



**Améliorer l'analgésie des  
patients hospitalisés?  
C'est possible!**

[olivier.m@chu-toulouse.fr](mailto:olivier.m@chu-toulouse.fr)  
[sallerin.b@chu-toulouse.fr](mailto:sallerin.b@chu-toulouse.fr)

## Évaluer la douleur

Ce questionnaire permet d'évaluer vos sensations de douleur. Imaginez l'intensité de la douleur que vous ressentiriez dans chacune des situations décrites. Estimez cette intensité avec l'échelle des sensations et placez le chiffre correspondant dans la case R en face de chaque situation. Si votre score total est supérieur à 55, vous êtes plus sensible à la douleur que la moyenne de la population générale.

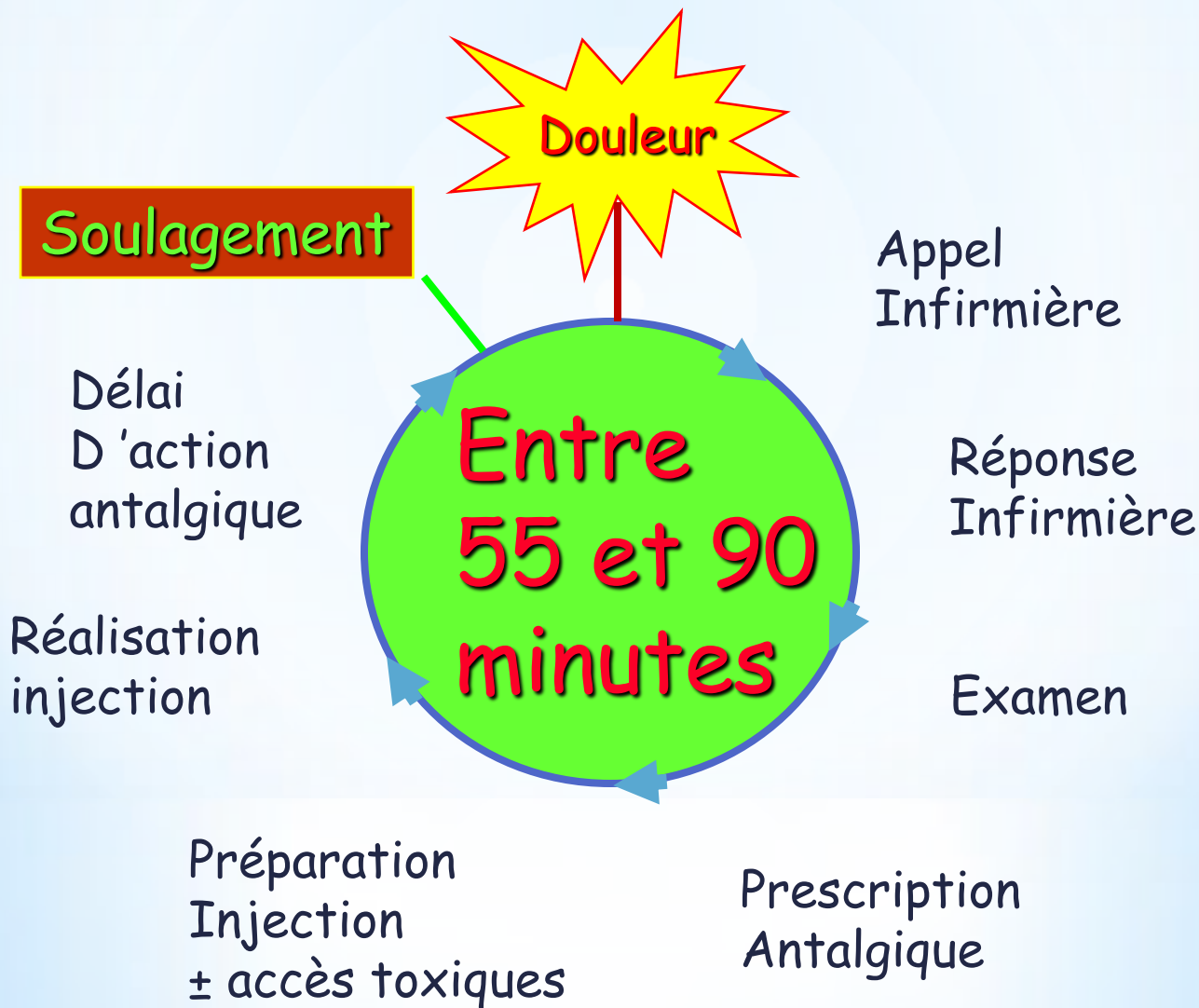
Situations	R
Le dentiste fore une de vos dents sans l'endormir.	
Mes sinus sont bouchés.	
Le dentiste examine mes dents au cours d'un examen de contrôle.	
J'ai marché pieds nus sur un morceau de verre tranchant.	
Je me mords la langue.	
J'ai une poussière dans l'œil.	
Mes doigts sont coincés dans une portière de voiture.	
Je suis couché dans la même position sur un matelas dur pendant une heure.	
J'ai fait une chute de deux mètres dans les escaliers.	
Je suis piqué par un moustique.	
Un médecin examine ma gorge lors d'une consultation de contrôle.	

