

Évaluation du contrôle de la douleur ainsi que de la satisfaction du personnel infirmier et des mères à la suite de l'implantation d'un programme d'automédication en obstétrique

Manon Arpin, Geneviève Goulet, Florent Goldberg et Régis Vaillancourt

RÉSUMÉ

Historique : L'hôpital Montfort à Ottawa a mis le doigt sur une lacune importante dans ses soins, soit un délai d'attente trop long avant l'administration de médicaments à sa clientèle obstétrique.

Objectifs : Évaluer la mise en application d'un programme d'automédication en obstétrique, évaluer le degré de soulagement des femmes par la prise autonome de médicaments, puis évaluer, au moyen d'un sondage, le degré de satisfaction du personnel infirmier et des mères.

Méthode : Une étude descriptive d'une durée de quatre semaines (du 30 mai au 26 juin 2005) a évalué la conformité de la pratique du personnel infirmier quant à 12 critères distincts inscrits au protocole d'automédication. Pour déterminer le degré de soulagement de la douleur des patientes, nous avons effectué, pour chaque patiente, une compilation des mesures moyennes de l'intensité de la douleur avant et après la prise de la dose d'ibuprofène et/ou d'acétaminophène. Un sondage téléphonique comportant sept questions et un sondage écrit comportant trois questions ont été respectivement effectués auprès de certaines mères et infirmières.

Résultats : Cent quarante-sept dossiers médicaux ont été révisés. Cent vingt-huit (87 %) des mères ont participé au Programme d'automédication. Après quatre semaines, un taux de conformité moyen de 84 % a été obtenu pour 10 critères étudiés. Après neuf jours de collecte de données, on a noté des écarts importants par rapport au Programme d'automédication, et une note de service a été envoyée au personnel infirmier afin d'améliorer quatre points. Quatre-vingt-neuf pour cent ($n = 75$) des femmes ont obtenu un soulagement avec l'absorption d'ibuprofène seul, contre 85 % ($n = 69$) avec l'acétaminophène seul, et 87 % ($n = 49$) avec les deux médicaments combinés. Aucune différence cliniquement significative n'a été détectée entre ces deux médicaments ($p = 0,42$, test de t). Des 35 mères contactées, 94 % ont apprécié le Programme d'automédication et 100 % des 15 infirmières ayant répondu au sondage.

Conclusion : Le taux de conformité moyen étant supérieur à 80 %, ce projet est considéré comme une réussite. Plus de

ABSTRACT

Background: The Montfort Hospital in Ottawa found that obstetric patients were waiting too long to receive pain relief medications. This represented a significant gap in care.

Objectives: To evaluate the implementation of a self-medication program in obstetrics, the degree of pain relief experienced by women using self-medication, and nurses' and mothers' satisfaction with the program by means of a survey.

Method: In this descriptive study, nurses' compliance with 12 practice criteria in the self-medication protocol was assessed over a 4-week period (May 30 to June 26, 2005). To determine the extent of patients' pain relief, the severity of each patient's pain was measured before and after self-administration of ibuprofen and/or acetaminophen doses, and averages were determined. A 7-question telephone survey was administered to some mothers, and a 3-question written survey was administered to some nurses.

Results: One hundred and forty-seven charts were reviewed. One hundred and twenty-eight (87%) of the mothers participated in the self-medication program. After 4 weeks, the mean compliance rate for 10 of the practice criteria was 84%. After 9 days of data collection, important gaps from the self-medication program were noted, and a memo was sent to the nursing staff to improve on 4 points. Eighty-nine percent ($n = 75$) of women obtained pain relief from ibuprofen alone, compared to 85% ($n = 69$) with acetaminophen alone and 87% ($n = 49$) with both medications. No clinically significant difference was observed between the 2 medications ($p = 0.42$, t test). Of the 35 mothers and 15 nurses who were surveyed, 94% and 100%, respectively, appreciated the self-medication program.

Conclusion: With a mean compliance rate above 80%, this project was considered a success. More than 85% of mothers obtained appropriate relief with the medication offered in the program, which indicates that the empowerment conferred

85 % des mères ont obtenu un soulagement approprié avec la médication offerte dans le Programme, ce qui démontre que l'autonomie ainsi accordée répond au besoin d'une forte proportion de mères.

Mots clés : automédication, obstétrique, douleur, ibuprofène, acétaminophène

Can J Hosp Pharm 2006;60:19-27

INTRODUCTION

Le soulagement de la douleur représente un défi de taille en milieu hospitalier c'est-à-dire la capacité d'offrir un médicament au moment opportun et d'adapter les doses au seuil de la douleur des patients¹⁻⁴. Divers programmes d'automédication ont d'ailleurs été créés dans les établissements de santé afin, entre autres, de combler ce délai d'attente quant aux heures d'administration des médicaments⁴⁻⁷. De nos jours, il existe de tels programmes en réadaptation, en cardiologie, en néphrologie, en gériatrie, etc.⁸. En plus de favoriser l'autonomie des patients, ces programmes d'automédication mettent l'accent sur l'acquisition par les patients de connaissances sur les médicaments, sous la supervision de professionnels de la santé^{5,7,8}.

