

La douleur, les opiacés, les recommandations : l'ABCD pour s'y retrouver

Sylvie Bouchard

Introduction

À la suite de l'avalanche de recommandations portant sur les analgésiques opiacés, notamment après la publication du rapport du coroner Ramsay faisant suite au décès de Paul Buisson, émises dans les circulaires ministérielles de 2006 et afin d'assurer un suivi de la visite du Conseil canadien d'agrément (CCASS) de 2004, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), constitué de l'Hôpital Saint-François d'Assise, de l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), a entrepris une démarche afin que soient mises en place des actions concrètes visant à mieux encadrer l'analgésie dans son établissement. On a posé un constat de variabilité dans l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur et de la sédation entre des unités de soins ou services d'un même hôpital, ou entre hôpitaux, et entre les différents professionnels. Cette situation a été identifiée comme pouvant porter préjudice aux patients et interférer dans la continuité des soins et la transmission d'informations entre les médecins, infirmières, pharmaciens et autres professionnels et retarder la prise en charge de la douleur.

Les directions cliniques du CHUQ ont donc convenu d'actualiser et d'harmoniser les approches en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur afin d'assurer une pratique sécuritaire et une dispensation de soins conforme et de qualité.

Difficultés et enjeux

Le tableau I illustre les différents obstacles et enjeux que la mise sur pied de ce comité a rencontrés. La plus grande difficulté consiste à assurer un soulagement efficace de la douleur des patients dans un environnement sécuritaire, tant pour le patient que pour tout le personnel soignant mis à contribution. Comme ce dernier est regroupé physiquement dans trois installations distinctes, avec des habitudes et des cultures différentes, il est essentiel de planifier soigneusement les changements.

Tableau I : Difficultés et enjeux

Assurer la sécurité des patients quant à l'administration des opiacés tout en leur assurant un soulagement optimal.

Assurer le suivi des différentes recommandations provenant des instances suivantes : OIIQ, MSSS, rapport de coroner, PGTM du CHUQ, CMQ, OPQ.

Uniformiser la pratique relative aux mesures d'évaluation et à la documentation.

Intégrer ces changements simultanément à d'autres changements dans l'organisation.

Assurer la faisabilité de ces changements pour en favoriser l'adhésion de tous les acteurs concernés.

Le mandat

Afin d'améliorer le processus de gestion de la douleur et de favoriser l'administration sécuritaire des analgésiques opiacés, le comité s'est donné un mandat qui a été appuyé par les différentes instances décisionnelles de l'établissement. Ce mandat est présenté au tableau II.

Tableau II : Le mandat du comité

Déterminer les lignes directrices en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur de même que l'évaluation de la sédation dans le contexte du CHUQ.

Proposer et assurer la mise en oeuvre d'un plan d'action pour faire suite aux recommandations émises par les diverses instances.

Coordonner les diverses actions et assurer l'harmonisation des pratiques de soins et l'utilisation de différents outils ou formulaires consignés dans le dossier médical.

Proposer ou concevoir des outils de soins assurant une pratique sécuritaire en matière de suivi de la douleur (ex : protocoles de surveillance, feuille d'enregistrement systématique, mesures de prévention, interventions en cas de détérioration, etc.)

Proposer des stratégies ou moyens de développement ou de consolidation des compétences professionnelles de même que des activités de formation continue.

Contribuer à des activités d'appréciation de la qualité du processus d'évaluation et du soulagement de la douleur.

Déterminer le contenu d'une formation générale s'adressant à tous les professionnels de la santé visés par le soulagement de la douleur.

Bien que le comité encourage les initiatives de tout un chacun, la coordination des actions touchant de près ou de loin l'administration d'opiacés devient nécessaire afin que la vision adoptée demeure le point de mire : toutes les idées locales doivent être regardées avec un potentiel de généralisation et d'exportation, les avantages méritant d'être partagés par tous. Évidemment, les stratégies adoptées devront être enseignées et évaluées adéquatement.

Les responsabilités du comité-aviseur

Le comité doit s'assurer que les recommandations qui émaneront de ses travaux auront toutes les chances d'être concrétisées. C'est pourquoi le comité assume les responsabilités qui sont présentées au tableau III. Il va de soi qu'une évaluation des ressources nécessaires à la réalisa-

Sylvie Bouchard, B.Pharm., M.Sc., M.B.A., est pharmacienne et adjointe au chef du Département de pharmacie à l'Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec

tion du mandat doit se traduire par l'obtention de ces ressources.

Tableau III : Les responsabilités du comité

Identifier et obtenir les ressources nécessaires à la réalisation du mandat.

Élaborer un plan d'action pour le suivi des recommandations et fixer avec l'ensemble des personnes concernées un échéancier de réalisation.

Déterminer les rôles, responsabilités et tâches des différents membres du personnel soignant pour la mise en place du suivi des recommandations.

Définir les grands principes directeurs relatifs à la prise en charge et à l'évaluation de la douleur dans le CHUQ.

