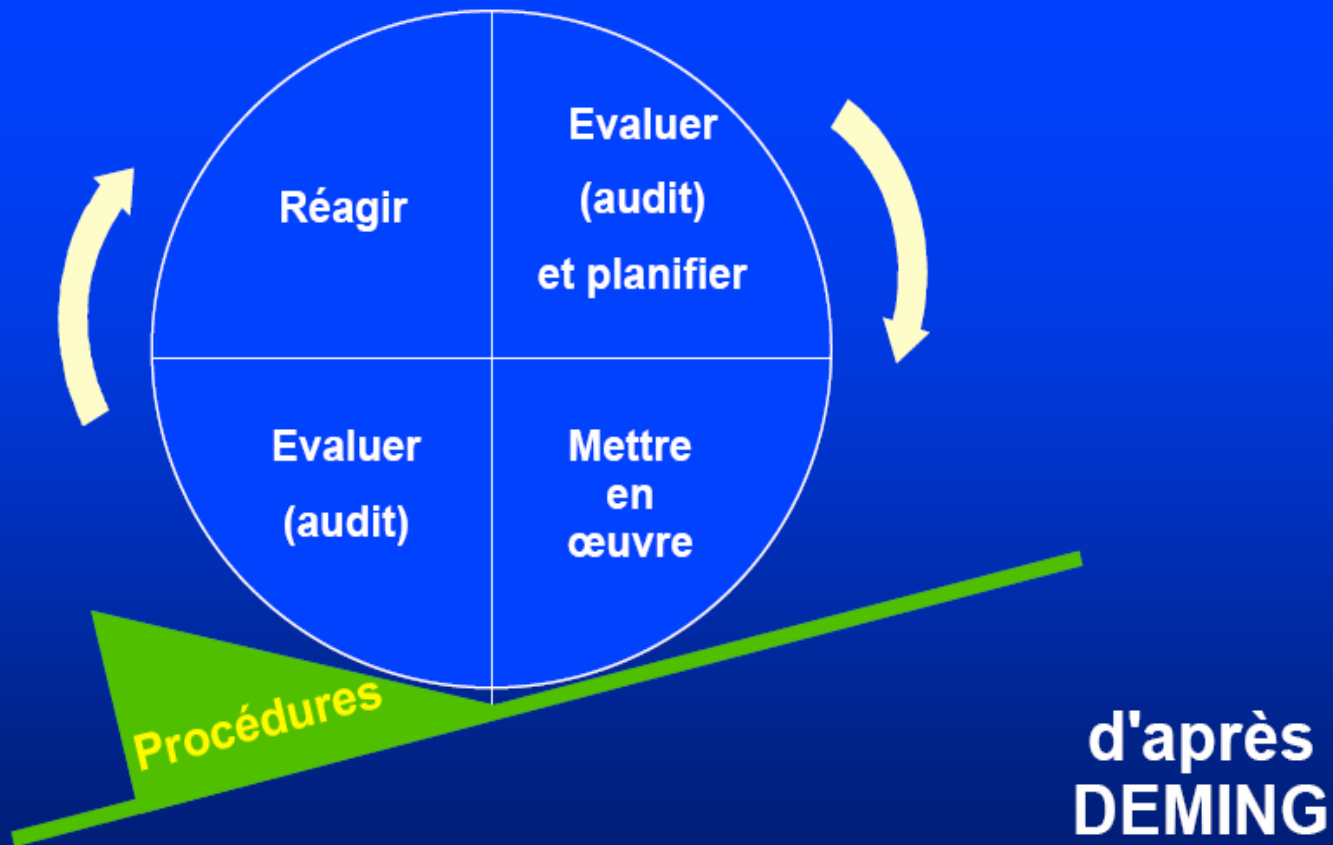


# RÔLE DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET DE SA RETRANSCRIPTION



# LA DÉMARCHE QUALITÉ APPLIQUÉE À LA DOULEUR

## AMELIORATION CONTINUE



# IMPACT D'UN APS + PAQ SUR LA DOULEUR

Indicateur de la douleur	Période Pré (n = 1304)	Période Post (n = 671)	Contrôle à 1 an (n = 408)
- AUC (cm X h)	99 ± 94	59 ± 69*	53 ± 62
- EVA moyen (cm)	1,5 ± 1,4	1,0 ± 1,1*	0,8 ± 0,9 †
- EVA max (cm)	4,8 ± 2,6	3,9 ± 2,5*	3,7 ± 2,5
- Tmax (h)	8,2 ± 12	8,2 ± 13	9,1 ± 14
- PEVA > 3 (h)	11,9 ± 16,3	5,2 ± 10,2*	4,7 ± 9,1 †
- Durée douleur (h)	39 ± 25	28 ± 22*	29 ± 22