La clientèle obstétrique est une population idéale pour profiter d'un tel programme, car elle est jeune, généralement en bonne santé, et elle souhaite se rétablir rapidement afin d'être en mesure de prendre soin du nouveau-né^{1-3,5,6}. Un nombre croissant d'hôpitaux offre désormais ce service en obstétrique^{1-3,5,6,8,9}; un projet qui, d'ailleurs, existe depuis 1959 dans certains établissements américains et où la participation d'un pharmacien en obstétrique y a été décrite depuis 1973^{5,8}.

Plusieurs outils administratifs existent afin d'aider les institutions hospitalières canadiennes à améliorer la qualité de leurs services, dont le « Hospital Report Card » et le Sondage de satisfaction de la clientèle hospitalisée. C'est à la faveur de ces évaluations que l'hôpital Montfort a noté une lacune quant aux délais d'attente trop longs avant l'administration de médicaments dans son Département d'obstétrique¹⁰. Cet hôpital communautaire de 200 lits est en pleine expansion et verra le nombre d'accouchements passer de 1400 à 2200 par année d'ici juin 2007 en raison de l'arrivée de quatre obstétriciens transférés d'un hôpital voisin.

Soucieux d'améliorer la gestion du contrôle de la douleur après un accouchement, le centre familial des

by the self-medication program meets the needs of a high proportion of mothers.

Key words: self-medication, obstetrics, pain, ibuprofen, acetaminophen

naissances de l'hôpital Montfort a mis en place un programme d'automédication afin de permettre aux femmes ayant accouché de gérer elles-mêmes l'administration de leurs médicaments.

La présente étude comporte donc trois volets : (1) l'évaluation de la mise en application du Programme d'automédication quant au respect des consignes rattachées au protocole d'automédication, (2) l'évaluation du degré de soulagement de la douleur des femmes par la prise autonome de médicaments, et enfin (3) l'évaluation du degré de satisfaction du personnel infirmier et des mères au moyen, respectivement, d'un sondage écrit et téléphonique.

MÉTHODE

Description du Programme d'automédication

Le Programme d'automédication a été mis en place à l'hôpital Montfort à partir du mois de mai 2005 et résulte d'une collaboration entre le Département de pharmacie, le personnel infirmier et les obstétriciens du Centre familial des naissances. Le Programme a fait l'objet de consultations auprès des membres du personnel et a obtenu l'approbation du Comité de périnatalité, du Comité pharmacie-soins infirmiers, du Comité de la gestion des risques, du Comité pharmacothérapeutique et du Conseil des médecins.

Le médecin traitant prescrit le Programme d'automédication sur le formulaire d'ordonnance « post-partum » pré-imprimé à toutes les femmes ayant accouché par voie vaginale ou par césarienne. Une femme qui accouche par césarienne entreprend le Programme d'automédication lorsque l'ordonnance d'anesthésie est échue soit entre 12 et 24 heures après la naissance. Une femme admise par l'intermédiaire d'une sage-femme ne participe pas au Programme, car elle quitte l'hôpital quelques heures après la naissance du bébé.

L'infirmière évalue ensuite si la mère est admissible au Programme d'automédication d'après les critères



suivants : la mère est (1) apte à lire, à écrire et à comprendre le français ou l'anglais ; (2) exempte d'histoire d'abus de médicaments ou de drogues ; (3) exempte de contre-indication aux médicaments fournis dans le cadre du Programme d'automédication (voir tableau 1) et est (4) physiquement apte à suivre le Programme. Une mère qui est exclue du Programme recevra les mêmes médicaments, mais ceux-ci lui seront administrés par l'infirmière.

La présence d'allergies ou de contre-indications à un médicament n'élimine pas automatiquement la mère du Programme. Elle demeure admissible si l'infirmière retire le médicament en cause de la trousse d'automédication.

La mère qui accepte de participer signe un formulaire de consentement qui sera, par la suite, inséré dans son dossier médical. L'infirmière lui présente alors la trousse d'automédication qui contient de l'acétaminophène, de l'ibuprofène et du lait de magnésie en comprimés, un feuillet d'information sur les médicaments de même qu'un tableau d'enregistrement des doses. Toute documentation écrite remise à la mère est bilingue (français/anglais) et a été révisée par le personnel infirmier pour s'assurer de la conformité du contenu. L'infirmière met la mère au courant de l'indication, de la posologie et des effets secondaires possibles des médicaments et lui explique comment remplir le tableau d'enregistrement des doses.

La mère doit inscrire sur ce tableau le nombre de comprimés ingérés, l'heure d'administration et l'intensité de la douleur avant et de 30 à 60 minutes après la prise de médicament. Une échelle numérique de la douleur graduée de 0 à 10, où 0 indique « aucune douleur » et 10 « la pire douleur imaginable », est utilisée afin de

vérifier le degré de soulagement de la douleur de la mère et de guider l'infirmière pour une meilleure utilisation possible des médicaments. Cette échelle est imprimée à deux endroits, soit sur le tableau d'enregistrement des doses et dans le feuillet d'information. La mère est également avisée de conserver les médicaments dans sa table de chevet et hors de la portée des enfants et des visiteurs. Notons que les médicaments fournis dans la trousse d'automédication sont servis dans des contenants à fermoirs de sécurité. Chaque médicament est enveloppé dans un sachet unidose et inséré dans un contenant sur lequel une étiquette a été apposée avec l'inscription du nom du médicament, de la posologie et de la quantité servie.