### Échelle des sensations

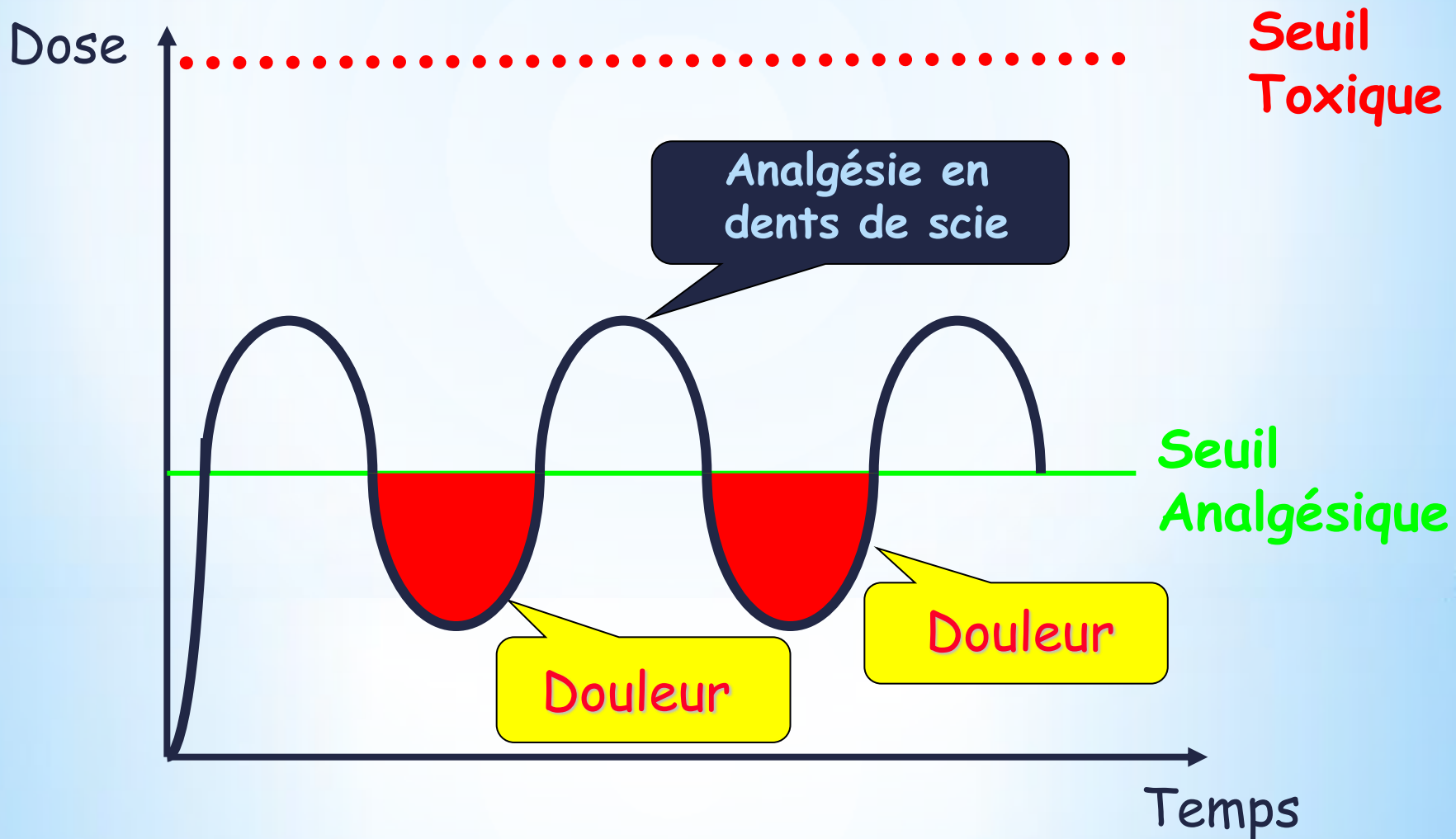
- 1 = indifférent
- 2 = légèrement gênant
- 3 = désagréable
- 4 = douleur très légère
- 5 = légère douleur
- 6 = douloureux
- 7 = nettement douloureux
- 8 = extrêmement douloureux
- 9 = douleur atroce
- 10 = la pire des douleurs

\* La douleur :  
Sommes  
nous égaux?

