



# **QUELLE ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE EN FRANCE EN 2008 ?**

**Alain Mardaye, Philippe Aegerter, Christophe Fermanian,  
Dominique Fletcher (1) et le Comité Douleur ALR de la SFAR.**

(1) Service d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale, Hôpital Raymond Poincaré 104 bd Raymond Poincaré 92380 Garches.

E.mail : dominique.fletcher@rpc.aphp.fr

## **POINTS ESSENTIELS**

- Un audit national de grande envergure a été réalisé sur 1900 patients à 24 heures de l'intervention chirurgicale entre juin 2004 et juin 2006.
- Cet audit a été soutenu financièrement par la Caisse Nationale de Prévoyance (CNP) et la Société Française d'Anesthésie Réanimation.
- Cet audit a sélectionné de façon équilibrée 76 centres appartenant à 5 catégories : CHU (Centre Hospitalier Universitaire), petit et grand CHG (Centre Hospitalier Général) ou CLCC (Centre de Lutte contre le Cancer), petit ou grand établissement libéral.
- L'information préopératoire des patients sur la douleur postopératoire est mémorisée par deux tiers des patients avec un support essentiellement verbal.
- Le recueil écrit de l'évaluation de la douleur est fréquent en chirurgie, mais utilise des outils peu standardisés. L'évaluation n'est pas faite au mouvement ni après traitement. Le score de douleur n'est pas utilisé comme critère de sortie de SSPI.
- Deux tiers des patients sont douloureux en préopératoire et dans un tiers des cas pendant plus d'un an avant l'intervention. Le niveau de douleur postopératoire des patients au repos, au mouvement et la douleur maximale est respectivement de  $2,7 \pm 1,3$  ;  $4,9 \pm 1,9$  et  $6,4 \pm 2$  (échelle numérique simple).
- L'utilisation des morphiniques est très large avec 83 % des patients traités, 21,4 % par PCA morphine, 33,7 % par morphine sous cutanée, 5,6 % par morphine orale .
- Les antalgiques non morphiniques sont largement utilisés (paracétamol 98,3 % ; kétoprofène 48,5 % ; néfopam 21,4 %) et débutés en peropératoire pour deux tiers des patients. Les infiltrations peropératoires (0,8 %) et blocs peropératoires (4,2 %) sont peu utilisés. La rachianalgésie est utilisée dans 3,1 % des cas.

- La kétamine est utilisée assez fréquemment soit en peropératoire (9,2 % des cas) soit en association avec la PCA (11,4 % des cas).
- La péridurale (lombaire surtout) reste très peu utilisée (1,5 %); les blocs nerveux périphériques continus postopératoires sont peu utilisés (4,7 %).
- Les patients sont satisfaits par la prise en charge ; les effets secondaires existent d'après le patient dans 1 cas sur 4 avec 8 fois sur 10 des NVPO.
- Des protocoles sur l'évaluation ou la prise en charge de la douleur postopératoire existent dans trois quart des cas ; une adaptation (J1) du traitement est faite dans 17 % des cas.
- Cet audit montre une nette amélioration sur l'information du patient, l'évaluation écrite de la douleur, l'utilisation de la PCA et des associations analgésiques. Il reste des progrès à faire sur les supports d'information, l'homogénéité des outils d'évaluation, l'utilisation de la locorégionale et l'utilisation de protocoles de soins.

## **1. JUSTIFICATIF DE L'ENQUÊTE**

La chirurgie est responsable d'une douleur postopératoire qui occasionne inconfort et participe peut être à la morbidité péri-opératoire. En France, l'analgésie postopératoire est gérée par le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) le plus souvent. De nombreux textes légaux ont insisté sur la nécessité d'une prise en charge de la douleur qu'il s'agisse de décret professionnel (décret du 16 février 2002 sur la profession d'infirmière), de recommandations sur la prise en charge du patient hospitalisé (charte du malade hospitalisé N°95-22 du 22 mai 1995) ou d'incitation des centres hospitaliers à développer un certain nombre d'actions pour améliorer la prise en charge de la douleur (circulaire ministérielle du 29 mai 1997). L'amélioration de la prise en charge de la douleur et l'évaluation de cette démarche est donc une obligation légale puisque nous devons traiter la douleur (loi du 4/02/95) et évaluer nos pratiques (loi hospitalière du 31/07/91). Plus récemment, le dernier plan Kouchner a proposé la création de postes d'infirmière référente douleur. De plus, dans la démarche d'accréditation engagée dans les établissements de santé, la prise en charge de la douleur est un point spécifiquement évalué.