Tout au long de l'hospitalisation et à chaque quart de travail, l'infirmière vérifie la prise de médicament par la mère, évalue le soulagement de la douleur et vérifie si elle utilise bien le tableau d'enregistrement des doses. Lors de sa dernière tournée du quart de travail, l'infirmière appose sa signature sur le tableau, à l'endroit désigné.

À son départ, la mère remet à l'infirmière le tableau dûment daté et signé, qui est ensuite inséré à son dossier médical. Elle quitte l'hôpital en emportant le feuillet d'information à l'intention de la mère et la médication restante si tel est le cas. Le formulaire de consentement et le tableau d'enregistrement des doses sont conservés au dossier médical lors de l'archivage.

Déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive d'une durée de quatre semaines (du 30 mai au 26 juin 2005) sur

Tableau 1. Contre-indications et précautions à prendre quant aux médicaments prescrits dans le cadre du Programme d'automédication

	Acétaminophène 325 mg	Ibuprofène 200 mg
Recommandation thérapeutique	1 à 2 comprimé(s) aux 4 heures au besoin si la douleur est légère	2 comprimés aux 4 heures au besoin si la douleur est modérée
Contre-indications	Allergie confirmée à l'acétaminophène	Allergie confirmée à l'ibuprofène (Advil, Motrin), à l'acide acétyl salicylique (ASA), au naproxène (Naprosyn) ou à tout autre anti-inflammatoire non stéroïdien
Précautions	Effets secondaires survenus avec l'acétaminophène Insuffisance hépatique	Effets secondaires survenus avec un anti-inflammatoire non stéroïdien Prise régulière d'un anticoagulant (ex : warfarine, daltéparine) Insuffisance rénale ou hépatique Asthme grave et actif, polype nasal Hypertension, insuffisance cardiaque Antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères Antécédents de saignements anormaux



l'implantation d'un programme d'automédication en obstétrique et pour laquelle le Comité de recherche et d'éthique de l'hôpital Montfort a donné son approbation.

L'hôpital Montfort est un établissement de santé de courte durée comprenant 20 lits d'obstétrique-gynécologie. En 2004-2005, on note 1278 accouchements dont 22,3 % par césarienne. L'équipe d'obstétrique-gynécologie est composée d'environ 50 infirmières (à temps complet et à temps partiel) et d'une équipe médicale de neuf obstétriciens-gynécologues.

L'étude a été réalisée avec la collaboration d'une pharmacienne et d'une étudiante en pharmacie de 3^e année. La pharmacienne a développé les politiques et procédures du Programme, les feuilles d'ordonnance, le feuillet d'information à l'intention de la mère et s'est occupée de la formation du personnel infirmier, tandis que l'étudiante en pharmacie s'est chargée de la collecte de données et du sondage téléphonique.

Toutes les infirmières du Département (environ 40) ont reçu une formation de groupe ou individuelle d'une durée de 45 minutes pour se familiariser avec le Programme d'automédication, et cela, une à deux semaines avant le début de l'implantation du Programme. Ces séances de groupe ont eu lieu à trois reprises, soit les 23, 29 et 31 mars 2005, afin que le personnel travaillant sur tous les quarts de travail puisse bénéficier de la formation. Ensuite, du 11 avril jusqu'à la fin du mois de mai 2005, les infirmières étaient invitées à sélectionner quelques patientes pour les introduire progressivement dans le Programme et, finalement, les faire toutes participer après environ une semaine de pratique et d'ajustement de leur charge de travail.

Évaluation du respect des consignes du Programme

La collecte de données a débuté sept semaines après l'implantation du Programme d'automédication dans l'unité de soins. L'étudiante en pharmacie a révisé quotidiennement (du lundi au vendredi) les dossiers médicaux des mères ayant accouché et quitté l'hôpital dans les dernières 48 heures. Dans le cadre du premier volet de l'étude, elle a évalué la conformité de la pratique du personnel infirmier quant au respect des consignes du Programme d'automédication à l'aide de 12 critères distincts. Ceux-ci portent sur le respect des critères d'admissibilité au Programme, la vérification de contre-indications aux médicaments présents, l'inscription des données sur le tableau d'enregistrement des doses par la mère (heures d'administration, nombre de comprimés ingérés, mesure de l'intensité de la

douleur), la présence du tableau signé par la mère et inséré au dossier médical à son départ, la présence de la signature des infirmières sur le tableau de la mère, cela à la fin de chaque quart de travail durant l'hospitalisation de la mère, et la présence, dans le dossier médical, du formulaire de consentement.