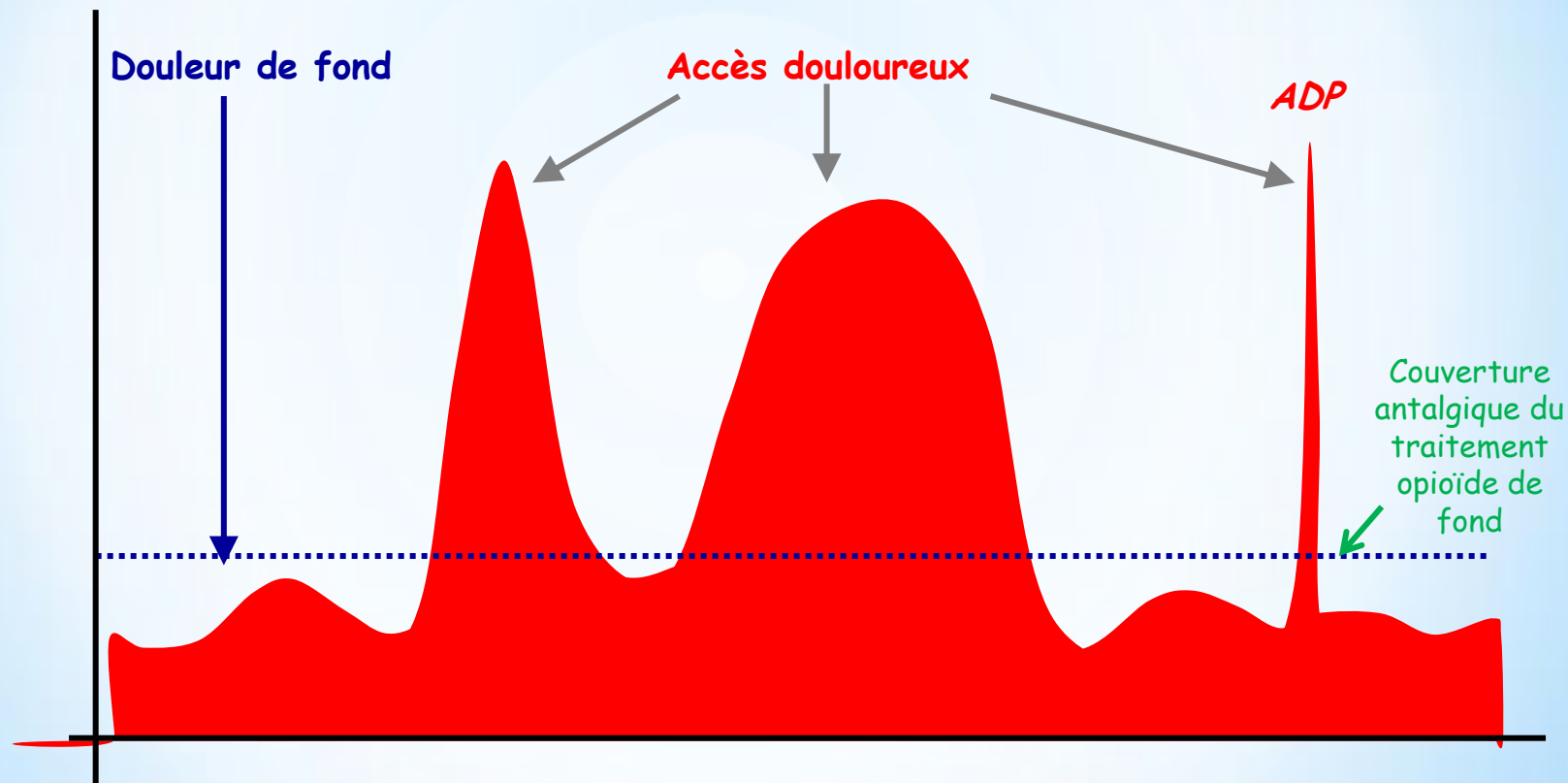
# \* Analgésie à la demande!