Pourtant, la qualité de prise en charge de la douleur postopératoire reste médiocre avec environ 50 % des patients qui décrivent une douleur intense après la chirurgie dans des enquêtes nord américaines [1] ou française [2].

Les recommandations sur le traitement de la douleur postopératoire sont apparues successivement en Australie, Grande Bretagne, Etats-Unis, Allemagne [3] et en 1998 en France grâce à la Conférence de Consensus de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) sur la prise en charge de la douleur postopératoire. Il apparaît, dans ces différentes recommandations, la nécessité d'une autoévaluation de la douleur avec recueil écrit, l'utilisation de morphiniques adaptée aux besoins des patients au mieux par analgésie autocontrôlée (AAC), l'utilisation d'analgésiques non morphiniques en association dans le cadre d'une analgésie balancée et l'utilisation des techniques de locorégionales dans des indications spécifiques. Ces recommandations proposent une organisation basée soit sur le modèle Nord Américain de l'Acute Pain Service [4-6] soit sur le modèle Européen de l'infirmière référente comme dans les recommandations de la SFAR [7].

Les Acute Pain Service Nord Américains ou Européens en place depuis la fin des années 80 ont montré dans certaines enquêtes une efficacité sur la qualité de la prise en charge [8], mais la démarche d'autoévaluation et d'assurance qualité est rarement implantée dans ces structures ce qui rend difficile l'appréciation précise du fonctionnement et du service rendu au patient [9-11].

L'opinion de la population française sur l'analgésie postopératoire a changé. Il est apparu, sur une enquête téléphonique française à 6 ans d'intervalle, que la prise en considération de l'analgésie postopératoire était plus importante, que la crainte des morphiniques avait reculé, et que la population était surtout informée par les médias [12]. La première enquête d'ambition nationale sur la pratique de l'analgésie postopératoire en France date de 1992 [13]. Il s'agissait de colliger les déclarations de 239 médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) lors du congrès de la SFAR. Cette enquête retrouvait un niveau acceptable des pratiques, mais les données obtenues à partir des déclarations des MAR semblaient peu fiables et non confirmées par une évaluation des patients [12]. Il n'existe qu'une seule enquête française de grande envergure concernant l'analgésie postopératoire analysée à partir des données obtenues sur le patient. Elle date de 1994 et a été réalisée par un audit externe de 96 services de chirurgie situés dans les hôpitaux de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris [2]. Cette enquête a montré que 46 % des patients décrivaient des douleurs sévères 24 heures après la chirurgie, que les techniques les plus efficaces (AAC, locorégionale), étaient rarement utilisées et que les analgésiques étaient prescrits selon des modalités peu conformes aux recommandations. Quelques équipes ont publié des enquêtes nationales en Italie [14], Allemagne [15, 16], Danemark, Etats-Unis [17], Grande Bretagne [18] ou une Enquête Européenne [19].

Les résultats de ces enquêtes par déclaration sur questionnaires restent peu fiables. Elles montrent globalement que l'analgésie postopératoire est encore souvent insuffisamment prise en compte et traitée. Par ailleurs, une évaluation allemande récente des structures qualifiées d'Acute Pain Service a donné des résultats troublants avec très peu d'autoévaluation et un décalage entre le niveau allégué de sophistication dans les techniques d'analgésie postopératoire et la pratique imparfaite de la simple évaluation de la douleur postopératoire [11, 15].

La démarche qualité est une ressource capitale pour améliorer la prise en charge. Une enquête monocentrique française réalisée à l'hôpital Ambroise Paré par une équipe ayant un investissement ancien et marqué dans la prise en charge de la douleur postopératoire montre un résultat décevant avec une qualité d'analgésie insuffisante, une information du patient peu efficace et une qualité d'évaluation mal établie [20]. La démarche d'autoévaluation permet néanmoins d'améliorer la prescription, l'évaluation sans avoir d'impact significatif sur les scores de douleur [20]. L'introduction d'un processus d'assurance qualité a néanmoins permis une amélioration significative de certains paramètres. Cette autoévaluation et ce processus continu de correction semblent de nature à améliorer les résultats selon d'autres travaux [21-23].