De plus, tous les matins de la semaine, pendant les 28 jours qu'a duré l'étude, l'étudiante en pharmacie a comptabilisé les nouvelles admissions de la veille ou de la nuit. De façon aléatoire et suivant un ratio 1 : 1, une première moitié de femmes hospitalisées ont reçu, dans leur chambre, la visite de l'étudiante qui a vérifié si les médicaments étaient conservés à l'intérieur de la table de chevet et si le tableau d'enregistrement des doses était visible sur la table de chevet.

Sondage de satisfaction

L'autre moitié des femmes hospitalisées a été sollicitée pour répondre à un sondage téléphonique comportant sept questions fermées, appelant des réponses de type « oui/non », une à deux semaines après avoir quitté l'hôpital. Ces questions portaient sur l'opinion générale de ces mères quant au Programme (médicaments offerts, quantité, soulagement) et quant au matériel écrit qui leur avait été remis (le feuillet d'information et le tableau d'enregistrement de doses). Ce questionnaire a été révisé par des pharmaciens bilingues pour s'assurer d'un contenu identique. Alors qu'elles étaient encore hospitalisées, les mères ont consenti à l'avance et par écrit à répondre à ces questions.

Un sondage écrit a également été remis aux infirmières lors de la dernière semaine d'évaluation. Il comportait trois questions fermées énoncées en français, appelant des réponses de type « oui/non ». Il portait sur leur degré de satisfaction de la formation reçue, sur l'opinion générale qu'elles avaient du Programme et sur leur degré de satisfaction quant à l'autonomie accordée à la mère pour la gestion de la douleur. Ce sondage était anonyme et reposait sur une participation volontaire.

Sachant qu'il y a environ 30 accouchements par semaine à l'hôpital Montfort, nous poursuivions l'objectif de revoir 80 dossiers pendant les quatre semaines qu'a duré la période d'évaluation et de visiter entre 30 à 40 femmes dans leur chambre d'hôpital. Si l'ensemble des consignes du protocole étaient respectées à plus de 80 %, l'implantation du Programme pouvait être considérée comme une réussite.

Évaluation du soulagement de la douleur par les participantes

Pour déterminer le degré de soulagement de la douleur, nous avons effectué, pour chaque patiente, une



compilation des mesures moyennes de l'intensité de la douleur avant et après la prise d'ibuprofène et/ou d'acétaminophène. Seules les mesures complètes (avec valeur pré et postdose) ont été retenues. Aucune analyse détaillée des facteurs confondants, tels l'âge, la femme multipare ou nullipare, l'accouchement vaginal ou par césarienne, la déchirure du périnée, la durée du séjour, etc. n'a été faite en raison de notre objectif général qui consistait à évaluer le soulagement de la douleur apporté par la prise autonome de médicaments.

Analyse statistique

Cette étude comporte surtout des statistiques descriptives. Le test du Chi-carré a été utilisé pour définir les variables catégorielles (par exemple : conforme ou non-conforme) et le test de *t* a été utilisé pour définir les variables continues en présence d'une distribution normale. Toute valeur de $p \leq 0,05$ est considérée comme statistiquement significative. Le logiciel Origin 7,5 (Origin Lab) a été utilisé pour effectuer les calculs et tracer les graphiques.

RÉSULTATS

Du 30 mai au 26 juin 2005, il y a eu 156 accouchements incluant ceux pratiqués par des sages-femmes (4 %). Parmi toutes ces admissions, 147 dossiers médicaux ont été révisés, 43 mères ont reçu notre visite dans leur chambre et 35 mères ont répondu au sondage. Quatre-vingt-sept pour cent des mères évaluées (128/147) ont participé au Programme d'automédication.

Après neuf jours de collecte de données (du 30 mai au 7 juin 2005), nous avons observé d'importantes lacunes. Une intervention non planifiée a été effectuée à la fin de la deuxième semaine de collecte de données par l'envoi d'une note de service destinée au personnel infirmier afin de souligner les points à améliorer : (1) renforcer l'utilisation de l'échelle de la douleur par la mère avant et après la prise de médicaments ; (2) rappeler d'inscrire la date et de faire signer la mère sur le tableau, lors du départ de la patiente ; (3) rappeler aux infirmières de signer le tableau à la fin de chaque quart de travail ; et (4) insérer le tableau d'enregistrement des doses au dossier médical au moment où la mère quitte l'hôpital.

Les résultats reflétant le respect des consignes du Programme d'automédication sont présentés au tableau 2 de façon à ce que nous puissions comparer le pourcentage de conformité des critères à l'étude lors des deux semaines avant l'intervention non planifiée au pourcentage de conformité des critères durant les deux

semaines ayant suivi l'intervention non planifiée.

Le taux global de conformité représentant la moyenne de la somme des pourcentages de conformité des critères étudiés (N° 1 à N° 10) était de 77 % avant l'intervention auprès du personnel infirmier (fin de la 2^e semaine) et de 84 % deux semaines après l'intervention.