# \* Douleur et immuno-modulation!



# \* Accès douloureux en cancérologie



« Exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère, chez des malades présentant des douleurs persistantes habituellement maîtrisées par un traitement opioïde de fond »

# \* Une réflexion à partir d'une analyse

- \* Chirurgie de l'épaule (coiffe des rotateurs)
- \* Même chirurgien
- \* **Certains patients en ambulatoire**
  - Ordonnance et information donnée à la consultation d'anesthésie : Paracétamol, AINS, antalgique de niveau 2 et en recours antalgique de niveau 3 (Oxycodone LI et LP pour 5 jours)
- \* **D'autres patients en hospitalisation traditionnelle**
  - Même prescription qu'en ambulatoire sur ORBIS
- \* Evaluation des analgésies et satisfactions respectives

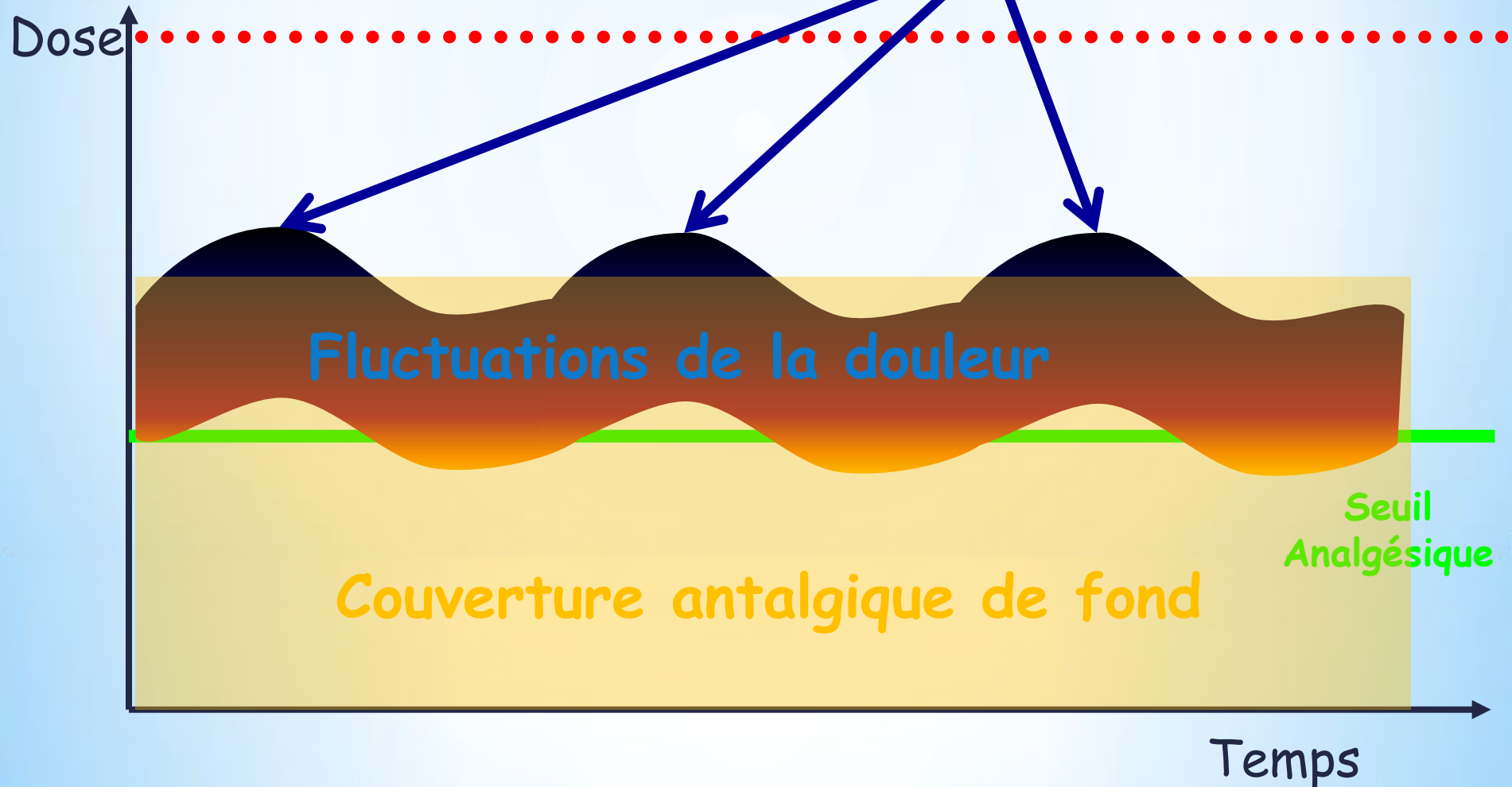
Quels patients ont été le mieux analgésié  
et le plus satisfait ?