Il nous a donc semblé important de faire une enquête nationale de grande envergure avec des données quantitatives obtenues auprès du patient et du dossier de soin afin d'évaluer :

- L'adéquation entre les pratiques de l'évaluation et du traitement de la douleur postopératoire et les recommandations de la SFAR avec la mise en place de protocoles adaptés.

- L'organisation de l'analgésie postopératoire et l'existence de démarche d'assurance qualité.
- La qualité de l'analgésie obtenue chez les patients.

## **2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE**

Le projet a été soutenu financièrement par la Fondation de la Caisse National de Prévoyance (CNP) pour un montant de 100 000 euros et par la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) pour un montant de 50 000 euros.

Le Comité Douleur ALR de la SFAR a collaboré avec l'Unité de Recherche Clinique de l'hôpital Ambroise Paré afin de définir de façon optimale un échantillon représentatif de la population de patients opérés. .

### **2.1. SÉLECTION D'UN ÉCHANTILLON D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Le principe était de réaliser un audit extérieur d'établissements de santé dont l'ampleur (nombre d'établissements audités, nombre de dossiers analysés) permettrait une analyse fiable. En effet, un questionnaire isolé, malgré quelques suggestions possibles pour accroître la fiabilité [24], peut, du fait de son aspect déclaratif, occasionner une surévaluation de la qualité des pratiques comme cela a été observé dans des enquêtes antérieures sur la douleur postopératoire [13]. Il a semblé à l'inverse illusoire de réaliser une enquête exhaustive sur les 1 500 établissements de santé comme cela a été fait dans le cadre de l'enquête 3 jours sur l'activité en anesthésie [25]. Il est apparu donc nécessaire de s'appuyer sur les données sur la répartition des établissements de santé obtenues auprès du ministère pour choisir les établissements de santé à auditer. Les critères de sélection de ces établissements comportaient :

- Appartenance au service public (CH, CH) ou privé (PSPH ou non) pratiquant la chirurgie.
- Répartition régionale.
- Nombre d'interventions ou de séjours chirurgicaux ?
- Effectif de l'équipe d'anesthésie.
- Type de chirurgie lorsque l'information est accessible.

Le nombre de séjours à analyser dépendait en première analyse de la précision souhaitée sur la détermination du pourcentage de patients bien analgésiés. Si l'on souhaitait qu'une précision de  $\pm 2$  % corresponde à l'intervalle de confiance à 95 % pour un pourcentage observé de 50 % (proche de la proportion de patients souffrants dans l'enquête AP-HP), il fallait constituer un échantillon représentatif de 2 000 sujets (ceci dans le cas d'un sondage simple, la précision devant être supérieure pour un sondage stratifié). Cet effectif permettait également une estimation assez précise dans les sous-groupes (une taille de 400 induit une précision de  $\pm 5$  %) et la recherche de plusieurs facteurs de risque de douleur, tant au niveau individuel, qu'au niveau institutionnel.

Afin d'améliorer la précision de cette estimation, on a pratiqué une stratification sur un facteur susceptible d'influer sur la pratique de l'analgésie postopératoire : le type (universitaire, public non-universitaire, privé) et la taille d'établissement (nombre d'interventions ou de séjours chirurgicaux en combinant l'hospitalisation classique et le secteur ambulatoire). On obtient ainsi 5 strates : CHU (on considèrera les hôpitaux et non les entités juridiques), CH et PSPH dont

CLCC (> et < 7 000 interventions annuelles), établissements privés lucratifs (> ou < 10 000 interventions annuelles).

Il existait vraisemblablement un effet de grappe au niveau des établissements, l'ensemble des interventions étant pris en charge par un seul service d'anesthésie, il était donc inutile de revoir un très grand nombre de séjours dans chaque hôpital.