Développer un plan de communication efficace.

Assurer la coordination de l'ensemble des travaux relatifs au suivi des recommandations.

Définir le système de mesure, les mécanismes de rétroaction et les indicateurs de suivi ou de monitoring et s'assurer de leur mise en place.

Faire rapport aux directeurs cliniques.

La composition du comité-aviseur

Pour que soit mis en œuvre le plan d'action, le comité doit avoir une bonne représentativité. Tant les infirmières que les médecins et pharmaciens sont touchés par la gestion des analgésiques opiacés. L'avancement des travaux a nécessité l'ajout d'un intensiviste et d'un gériatre au groupe initial. Afin que les solutions proposées rassemblent le plus grand nombre d'acteurs, nous avons formé un comité central auquel se sont adjoints d'autres professionnels pour former des groupes de travail « de terrain ». Le tableau IV démontre la composition du comité central.

Tableau IV : Composition du comité aviseur

Infirmières cliniciennes spécialisées	chirurgie, soins intensifs, pédiatrie
Chef d'unité de soins	un répondant par site
Adjointe à la directrice des soins infirmiers, secteur du développement clinique, de l'enseignement et de la recherche	
Médecins	anesthésiologie, chirurgie, pédiatrie, urgence, soins palliatifs, gériatrie, intensivothérapie
Pharmaciens	Une gestionnaire et une clinicienne

Mode de fonctionnement

Le comité se réunit une fois par mois. Lors de la première rencontre, il a été convenu d'établir deux plans d'action, soit un à long terme, comportant des échéanciers allant jusqu'à deux ans, et un à court terme, pouvant être mis en place en quelques mois. Pour ce dernier, quatre objectifs ont été fixés, soit :

- Diffuser une échelle d'évaluation de la douleur commune dans le CHUQ ;

- Revoir les modalités d'ordonnances des opiacés dans le CHUQ ;
- Réévaluer les outils de surveillance déjà en place selon les normes recommandées d'inscription dans les dossiers ;
- Identifier la clientèle pour qui l'administration des opiacés présenterait des risques.

Afin de respecter l'échéancier prévu, nous avons nommé un responsable pour chacun des objectifs ciblés et formé des groupes de travail élargis en sollicitant la participation d'autres professionnels. Le fonctionnement des groupes et la fréquence des rencontres sont variables d'un groupe à l'autre.

En règle générale, un groupe de travail revoit la littérature scientifique sur un sujet donné et rédige un document de travail qui circule entre les mains de plusieurs personnes concernées, tant des membres du comité que d'autres professionnels interpellés. À la réception des commentaires, le comité-aviseur discute, modifie et entérine le document. Celui-ci est ensuite envoyé aux chefs de départements pour qu'il circule parmi leurs membres. Ces derniers peuvent toujours émettre leurs commentaires ou soumettre leur questionnement. On peut ainsi croire qu'un tel processus favorise la consultation générale et diminue la résistance aux changements en cours d'implantation.

Le mode de communication favorisé est l'internet, tant pour la convocation des rencontres que pour les échanges de documents. L'ordre du jour est sensiblement toujours le même, chaque groupe faisant rapport de l'état d'avancement de ses travaux. Un bref compte-rendu est rédigé et distribué aux membres ainsi qu'aux directeurs cliniques comme élément de communication.

Les difficultés rencontrées

Nous avons sollicité les chefs de départements et services ciblés pour l'identification d'un de leur membre comme représentant d'une spécialité médicale. En raison de la fréquence des rencontres départementales, plusieurs semaines se sont écoulées avant la délégation de certains médecins, retardant le début des travaux.

Le sujet est suffisamment d'actualité pour intéresser le corps médical. Bien que les médecins se sentent directement interpellés, la plus grande difficulté est de les convaincre de s'asseoir une fois par mois à une table pour prendre des décisions non pas individuelles, mais reflétant le groupe qu'ils représentent (par ex. au nom de la chirurgie). De plus, la variabilité des horaires de chacun rend la chose encore plus difficile. Afin de contourner cette difficulté, puisqu'il est important d'obtenir des avis médicaux, nous avons sollicité plusieurs médecins, à qui nous avons acheminé les documents de travail, pour obtenir leurs commentaires. Cette façon de faire fonctionne très bien.

La plus grande difficulté demeure cependant la transmission de l'information. Bien que plusieurs actions soient entreprises afin de favoriser la communication, il semble que l'information ne se rende pas toujours jusqu'aux

équipes médicales. Ce problème demeure entier à ce jour et plusieurs solutions sont actuellement en discussion pour pallier cette situation.