**Ceux en ambulatoire ! Pourquoi ?**

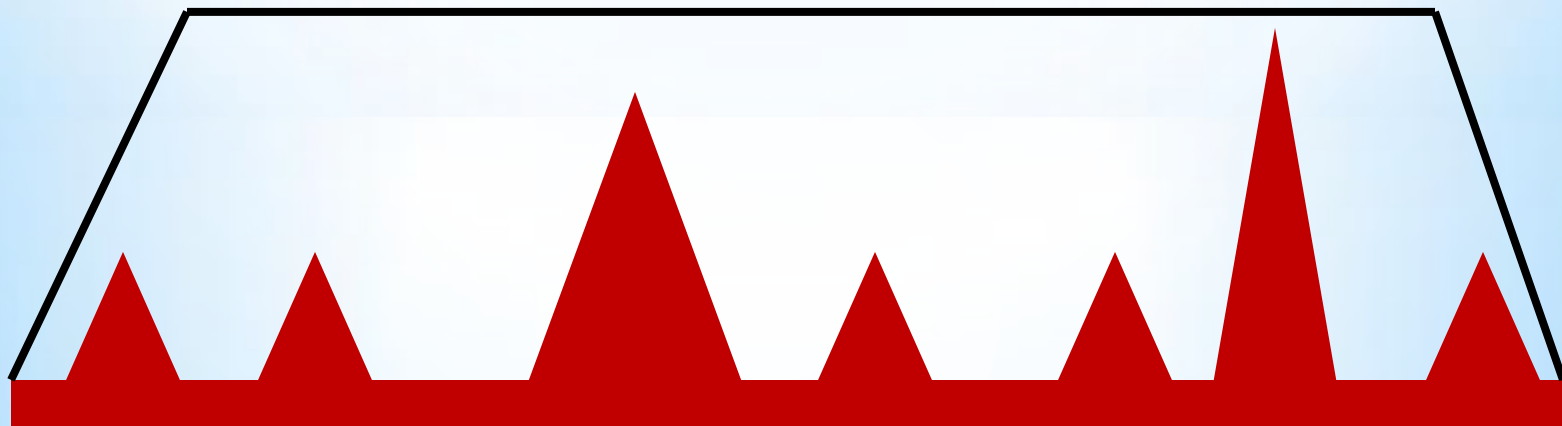
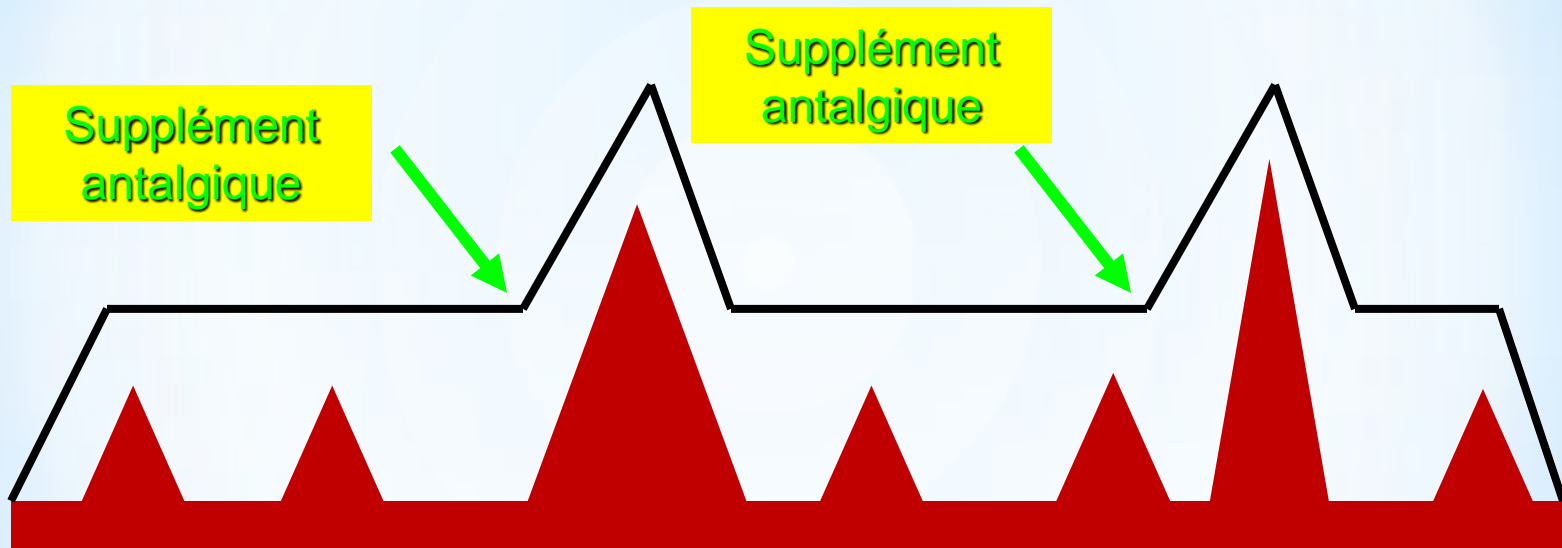
# \* Intérêt des interdoses !