On pratiquait ensuite un sondage autopondéré à deux degrés :

- Dans chaque strate, le nombre d'unités primaires (hôpitaux) tiré était proportionnel au nombre d'unités secondaires (interventions) contenues dans la strate.
- Dans chaque strate, les hôpitaux étaient tirés avec des probabilités inégales, proportionnelles au nombre d'interventions annuelles.
- Au second degré, dans chaque hôpital sélectionné, on extrayait un nombre constant d'interventions.

## **2.2. PRINCIPES DE L'ENQUÊTE PROPREMENT DITE**

### **2.2.1. PRINCIPES GÉNÉRAUX**

Après sélection, la direction de l'établissement était contactée avec une demande d'accord pour l'enquête, l'envoi du questionnaire qualitatif et la visite de l'établissement.

Une lettre d'introduction du directeur de la DHOS obtenue grâce à Madame D. Cullet encourageait les directions d'établissements à participer à cet audit national et affirmait le soutien ministériel.

Que ce soit la partie quantitative de l'évaluation sur document, l'entrevue avec le patient ou le questionnaire qualitatif général, le nombre de questions était limité et facile à remplir avec au total la proposition de trois questionnaires recto verso, un pour le patient, un pour le dossier et un autre pour le référent (Questionnaires en annexes).

Seuls les patients adultes (plus de 18 ans) opérés avec hospitalisation ont été évalués.

### **2.2.2. VALIDATION DES QUESTIONNAIRES ET FORMATION DE L'AUDITEUR**

Après recrutement d'un auditeur (A. Mardaye) on procédait à la validation des objectifs de l'enquête et on testait l'enquête sur quelques établissements pilotes de chaque type en région Ile de France. Ceci permettait une formation spécifique de l'auditeur qui était amené à recueillir l'ensemble des données.

### **2.2.3. RÉALISATION DE L'ENQUÊTE**

Les patients de chirurgie opérés dans un établissement constituent la population de l'audit. Il s'agissait d'aller voir les patients au lendemain de l'opération, de consulter le dossier d'anesthésie, la prise en charge en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) et dans le service de chirurgie pendant 24 heures. Cette enquête incluait aussi certains patients (séjour prolongé en SSPI, en réanimation, unité de soins intensifs).

L'enquête devait comporter lors de l'audit trois aspects :

- L'examen du dossier (prescription, dossier d'anesthésie, dossier patient avec surveillance infirmière).
- L'interrogatoire du patient pour évaluer la qualité de l'analgésie (EN), la qualité de l'information et du traitement .

- La validation du questionnaire avec le référent de l'établissement pour les données qualitatives .

On a estimé le nombre de dossiers (+ patients) auditable de 8 à 10 par jour. Donc dans tous les cas, pour évaluer 25 patients et leur dossier par établissement, l'enquête dure 4 jours/homme avec un enquêteur avec un jour pour le déplacement. Pour les grands centres, un tirage au sort a eu lieu parmi l'ensemble des interventions (pour éviter le biais du moment de la journée). Si le centre comprendrait plusieurs sites opératoires, un tirage au sort était fait sur l'ensemble des programmes opératoires. Dans tous les cas toutes les interventions du jour ont été relevées.

### 2.3. ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse des résultats a été réalisée par l'URC de l'hôpital Ambroise Paré (C. Fermanian, P. Aegerter). L'analyse des résultats sur l'évaluation du patient et le dossier médical a été faite sur :

- Les critères quantitatifs (score de douleur, de satisfaction, de tolérance du traitement) avec comparaison entre les différents types d'établissements avec un test statistique approprié type ANOVA puis test post hoc.
- Les données qualitatives (données démographiques, information préopératoire, évaluation postopératoire, nature et conformité des traitements) seront comparées entre les différents établissements avec des test type test de Chi 2.

L'analyse des résultats du questionnaire d'établissement s'est faite sur :

- Les données qualitatives (caractéristiques de l'établissement, information du patient, évaluation du patient, traitement, organisation) seront comparées entre les différents établissements avec des tests types tests de Chi 2.