Les mères ont reçu en moyenne 4,91 doses d'ibuprofène ($n = 90$), 4,22 doses d'acétaminophène ($n = 81$) et 5 doses des deux produits combinés ($n = 58$) durant leur séjour à l'hôpital, celles qui n'ont rien consommé étant exclues de ces résultats. Aucune mère n'a pris plus de 13 doses.

Que l'acétaminophène et l'ibuprofène aient été utilisés seuls ou combinés, ils ont soulagé la douleur de manière sensiblement comparable ($p = 0,42$). Les mères ont noté une réduction moyenne de l'intensité de la douleur d'environ 2,2 unités sur l'échelle de 0 à 10 après la prise d'un médicament. Le figure 1 démontre que 89 % ($n = 75$) des femmes ont obtenu un soulagement avec l'emploi d'ibuprofène seul, contre 85 % ($n = 69$) avec l'acétaminophène seul, et 87 % ($n = 49$) avec les deux médicaments combinés. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre ces groupes.

Les résultats du sondage téléphonique mené auprès des participantes sont présentés au tableau 3 et celui mené auprès du personnel infirmier, au tableau 4.

DISCUSSION

Les bienfaits de l'existence d'un programme d'automédication en obstétrique sont déjà bien connus. En plus d'éliminer les délais d'attente, ces programmes favorisent l'observance thérapeutique, la transmission de renseignements sur les médicaments et permettent souvent d'en réduire leur consommation^{1-6,8,9}. Greene révèle que l'existence d'un programme d'automédication en post-partum a permis de réduire de façon significative l'emploi de narcotiques après un accouchement par voie vaginale, quel que soit le type d'analgésie pratiqué en ante-partum et qu'il y ait ou non présence de déchirure du périnée ou d'épisiotomie¹¹. Beger rapporte également qu'à la suite de l'implantation d'un programme d'automédication à l'aide d'ibuprofène 200 mg comme seul analgésique, les infirmières utilisent moins fréquemment des narcotiques pour soulager une douleur aiguë et optent d'abord pour un agent non narcotique³.

Respect des critères

Le Département d'obstétrique de l'hôpital Montfort dessert une population multiethnique, dont 9 % de la

Tableau 2. Résultats du respect des consignes du Programme d'automédication

Critères d'évaluation	Compilation des données	
	Avant l'intervention (semaines 1 + 2)	Après l'intervention (semaines 3 + 4)
Admissibilité et participation (nombre, n)		
Mères admissibles au Programme selon les critères établis	67	71
Présence de contre-indications aux médicaments du Programme : allergies ou effets secondaires	2	4
Mères incluses dans l'étude	61	67
# Tableau d'enregistrement des doses (% de conformité)	(n = 61)	(n = 67)
1 Inscription des heures d'administration et du nombre de comprimés ingérés par la mère	100	100
2 Mesure de l'intensité de la douleur avant et après la dose inscrite sur le tableau*	63	78
3 La date et la signature de la mère sont présentes sur le tableau*	62	95
4 Présence de la signature des infirmières à chaque quart de travail (avec heure et initiales)*	28†	60‡
Dossier médical (% de conformité)	(n = 61)	(n = 67)
5 Le formulaire de consentement est identifié au nom de la mère	98	100
6 Le tableau d'enregistrement des doses est identifié au nom de la mère	98	100
7 Tableau d'enregistrement des doses inclus dans le dossier médical de la mère*	85	90
8 Formulaire de consentement inclus dans le dossier médical de la mère	95	100
Visite des mères dans leur chambre d'hôpital (% de conformité)	(n = 21)	(n = 22)
9 Les médicaments sont conservés dans la table de chevet de la chambre	55	50
10 Le tableau d'enregistrement des doses est sur la table de chevet de la mère ou accroché au mur	86	73

*Critères d'évaluation retenus lors de l'intervention.

†45 % des tableaux : il manque 1 signature ; 37 % : il en manque 2 ; 13 % : il en manque 3 et 5 % : il en manque 4.

‡54 % des tableaux : il manque 1 signature ; 42 % : il en manque 2 ; 4 % : il en manque 3 et 0 % : il en manque 4.

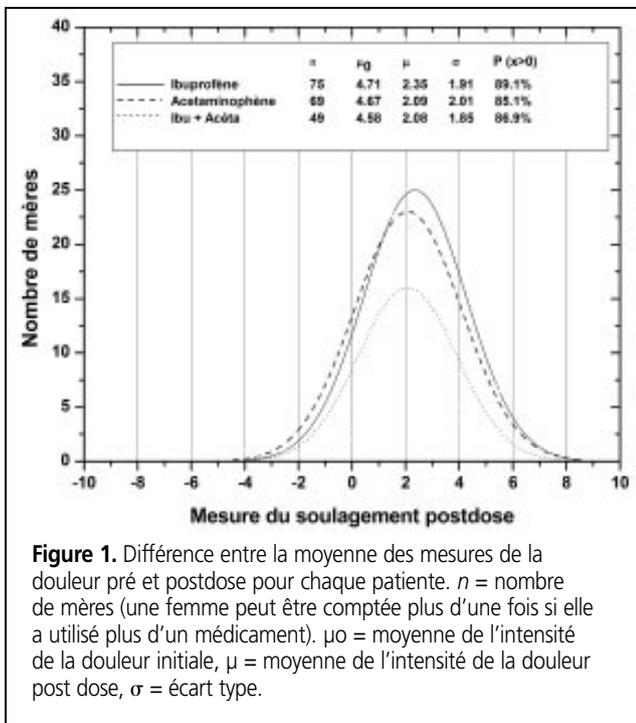
Tableau 3. Résultats du sondage téléphonique mené auprès des participantes au Programme d'automédication