## Besoin d'interdoses

Seuil  
Toxique



# \* Anticiper les pics de douleur induite, couvrir le nycthémère





# \* Changement de paradigme

\* Patient assisté et dépendant de la disponibilité et de la volonté du personnel soignant



- \* Patient autonome, responsabilisé
- \* Soignant : éducateur, vérificateur, traceur

# \* PdV : précurseur !

- \* Sujet discuté au sein du groupe de travail sur la sécurisation du circuit du médicament à PDV mais préoccupation ancienne
- \* **Objectif : rendre autonomes les patientes vis-à-vis de leur traitement médicamenteux**
  - Education thérapeutique
  - Durées d'hospitalisation courtes

Suite de couches :  
réhabilitation  
précoce  
post  
césarienne

Grossesses à Haut Risque :  
patientes  
autonomes

# \* La situation actuelle

## GHR :

- piluliers préparés par SF la nuit
- médicaments distribués **par anticipation** lors **des 3 tournées de soins**

- Matin → traitement du midi
- Après-midi → traitement du soir
- Soir → traitement du lendemain matin

## SDC :

- pas de pilulier
- Préparation médicaments lors de chaque tour sur le chariot
- médicaments donnés **par anticipation** :

- Matin → traitement du midi
- Après-midi → traitement du soir
- Soir → traitement du lendemain matin



**Traçabilité des prises médicamenteuses a posteriori**  
**Pas de support laissé à la patiente**  
**Evaluation autonomie de prise non tracée**

# Piluliers

## mise à disposition des patientes

# \* L'autonomie des patientes est-elle possible?

\* Arrêté 6 avril 2011 : « *Il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament **en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement** »*

- Mise à disposition des traitements conditionnée par **la prescription**
- **Aucune exclusion de classes médicamenteuses**

\* Guide DGOS Février 2012

# \* Gestion de l'administration (DGOS)

Administration du médicament  
 Ou aide à la prise du médicament (patient non capable, ni autonome, ni compliant)  
 Ou autoadministration précisées sur la prescription médicale ou mentionnées dans le projet de soins  
 Vérification de la prise du médicament

le, il est recommandé :

- d'expliquer au patient et à son entourage l'objectif, l'utilité et les bénéfices des thérapeutiques, les effets indésirables et la manière dont ils peuvent être prévenus et/ou traités ; ces informations permettront au patient de mesurer les conséquences possibles de ses choix ;
- en cas de prescription hors AMM, d'expliquer que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus, des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament » et des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite » ;
- de préciser le déroulement du traitement (durée, doses, modalités d'auto-administration, modalités de prise par rapport aux repas ou à l'organisation de la journée ...) ;
- de rappeler au patient l'intérêt de l'observance du traitement en matière d'efficacité et de

➤ de préciser le déroulement du traitement (durée, doses, modalités d'auto-administration, modalités de prise par rapport aux repas ou à l'organisation de la journée ...) ;



lisée

# \* Les Pré-requis

- \* Protocole médical
- \* Evaluation de l'autonomie des patientes et traçabilité dans le dossier médical
- \* Information claire des patientes
- \* Sécurisation des piluliers

# \* Suite de couches : Protocole réhabilitation précoce des césariennes

- \* Recommandations de Bonne pratique de l'HAS (mars 2014) : sorties maternité après accouchement
  - Sortie précoce AVB < 72h
  - Sortie précoce césarienne < 96h
  
- \* **Objectif : amélioration et optimisation de la prise en charge de la douleur**
  - Protocole élaboré par les équipes d'anesthésie et d'obstétrique du CHU
  - Condition : évaluation de l'autonomie et adhésion de la patiente
  
- \* **Mettre en place sans délai un traitement antalgique per os**
  - Éviter les contraintes liées à la voie IV
  - Autogestion de la douleur par la patiente : autonomie, pas de délai d'attente
  - Permettre aux mères d'être en capacité de s'occuper de leurs Nouveau-nés rapidement et dans de bonnes conditions



# \* Exemple au CHU de Montpellier

## \* Interrogation de la cellule juridique concernant l'autogestion des traitements par les patientes

- Essai clinique montrant l'intérêt d'une autogestion du traitement antalgique par les patientes : prises médicamenteuses facilitées, meilleure satisfaction
- Prescription informatisée et Pilulier préparé par la pharmacie pour 12h
- Validation du protocole

## \* Saisie de l'ARS

- Rappels des conditions de l'autogestion
  - Evaluation autonomie
  - Information des patientes
  - Accord, adhésion et participation des patientes
  - Sécurisation de la mise à disposition des traitements
  - Aide des patientes si besoin
- Réponse positive

## Conclusion

Le protocole de réhabilitation précoce après césarienne proposé par le CHU de Montpellier est conforme à la volonté des autorités sanitaires d'une prise en charge optimale de la douleur en toute circonstance.