Les éléments facilitateurs

Lorsqu'on touche la corde sensible des erreurs de médicaments et de la sécurité des patients, il est relativement facile d'obtenir l'écoute des différents interlocuteurs. Une modification de la culture de gestion des analgésiques opiacés ne se fait pas sans bouleverser des comportements désuets. Il était donc très important d'avoir l'aval de tous les comités stratégiques de l'établissement, en plus de faire connaître la naissance de ce nouveau comité. La démarche a donc été présentée au comité de gestion des risques, au comité des regroupements des différents types de patients et au comité consultatif de la direction générale (tous les chefs de départements cliniques et directeurs de l'établissement). Nous avons reçu l'appui de tous les membres de ces comités, dont celui du directeur de l'enseignement, qui désire qu'une formation soit dispensée aux résidents sur l'intranet du CHUQ. Plusieurs d'entre eux ont même fait des recommandations formelles de soutien à nos travaux. Enfin, un point d'information a fait l'objet d'un échange d'idées lors d'une réunion du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement.

Trois mois plus tard

En date du 22 juin 2007, nous aurons tenu quatre rencontres du comité-aviseur et les différents groupes auront eu de nombreuses séances de travail.

L'utilisation d'une seule échelle de la douleur s'est avérée impossible dans le contexte des soins prodigués à des patients dont les besoins sont très diversifiés. Par contre, à la suite de la révision de la documentation scientifique, nous avons retenu la numérotation 0-10 pour tous les types de patients. Le premier choix de l'échelle de la douleur s'est donc arrêté à l'échelle visuelle analogue dans sa forme pure (sans couleur, sans gradation de la ligne d'évaluation) pour les patients adultes. Afin de répondre aux besoins spécifiques des enfants et des personnes souffrant d'atteinte cognitive, nous avons identifié une deuxième échelle faisant appel au faciès (Faces Pain Scale-Revised). Enfin, pour les suivis à distance et les relances téléphoniques, nous prenons en considération l'échelle numérique. Nous sommes actuellement en train d'élaborer un outil, en collaboration avec le service de graphisme de l'établissement, qui sera distribué dès l'automne à tout le personnel soignant. Cet outil, regroupant les échelles validées présentées précédemment, fera l'objet de séances de formation et d'enseignement. Tous les formulaires pré-imprimés, incluant notamment les protocoles d'analgésie contrôlée par le patient (ACP), de péridurales et les suivis post-opératoires, devront être révisés et corrigés en ce sens.

Le comité-aviseur a entériné et soumis de nouvelles règles d'émission et d'exécution des ordonnances concernant les analgésiques opiacés, règles qui seront incluses dans le document général également en révision. Différentes spécifications relatives à la rédaction des ordonnances s'y retrouvent, notamment :

- la présence d'au plus deux narcotiques actifs au dossier du patient ;
- la priorité donnée à une dose et à un intervalle fixe avec l'emploi d'entredoses au besoin ;
- la précision d'un intervalle entre les doses au besoin ou d'une dose maximale quotidienne ;
- le respect de l'équianalgésie selon les voies d'administration prescrites ;
- L'adoption par le conseil d'administration se fera en septembre prochain.

Travaux à finaliser

Nous sommes en train de valider des données pharmacocinétiques (t 1/2, pic d'action et durée d'action selon la voie d'administration, etc.) tant pour les patients adultes que pédiatriques. Ces données sont regroupées dans un tableau synthèse et elles serviront à la confection des outils de surveillance. Nous proposerons, en septembre prochain, une ordonnance collective pour l'administration du naloxone applicable pour toute ordonnance de narcotique prescrite en dehors d'un protocole approuvé, tel l'APC, de même qu'un protocole d'administration des analgésiques selon l'échelle analgésique de l'Organisation mondiale de la santé.

L'évaluation des outils de surveillance déjà existants va bon train, et deux nouvelles présentations « fusionnées » de l'outil (l'une relative aux adultes et l'autre pédiatrique) s'effectueront à l'automne. Le groupe de travail se penchant sur les patients à risque s'est d'ailleurs joint au groupe précédent en vue d'optimiser la valeur des outils, pour lesquels une consultation du personnel infirmier et médical s'effectuera à l'automne 2007.

Dès août 2007, des documents seront accessibles sur l'intranet de la direction de l'enseignement pour former et informer nos médecins de demain des nouvelles pratiques en vigueur dans l'établissement. Évidemment, un suivi sera assuré auprès des chefs de départements et services ainsi que des différents comités de direction. Un accent particulier sera mis sur la circulation de l'information. Lorsque tous les documents précédemment discutés seront entérinés par l'établissement, un programme de formation sera offert à tout le personnel soignant.

Nous espérons conserver la flamme qui anime les membres du comité-aviseur pour que tous les patients de notre établissement puissent être assurés de recevoir des soins et services adéquats en matière de soulagement de la douleur. Pour toute correspondance :

Sylvie Bouchard

Adjointe au chef du Département de pharmacie
CHUQ, HDQ

11, Côte du palais

Québec (Québec) G1R 2J6

Téléphone : 418 525-4444 poste 16392

Télécopieur : 418 691-2972

Courriel : sylvie.bouchard@chuq.qc.ca