## 3. RÉSULTATS ET ANALYSE (TABLEAU I).

**Tableau I**

Récapitulatif données par strates

Données	CHU n=250	Petit CH n=150	Gros CH n=275	Petit libéral n=425	Gros libéral n=800
<b>Population</b>					
Homme (%)	57.5	43.5	42	48.2	42.2
Age moyen (SD)	56.6 (18)	59.4 (18.4)	56.3 (16.9)	56.3 (18.5)	54.8 (17.1)
Chirurgie (%)					
- Orthop	23.6	32.4	23.4	44.3	26.7
- Viscérale	20.8	18.6	20.5	18.5	24
- Gyn-Ost	7.6	22	18.9	7.5	16.5
- Card Vasc	21.2	10.3	6.2	6.9	7.6
- Urologie	6.4	7.6	8.4	5	8.4
- ORL Sto	5.6	1.4	6.6	4.7	4.5
- N Chir	9.6	1.4	4.4	3	3.8
- Thorax	1.6	1.4	1.5	0.95	1.1
- Autre	4	4	9.8	11	9.8

Durée chirurgie (%)					
- < 1 heure	7	23	11	22	22
- 1-2 heure	38	45	47	60	51
- > 2 heures	55	33	42	18	27
Chirurgie Programmée (%)	96	89	94	97	96
Anesthésie (%)					
- AG	86	75	79	72	81
- Péridurale	0.4	1.34	1.1	0.47	2.1
- Rachi	8	18	12.4	17	13.8
- Bloc	8	8.7	8.7	12	10
- Sédation	1.2	5.4	1.8	6	2
- Locale	1.2	3.3	2.9	4	2
<b>Information préopératoire</b>					
Info DPO notée (%)	17	9	27	15	19
Protoc DPO noté (%)	13.6	23	27	26	16
Contrat DPO noté (%)	0	3	1	10	5
Evaluation DPO prescrite (%)	44	9	28	24	39
Protoc evaluation DPO (%)	45	65	48	64	73
<b>Evaluation postopératoire</b>					
Eval écrite DPO SSPI (%)	58	55	64	46	56
Une éval écrite en chirurgie (%)	90	94	93	93	95
Evaluation pluriquotidienne (%)	96	95	97	96	98
Support évaluation écrite (%)					
- Transmission	77	78	77	59	36
- Support spécifique	71	69	63	77	88
Evaluation mouvement (%)	0	3	6	2.3	4.5
Douleur critère sortie SSPI (%)					
- Non	33	76	70	75	61
- Oui appliqué	30	13	18	11	25
- Oui non appliqué	37	11	12	14	15
Outil d'évaluation SSPI (%)					
- EVA	30	0	27	19	19
- EN	48	48	49	36	40
- EVS	18	38	18	11	23
- Non spécifique	4	14	6	34	12
Outil d'évaluation chirurgie (%)					
- EVA	30	21	41	22	23
- EN	49	49	54	48	53
- EVS	17	29	37	14	27
- Non spécifique	43	38	38	40	28
<b>Douleur pré et post-opératoire</b>					
Anxiété patient (EVA moy, sd)	4 (5)	4.5 (3.3)	3.8 (3.5)	3.9 (3.2)	4.5 (3.2)
Douleur préop site opératoire (%)	57	75	57	72	56
Douleur préop > 1 an (%)	30	32	39	41	35