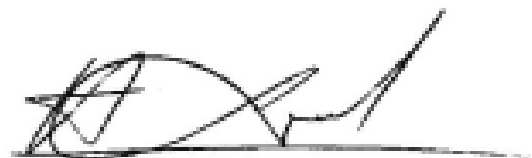
La mise à disposition des traitements aux patients hospitalisés est prévue par les règlements et s'applique sans restriction à toutes les molécules, qu'elles relèvent ou non d'un régime réglementaire spécifique. Les conditions de l'autogestion ont été soigneusement prévues dans le cadre de la mise en œuvre de ce protocole et permettent de garantir la sécurisation de cette dernière.

Les risques éventuels, après analyse, sont très limités.

En revanche, la mise en œuvre de ce protocole est incontestablement bénéfique à deux niveaux :

- Dans le domaine de l'analgésie elle-même pour les femmes césarisées : la prise en charge de la douleur est optimisée et s'avère plus ciblée, mieux graduée et efficace ;
- Dans le domaine de l'autonomisation des mères : en permettant aux mères d'être mieux soulagées tout en récupérant plus rapidement leur autonomie, ce protocole est très clairement favorable à la relation mère/enfant.

L'analyse du rapport bénéfice/risque est largement favorable à ce que ce protocole puisse être mis en œuvre et que les femmes césarisées puissent en bénéficier.



Hélène DOUZAL  
Pharmacien inspecteur de santé publique

Le protocole de réhabilitation précoce après césarienne proposé par le CHU de Montpellier est conforme à la volonté des autorités sanitaires d'une prise en charge optimale de la douleur en toute circonstance.

La mise à disposition des traitements aux patients hospitalisés est prévue par les règlements et s'applique sans restriction à toutes les molécules, qu'elles relèvent ou non d'un régime réglementaire spécifique.

Les risques éventuels, après analyse, sont très limités.

En revanche, la mise en œuvre de ce protocole est incontestablement bénéfique à deux niveaux :

Dans le domaine de l'analgésie elle-même

Dans le domaine de l'autonomisation des mères

L'analyse du rapport bénéfice/risque est largement favorable à ce que ce protocole puisse être mis en œuvre et que les femmes césarisées puissent en bénéficier.

## \* Modalités de mise en œuvre au CHU de Toulouse :

- Évaluation autonomie patiente + traçabilité dans le dossier
- Information de la patiente dès la consultation d'anesthésie ou gynécologique (support papier)
- Accord, adhésion et participation de la patiente
- Prescription des médicaments « en pilulier »
- Mise à disposition du pilulier
  - Pilulier réalisé par les SF (nuit) pour 24h
  - Doses unitaires identifiables : paracétamol, ketoprofène, Acupan + **Actiskénan 10mg** (1 gélule)
  - Prescription dans le dossier médical + prescription remise à la patiente
- Traçabilité des prises médicamenteuses lors des tours des SF

*a posteriori*

Rehabilitation post-opératoire après césarienne <i>Note d'information aux patientes</i>
On vous a proposé un protocole de réhabilitation post-opératoire précoce après césarienne. Voici ce que vous devez savoir :
* Dans la grande majorité des cas, la sonde urinaire peut être retirée et la voie veineuse obtenue à la sortie de la SSI. Ainsi, vous n'aurez ainsi plus de perturbation ni de poche à urines au retour dans la chambre.
* Si tout va bien la reprise des boissons et de l'alimentation se fait dès le retour dans le service. Dès le premier repas, un plateau normal vous est proposé.
* Le premier lever se fait à partir de la 6 <sup>ème</sup> heure après la naissance. A cette occasion, on vérifie votre capacité à marcher spontanément. Dans le cas contraire, un sondage vésical évacuateur peut être nécessaire.
* Vous pourrez vous occuper de votre bébé mais vous serez aidée au début par l'équipe de suites de couches.
* Si l'état de votre enfant nécessite une prise en charge en néonatalogie, il sera possible de vous rendre à ses côtés dans ce service, en fonctionnel roulant, entre la 6 <sup>ème</sup> et la 10 <sup>ème</sup> heure après la naissance.
* Pour améliorer votre autonomie et votre capacité à vous occuper de votre enfant, il faut prendre le traitement contre la douleur très régulièrement aux heures des repas et au coucher. N'hésitez pas à demander à l'équipe soignante le traitement « de secours » si la douleur est mal contrôlée.
* Pendant le séjour, la présence de votre conjoint ou d'un accompagnant proche est conseillée.
Prenez à acheter des tickets de sortie (lit et petit déjeuner) et ou des tickets repas qui devront être remis à l'administrateur du service des suites de couches le plus tôt possible pour permettre de commander les plats des repas accompagnants.
* Pour votre confort, si vous en possédez un, vous pouvez apporter votre coussin de grossesse ou d'allaitement.
* La durée habituelle du séjour, si tout va bien (Maman et bébé), est de 4 jours. Elle peut être réduite à 3 jours si vous le souhaitez et que les médecins ne s'y opposent plus. Les sorties se font avant la fin de naissance.
* Un traitement antiscabot pour vous être prescrit en fonction de vos antécédents ou des circonstances de la césarienne. Le port de bas ou de chaussettes de contention est conseillé pendant 6 semaines après la césarienne.