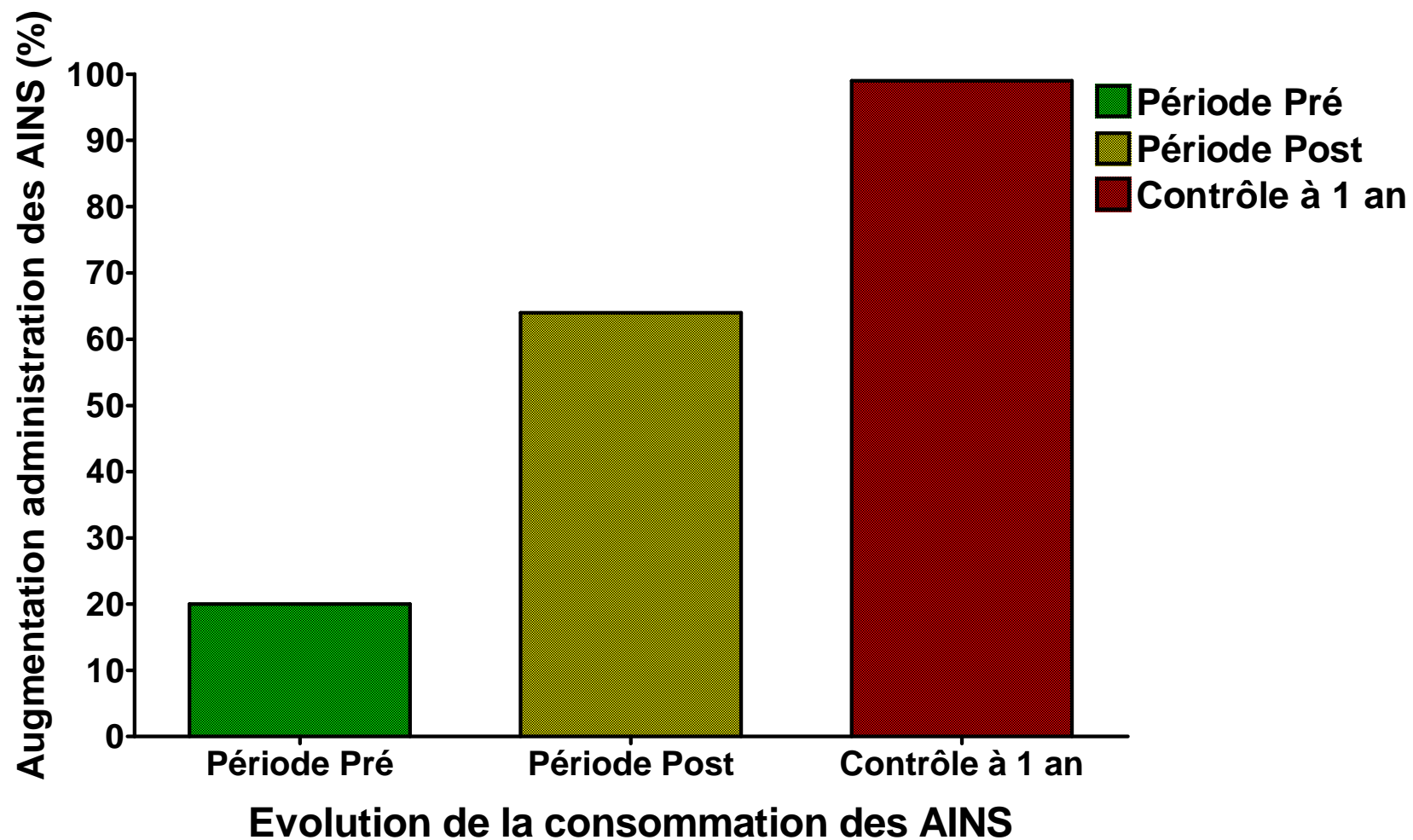
AUC = aire sous la courbe; EVA max = pic de l'EVA; Tmax = temps d'EVA max; PEVA > 3 = persistance d'une EVA > 3; Durée douleur = période pendant laquelle le patient a ressenti une douleur (EVA>0).