Critères d'évaluation	Nombre (%) de « oui » (n = 35)
Appréciation du Programme d'automédication	33 (94)
Prise de médicaments fournis dans la trousse	34 (97)
Facilité à lire et à comprendre le feuillet d'information pour la mère	35 (100)
Facilité à remplir le tableau d'enregistrement des doses	33 (94)
Médicaments offerts en suffisance	30 (86)
Soulagement de la douleur adéquat	33 (94)
Besoin d'ajout de médicaments dans la trousse	4 (12)

Tableau 4. Résultats du sondage écrit mené auprès du personnel infirmier

Critères d'évaluation	Nombre (%) de « oui » (n = 15)
Formation reçue adéquate	15 (100)
Appréciation du Programme d'automédication malgré l'impact sur la charge de travail	14 (93)
Satisfaction quant à l'autonomie accordée à la mère pour la gestion de la douleur	15 (100)





clientèle parle une langue maternelle différente du français ou de l'anglais. Nos résultats ont démontré que 87 % des mères évaluées ont participé au Programme d'automédication contre 94 % qui y étaient admissibles (138/147). Six femmes en ont été exclues en raison de contre-indications aux médicaments prescrits dans le cadre du Programme. Cependant, certaines mères asthmatiques auraient pu y participer, car elles toléraient la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à leur domicile. L'ordonnance « post-partum » sera révisée pour préciser que seuls les cas graves d'asthme actif devraient en être exclus. Parmi les autres cas d'exclusion, nous retrouvons cinq cas de complications post-partum (hémorragie, toxémie de grossesse) et un médecin de famille accoucheur qui a refusé d'inscrire ses patientes au Programme, car il n'avait pas été préalablement avisé de l'existence du Programme.

Les mères ont inscrit fidèlement le nombre de comprimés ingérés et l'heure d'administration sur le tableau d'enregistrement des doses. Une difficulté est survenue dans l'utilisation de l'échelle de la douleur. En effet, certaines patientes oublient simplement d'inscrire la mesure de la douleur, tandis que d'autres oublient de répéter la mesure 30 à 60 minutes après la prise. Bien que l'intensité de la douleur soit basée sur une évaluation subjective, la fiabilité de l'échelle numérique utilisée dans cette étude peut être comparée à une échelle visuelle analogue ou à une échelle verbale¹². C'est un outil facile d'emploi, qui permet au personnel

soignant d'optimiser le soulagement de la douleur avec les médicaments disponibles à portée de main ou d'administrer de la codéine si elle est prescrite sur l'ordonnance pré-imprimée « post-partum ». L'emploi de codéine après l'accouchement est habituellement réservé aux douleurs plus intenses (déchirure du 3^e ou du 4^e degré, naissance avec forceps), ne répondant pas aux analgésiques de base (acétaminophène et/ou AINS). Les effets secondaires liés à ce médicament, tels la constipation, les nausées, les douleurs abdominales et les étourdissements en limitent son usage. De plus, certaines études rapportent que la codéine seule n'a pas été démontrée plus efficace que le placebo pour soulager les douleurs utérines après un accouchement ou après une épisiotomie¹³. La codéine demeure par contre un narcotique intéressant pour soulager une douleur intermittente aiguë. Le taux de conformité pour l'inscription de la mesure de l'intensité de la douleur est passé de de 63 à 78 % ($p < 0,056$) deux semaines après l'intervention, grâce aux rappels fréquents des infirmières auprès des mères.

Peu de signatures des mères ont été inscrites sur le tableau d'enregistrement des doses à leur départ. Cette signature est exigée pour que la mère valide l'information qui s'y trouve en termes de consommation de médicaments durant son séjour à l'hôpital. De plus, cette feuille est conservée au dossier médical. À la suite de la note de service distribuée après la deuxième semaine, le taux de conformité pour ce critère est passé de 62 à 95 % ($p < 0,001$).

Le critère le moins bien respecté tout au long de cette étude a été l'apposition de la signature de l'infirmière à la fin de chaque quart de travail. En effet, 60 % des infirmières s'y sont conformées lors de la 3^e et 4^e semaines comparativement à 28 % lors des deux premières semaines ($p < 0,001$). Le nombre d'oublis de signatures quantifié par quart de travail a été moindre après l'intervention par note de service (voir légende du tableau 2). La signature de l'infirmière est essentielle au bon fonctionnement du Programme, puisqu'elle atteste une supervision professionnelle de la prise des médicaments par les patientes. Certains inconvénients expliquent le fait que le taux de conformité en ce qui a trait aux signatures des infirmières n'ait pas été supérieur. En effet, le tableau d'enregistrement des doses n'était pas toujours laissé à la vue des infirmières dans les chambres d'hôpital, certaines mères ayant pris l'habitude de le ranger avec les médicaments dans le tiroir de la table de chevet. Nous avons réglé ce problème en fixant le tableau au mur à l'aide d'une pince. Les données personnelles inscrites sur le tableau

demeuraient néanmoins confidentielles, car celui-ci était retourné, le recto contre le mur.