Douleur pendant 24 h postop					
- Fréquence globale (%)	89	87	91	89	89
- Douleur continue (%)	70	53	63	66	66
- Au repos (%)	91	86	91	86	86
- Au mouvement (%)	100	100	100	100	100
- EN repos moyenne (SD)	3 (2.2)	2.7 (2)	2.9 (2)	2.6 (2)	2.6 (2)
- EN mvmt moyenne (SD)	5.2 (2.2)	4.8 (2.4)	5.2 (2.5)	4.6 (2.4)	4.9 (2.4)
- EN max moyenne (SD)	6.5 (2.3)	6.2 (2.3)	6.7 (2.3)	6.2 (2.4)	6.3 (2.4)
<b>Traitement antalgique</b>					
Anticipation peropératoire (%)					
- Fréquence globale	77	76	79	47	60
- Paracétamol	88	91	91	74	77
- AINS	27	39	26	28	55
- Dynastat	0	0	0.7	3.3	0.3
- Acupan	34	22	17	24	25
- Tramadol	23	17	17	11	0
- Morphine	11	4	22	11	15
- Kétamine	11	7	10	13	7.3
- Bloc périphérique	6	7	2.5	5.4	4
- Péridurale	0	0.7	0.4	0.2	1
- Infiltration	2	3	0.7	0	0.6
- Rachianalgésie morphine	2	7	1	1.6	2.4
Demande ttt complémentaire (%)	18	14	13	21	17
Quand douleur trop forte (%)	98	98	95	98	92
Délais pour l'antalgique (%)					
- < 5 min	69	73	69	77	69
- < 15 min	19	18	20	13	19
- 15-30 min	0	0	3	2	3
- 30-60 min	2	0	3	0	1
- > 60 min	0	0	2	4	6
- non administré	10	9	3	4	2
Soulagement par traitement (0-10) moyenne (SD)	7.6 (1.8)	8.2 (1.8)	7.3 (1.9)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)
Analgésique avant les soins (%)	0	0	0.4	0	0
Traitement morphinique (%)	85	85	89	74	84
Titration prescrite (%)	42	17	27	22	27
Titration bolus (mg ; moy / SD)	2.4 (1)	2.7 (0.8)	2.2 (0.7)	2.4 (0.9)	2.6 (0.3)
Titrat intervalle (min, moy / SD)	8.4 (8)	6.9 (5.9)	9 (5.1)	8.8 (7.7)	8.8 (5.8)
PCA prescrite (%)	25	12.6	25	19.6	21
Morphine / morphine + keta (%)	98 / 2	75 / 25	100 / 0	84 / 14.5	85 / 9
PCA + perf continue (%)	0	0	0	1.5	5
Bolus PCA (mg, moy / SD)	1.1 (0.6)	1.2 (0.4)	1.4 (1.9)	1.2 (0.9)	1.1 (0.4)
Période réfrac (min, moy / SD)	9.6 (15.7)	7.1 (1.6)	8.3 (2.9)	9 (4.5)	10.4 (5.4)
Morphine sous cutanée (%)	19	28	33	35	42
Morph sous cut systématique (%)	37	42	22	46	31

Intervalle morphine sous cut (%)					
- 4 heures	26	3	25	33	31
- 6 heures	48	83	65	57	49
- 8 heures	7	14	7	4	12
- 12 heures	0	0	0	1	0
- aucun	19	0	3	5	9
Dose morphine sous cut (%)					
- 5 mg	33	16	22	65	53
- 10 mg	58	54	66	25	41
- autre	9	30	12	20	7
Respect prescription morph (%)	74	61	63	65	64
Morphine orale (%)	4	4	4	5.2	7.4
Tramadol / IV / systématique (%)	36/100/81	36/100/76	18/74/74	4.7/80/75	11.4/70/73
Respect prescription tramadol (%)	92	71	86	53	85
Temgesic (%)	0	0	0.7	1.6	1.5
Nubain (%)	9	14	18	11	9.8
Dextropropoxyphene (%)	7	7	7	8.2	5.9
Codéine (%)	0	0	7	3.3	3.4
Analgésique non morph (%)					
- Utilisation globale	98	85	96	92	97
- Paracétamol / syst / respect	96/99/96	93/99/93	91/95/95	82/97/93	92/99/94
- AINS / syst / respect	31/97/100	51/93/91	33/85/96	43/98/90	62/99/92
- Acupan / syst / respect	43/90/91	29/73/97	25/87/90	13/95/75	17.4/92/93
- Dynastat	0	0	2.5	3.5	1.5
- Celebrex	0	0	0	1	1
- Kétamine	0.7	0.7	0.7	0.2	0.2
ALR postp (%)					
- Péridurale	0	0.7	1.4	1.4	2.1
- PL / Pthoracique (n)	0	0/1	3 / 1	5 / 1	13 / 4
- Ropi / bupi / suf (n)	0	1/0/0	4/0/3	5/1/1	15/2/2
- Débit cont/bolus/AAC (n)	0	1/0/0	3/0/1	6/0/0	13/3/1
- Bloc périphérique	5.6	6	4	6	3.7
- Fémoral	47	36	64	88	71
- BIS	27	45	18	3.8	12.9
- Sciatique	20	18	18	0	26
- BLP	0	0	0	7.6	0
- Axillaire	7	0	0	0	6.4
- Ropi / bupi / lido	100/0/0	100/0/0	100/0/0	77/23/11	84/16/0
- Débit continu/bolus/AAC	87/20/7	100/0/0	90/10/0	62/38/0	78/16/32
Satisfaction du patient (moy SD)					
- Ttt DPO personnel	9 (1.3)	9.3 (1)	9.1 (1.1)	9.3 (1)	9.2 (1.1)
- Ttt DPO global	8.8 (1.5)	9.2 (1.1)	9 (1.3)	9.1 (1.2)	9 (1.4)
<b>Organisation</b>					
Protocole DPO (%)	56	69	75	70	82
Traitement adapté sur 24h (%)	25	19	17	12	16