\* P < 0.0001; † P < 0.05 (Période Post vs Pré et Contrôle vs Post)





# IMPACT D'UN APS + PAQ SUR LA CONSOMMATION D'ANTALGIQUE



# APS DANS LE FUTUR

« Intégration des APS dans des programmes multimodaux de réhabilitation postopératoire.

Sinon, la survie des APS peut être menacée en raison des contraintes économiques actuelles et l'exigence de prises en charge rentables ... »

Werner MU et al. *Anesth Analg* 2002; 95: 1361-72



# CREATION D'UNE UNITE DE DOULEUR AIGUE AU CHU DE TOULOUSE PURPAN

... pour commencer !

- **Objectif** : promouvoir et développer la prise en charge de la douleur aiguë sur le CHU de Toulouse
- **Quelle base ?** Une unité de douleur aiguë (UDA) avec fonctionnement transversal sur les différents services de l'hôpital : chirurgie, médecine, urgences, réanimation...



# CREATION D'UNE UNITE PILOTE DE DOULEUR AIGUE

## ■ Quelle organisation ?

Une équipe douleur mobile fonctionnant les jours ouvrables de 8h à 18h

## ■ Composition de l'équipe douleur mobile

Un binôme → IADE spécifiquement formé à la douleur (DU Douleur)

→ MAR référent douleur



# CREATION D'UNE UNITE PILOTE DE DOULEUR AIGUE

## ■ Rôle de l'équipe douleur (1)

- Résoudre des problèmes difficiles de douleur sur appel des services
- Participer à la mise en place d'une stratégie d'amélioration de la PEC de la douleur aiguë au sein du CHU (apport de certaines techniques anesthésiques efficaces sur la douleur : ALR....)



# CREATION D'UNE UNITE PILOTE DE DOULEUR AIGUE

## ■ Rôle de l'équipe douleur (2)

- Assurer la gestion et organiser l'entretien du matériel spécifique de douleur (PCA, infuseurs...)
- Participer à la formation continue douleur de l'ensemble des acteurs des services
- Participer à la recherche douleur au sein du CHU

Travail en liaison avec le



du CHU de Toulouse



# CREATION D'UNE UNITE PILOTE DE DOULEUR AIGUE

## ■ Modalités d'intervention dans les services

- Sur demande du service
- Sur initiative de l'équipe UDA dans le cadre d'un suivi de patient
- Systématique pour les patients ayant une PCA jusqu'au relais par antalgiques per os (... jusqu'à autonomie des services par rapport à l'utilisation des PCA)



# CREATION D'UNE UNITE PILOTE DE DOULEUR AIGUE

## ■ Principes de prise en charge d'un patient

- Analyse douleur et contexte par IADE
- Appel MAR par IADE pour discussion cas clinique
- Possibilité intervention MAR auprès du patient





# CREATION D'UNE UNITE PILOTE DE DOULEUR AIGUE

## ■ Principes de prise en charge d'un patient

- Proposition écrite d'un schéma thérapeutique au médecin du service après réflexion avec le MAR référent douleur
- Validation de cette proposition thérapeutique par signature du médecin du service



# RETOUR D'UNE MINI EXPERIENCE DE 3 MOIS

## ■ Services demandeurs pendant la durée de l'expérience

- Hématologie
- Rhumatologie
- Chirurgie digestive
- Traumatologie
- Dermatologie
- Urgences
- Soins palliatifs



## RETOUR D'UNE MINI EXPERIENCE DE 3 MOIS

### ■ Spécificités apportées aux services

- Mise en place de traitements inhabituels  
(Kétamine, antiépileptiques, neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques)
- Mise en place de techniques spécifiques  
(PCA, MEOPA, TENS, ALR)
- Pratique de l'hypnose médicale
- Formation des équipes à l'analyse de la douleur, techniques d'analgésie, prévention de la douleur induite



# RETOUR D'UNE MINI EXPERIENCE DE 3 MOIS

## ■ Autres avancées :

- Réorganisation de la gestion de PCA pour permettre une utilisation plus optimale (**Pools PCA**)
- Mise en place d'un **logiciel de gestion** des PCA utilisable par l'ensemble de l'hôpital et disponible sur le site Intranet du CLUD : <http://intranet/pca/>
- Mise à disposition de matériel spécifique (TENS)
- Mise en place de protocoles spécifiques (Ex : prot. kétamine)
- Création d'une dynamique d'amélioration de la prise en charge de la douleur induite sur les urgences : enquête, protocoles



*« La difficulté de réussir ne fait qu'ajouter  
à la nécessité d'entreprendre »*

Beaumarchais



Je vous  
remercie...