Lors des visites effectuées dans la chambre d'hôpital des mères, la moitié d'entre elles seulement conservaient leurs médicaments dans la table de chevet (55 % avant l'intervention et 50 % après l'intervention). Dans plusieurs cas, les médicaments étaient sortis du tiroir, car les mères venaient tout juste de les prendre. D'autres participantes venaient d'être transférées dans une autre chambre ou venaient de recevoir les instructions au moment de la visite. Le seul fait que l'étudiante en pharmacie aperçoive les contenants de médicaments lors de sa visite entraînait un résultat non conforme. La conservation des médicaments dans la table de chevet est une précaution supplémentaire à prendre, puisque les médicaments sont emballés individuellement, rangés dans des contenants munis d'un fermoir sûr et d'un seau de sécurité. Aucune erreur médicamenteuse n'a été rapportée durant l'étude.

Soulagement de la douleur

Toute prise de médicament (ibuprofène, acétaminophène ou la combinaison des deux) a été efficace pour réduire l'intensité de la douleur initiale moyenne de 4,65 à 2,2 post-dose ($p < 0,0001$). De plus, la comparaison du soulagement de la douleur lors de la prise d'acétaminophène seul ou d'ibuprofène seul n'a pas donné de différence cliniquement significative ($p = 0,42$ test de χ^2). Nos résultats corroborent ceux obtenus dans une étude comparative randomisée à double insu menée auprès de 237 femmes qui ont accouché par voie vaginale avec déchirure du 3^e ou du 4^e degré ou ayant subi une épisiotomie. L'ibuprofène 400 mg a été comparé à l'acétaminophène 600 mg avec codéine 60 mg et caféine 15 mg (Tylénol No 3). Chaque médicament était administré au besoin avec un intervalle minimal de 4 heures entre deux doses lors des premières 24 heures après la naissance, et son efficacité était contrôlée à l'aide d'une échelle visuelle analogue graduée de 0 à 10. On a obtenu respectivement une intensité moyenne de la douleur de 3,4 et de 3,3 dans le groupe ibuprofène et Tylénol No 3^o. Même si la population de l'étude susmentionnée différait légèrement de la nôtre (100 % d'interventions effectuées au niveau du périnée, accouchement vaginal seulement) et qu'elle a eu recours à un agent narcotique avec pouvoir analgésique plus puissant que l'ibuprofène, il n'en demeure pas moins qu'aucune différence significative n'a pu être identifiée entre ces deux agents. Par contre, Schachtel et coll. ont trouvé que l'ibuprofène 400 mg était plus efficace que 1000 mg d'acétaminophène pour réduire la douleur périnéale en

général et pour réduire l'intensité de la douleur au-delà de 50 % de la valeur initiale, et cela, avec un début d'action plus rapide et une plus longue durée d'action¹⁴.

Notre étude comportait plusieurs limites, dont un faible échantillon et une population non définie (absence de données démographiques, d'information sur le type d'analgésie reçue durant le travail, sur le type d'accouchement (voie vaginale ou césarienne), sur les complications post-partum, etc.) Malgré tous ces biais, nous avons pu observer que ces femmes étaient en mesure de gérer elles-mêmes l'administration d'analgésiques et d'atteindre un degré de soulagement satisfaisant quels que soient les médicaments utilisés.

Sondage téléphonique auprès des participantes

Parmi les 35 femmes contactées, 94 % d'entre elles ont affirmé avoir apprécié le Programme d'automédication et avoir obtenu un degré de soulagement adéquat. Cinq mères (14 %) auraient aimé avoir plus de comprimés dans la trousse. Les quantités ont été fixées à 16 comprimés pour l'acétaminophène et l'ibuprofène et à 6 pour le lait de magnésie. Cependant, dès qu'un produit est écoulé dans la trousse, l'infirmière peut fournir un contenant supplémentaire du produit manquant avec le même nombre de comprimés qu'initialement, donc aucune femme n'aurait dû en manquer. Deux mères ont mentionné avoir eu du mal à comprendre le tableau, et 12 % auraient aimé inclure l'un des produits suivants dans la trousse d'automédication : Tylénol No 3, codéine, lactulose ou Maalox.