## ORDONNANCE PATIENTE

ETIQUETTE  
PATIENTE

Date :

Nom et signature du prescripteur



MATIN

MIDI

SOIR

NUIT

--	--	--	--

Antalgique  
supplémentaire  
Si besoin



Je me lave les mains avant de prendre mes médicaments



Je ne prends QUE les médicaments qui me sont délivrés par la sage femme du service



Je respecte la prescription du médecin



Je signale tous mes antécédents médicaux, allergies, pour être soignée le mieux possible



Je n'hésite pas à poser toutes les questions qui me viennent à l'esprit



Je préviens l'équipe si je ne me sens pas bien après avoir pris un médicament



Je fais attention à bien ranger mon pilulier dans le tiroir de la table de nuit pour protéger mes enfants

# \* Sécurisation du stockage

Affichage dans  
la chambre



# \* Formalisation de la démarche

\* Procédure rédigée

\* Qui fait quoi?

	THEME	PAR QUI
1	Je vérifie l'autonomie de la patiente et ses capacités de compréhension et le trace dans le dossier médical	Prescripteur
2	Je l'informe des modalités de mise en place du pilulier et je recueille son adhésion quant à son autonomie de prise en charge de ses traitements pendant l'hospitalisation	Prescripteur
3	Je vérifie si elle prend un traitement personnel, je dialogue avec elle sur la poursuite de celui-ci pendant l'hospitalisation et je le trace dans le dossier médical	Prescripteur
4	Je vérifie que les médicaments prescrits dans le pilulier ne sont pas contre indiqués (pour l'autonomie) selon la liste pré établie	Prescripteur
5	Je rédige la prescription sur les feuilles vertes et la retranscrit sur la feuille à destination de la patiente intitulée « Ordonnance patiente »	Prescripteur
6	Je prépare le pilulier pour 24h à partir de la prescription et de l'ordonnance patiente	Sage-femme
7	Je remet à la patiente le pilulier et l'ordonnance patiente avec les consignes de sécurité et d'hygiène. Je lui explique comment prendre ses médicaments et les consignes de sécurité.	Sage-femme
8	Je vérifie les prises médicamenteuses par contrôle du pilulier et interrogatoire de la patiente lors des tours du matin et du soir. Je les trace sur la feuille de prescription médicamenteuse du dossier médical.	Sage-femme
9	En cas de modification du traitement, je rédige la nouvelle prescription sur la feuille verte et la retranscrit sur l'ordonnance patiente	Prescripteur

Validé par le comité scientifique de la COMEDIMS

# \* La réalité...

- \* Difficile d'évaluer le besoin réel des patients en matière d'analgésie
- \* Une analgésie de qualité participe à la réhabilitation précoce
- \* Il y a une volonté des autorités sanitaires
- \* La mise à disposition des traitements est prévue par la réglementation sans restriction de classe
- \* Les risques sont très limités
- \* La mise à disposition des antalgiques est bénéfique :
  - En matière d'analgésie (d'immunomodulation)
  - En matière d'autonomisation des patients
- \* Le rapport bénéfice/risque est largement favorable
- \* C'est faisable : Montpellier, PdV...



## \* Réflexion du CLUD du CHU de TOULOUSE

### ■ **Changement de paradigme**

Patient assisté → Patient acteur de sa réhabilitation

Soignant dispensateur → Soignant éducateur, vérificateur, traceur

## \* Quels patients? Quels services ?

- Patients autonomisables
- Sur prescription médicale protocolisée
- Maternité, Orthopédie-Traumatologie, Oncologie...

Je vous  
remercie...



Et si nous en parlions!