Sondage écrit auprès du personnel infirmier

Quinze infirmières sur 43 (35 %) ont répondu au sondage. Le faible taux de participation peut s'expliquer en partie par le début des vacances estivales et par le délai de sept jours accordé pour remplir le questionnaire. Elles ont toutes apprécié la formation reçue avant la mise en application du Programme. Cependant, une infirmière admet que sa tâche d'enseignement a augmenté considérablement sa charge de travail. Plusieurs commentaires ont porté sur des problèmes soulevés lors de la phase d'implantation. Un profil infirmier de l'ordonnance « post-partum » est maintenant disponible pour éviter que le personnel infirmier doive retranscrire l'information en attendant les étiquettes de la pharmacie. De plus, une section a été réservée au Kardex pour noter le moment où les instructions ont été données aux patientes et le moment où le formulaire de consentement a été signé et inséré dans le dossier médical. Même s'il s'agit d'un outil temporaire, le Kardex a été choisi comme moyen de communication



pour le Programme d'automédication, car il est facilement accessible, et l'information se retrouve toujours au même endroit.

Certaines limites des sondages effectués sont attribuées à l'utilisation d'une échelle dichotomique (oui ou non) et à l'absence d'un pré-test pour vérifier la non-subjectivité des questions. Par contre, ces sondages nous ont permis de recueillir plusieurs commentaires afin d'améliorer notre programme.

CONCLUSION

L'implantation de tout nouveau projet nécessite un plan de suivi à long terme afin de maintenir un certain niveau de qualité. Une étude d'observation d'un mois menée sept semaines après l'implantation d'un programme d'automédication a permis d'obtenir 81 % de conformité avec la politique mise en place et la procédure enseignée. L'identification de lacunes à mi-parcours a mené à une intervention de renforcement, ce qui a permis de faire passer le taux de conformité global de 77 %, lors des deux premières semaines à 84 % lors des deux dernières semaines. La note de passage étant supérieure à 80 %, ce projet peut être considéré comme une réussite. Plus de 85 % des mères ont obtenu un soulagement adéquat des douleurs périnéales avec la médication offerte dans le Programme d'automédication, ce qui démontre que l'autonomie ainsi accordée aux patientes répond au besoin d'une forte proportion de la population en obstétrique.

Références

1. Werrbach K, Wroblewski M. Self-Administered pain medication: a practical approach in an OB/GYN setting. *AWHONN Lifelines* 2003;7:132-138.
2. Ptashnick MB. Pharmaceutical care provides positive outcomes for postpartum patients. *Hosp Pharm* 1995;30:292-294.
3. Beger D, Messenger F, Roth S. Self-administered medication packet for patients experiencing a vaginal birth. *Pharm Pract Manag Q* 2000;19:51-63.
4. Collingsworth S, Gould D, Wainwright SP. Patient self-administration of medication: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 1997;34:256-269.
5. Lucarotti RL, Prisco HM, Hafner PE, Shoup LK. Pharmacist-coordinated self-administration medication program on an obstetrical service. *Am J Hosp Pharm* 1973;30:1147-1150.
6. Macartney S, Whyte M. New moms and self medication. *Can Nurse* 1995;91:47-48.

7. Manias E, Beanland C, Riley R, Baker L. Self-administration of medication in hospital: patients' perspectives. *J Adv Nurs* 2004;46:194-203.
8. Hoffmann RP, Kerchner J, Osburn RC, St Louis P, Stewart H. A self-medication program for obstetric patients. *Hosp Pharm* 1978;13:127, 130-2, 134 passim.
9. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2001;165:1203-9.
10. *Acute care patient experience—priority matrix. Montfort Hospital – Family Birthing Center.* Apr 1 2004 – Jun 30 2004. Picker-National Research Corp.
11. Greene JF, Kuiper O, Morosky M, Wightman S, Curry SL. A post-partum self-medication program: effect on narcotic use. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8:1073-1076.
12. Reading A. A comparison of pain rating scales. *J Psychosom Res* 1980;24:119-124.
13. Norman SL, Jeavons BI, O'Brien PMS, Johnson IR, Hitchcock A, Noyelle RM, et al. A double-blind comparison of a new ibuprofen-codeine phosphate combination, codeine phosphate, and placebo in the relief of postepisiotomy pain. *Clin Ther* 1985;7:549-554.
14. Schachtel BP, Thoden WR, Baybutt RI. Ibuprofen and acetaminophen in the relief of postpartum episiotomy pain. *J Clin Pharmacol* 1989;29:550-553.

Manon Arpin, B. pharm., M. Sc., est pharmacienne au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), Pavillon Hôtel-Dieu de Québec.

Geneviève Goulet, B. Sc., est étudiante en pharmacie de l'Université Laval, Québec.

Florent Goldberg, B. Sc. A., Ph. D en physique, est présentement inscrit à un baccalauréat en pharmacie à l'Université Laval, Québec (depuis septembre 2006).

Régis Vaillancourt, O.M.M., C.D., B. Pharm., Pharm. D., FCSHP, est directeur de pharmacie au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario à Ottawa, Ontario.

Adresse de correspondance :

Manon Arpin
Département de pharmacie
CHUQ-pavillon Hôtel-Dieu de Québec
11 Côte du Palais
Québec (QC)
G1R 2J6

e-mail: manon.arpin@chuq.qc.ca

Remerciements

Nous tenons à remercier Nicole Boutin et Rachel Rieux, infirmières autorisées à l'hôpital Montfort (Ottawa), pour leur soutien dans le déroulement de ce projet.