### 3.1. ECHANTILLON ANALYSÉ

Sur une période de 2 ans, 1 900 patients dans 75 centres (25 patients par centre) ont été audités. Le sexe ratio est équilibré sauf pour les CHU où sont traités plus d'hommes. L'âge moyen est de 56 ans (18-95). Le type de chirurgie (par ordre décroissant de fréquence) est l'orthopédie 29,9 %, la chirurgie viscérale 22 %, gynéco-obstétrique 14,3 %, cardiovasculaire 9,2 %, urologie 7,4 %, ORL stomatologie 4,8 %, neurochirurgie 3,8 %, thoracique 1,2 %. La durée de chirurgie est le plus souvent de 1 à 2 h : 50,7 % pour une chirurgie programmée : 95,4 %, réalisée sous AG surtout 79,2 %, rachianesthésie 13,8 %, bloc périphérique 9,9 %, sédation 2,7 %, anesthésie locale 2,9 % ou péridurale : 1,3 %.

### 3.2. INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE SUR LA DOULEUR

L'information préopératoire est perçue par une majorité de patient (69,3 %). Les patients sont satisfaits de cette information (95,3 %). L'information est faite le plus souvent par oral (90,3 %), plus rarement par écrit (60,6 %). La trace écrite de l'information est notée très peu souvent sur le dossier d'anesthésie (18,2 %). La trace écrite d'un protocole de traitement est notée très peu souvent sur le dossier (20,1 %). La trace écrite dans le dossier d'anesthésie d'un contrat douleur reste très rare (4,4 %). Lors de l'interrogatoire du patient, les suggestions sur l'amélioration concernent surtout la communication et l'information.

L'évaluation de la douleur est prescrite moins d'une fois sur deux (32,7 %). En l'absence de prescription explicite de l'évaluation, un protocole existe souvent (63,4 %). Une évaluation écrite de la douleur en SSPI apparaît une fois sur deux (55,2 %). La douleur est rarement un critère appliqué de sortie de SSPI (19,8 %). Une évaluation écrite en chirurgie est quasi constante (au moins une évaluation/24 h) (93,7 %). Si une évaluation écrite en chirurgie existe, elle est pluriquotidienne (97 %). L'intervalle d'évaluation (h) de la douleur est de  $4,1 \pm 4$  selon le dossier ;  $2,1 \pm 1,6$  selon l'IDE. L'évaluation est constante au repos (100 %) mais pas faite au mouvement (3,6 %). L'outil d'évaluation est hétérogène en chirurgie, plutôt EN (EVA 21,1 % ; EN 41,2 % ; EV 13,8 % ; non spécifique 24 %). Le recueil de la douleur se fait souvent sur la transmission infirmière : 55,1 %. Un document écrit spécifique est utilisé encore plus fréquemment : 78,3 %.

### 3.4. INTENSITÉ DE LA DOULEUR PRÉOPÉRATOIRE ET POSTOPÉRATOIRE

- Les patients sont fréquemment douloureux en préopératoire sur le site opératoire (62,7 %). La douleur est fréquemment chronique ( $> 1$  an) (35,6 %), avec une douleur significative au repos (EN)  $4,3 \pm 2,8$  et au mouvement  $6,4 \pm 2,2$ . Ces données n'ont été obtenues que sur 750 patients mais la répartition chirurgicale est homogène entre les deux phases de l'audit et ce résultat peut être considéré comme fiable. Les patients sont anxieux à propos de leur chirurgie (EN ;  $3,8 \pm 2,1$ ).
- 88,6 % des patients ont eu une douleur sur 24 heures postopératoires. La douleur est continue (64,6 %), au repos (90,6 %) et mouvement (99,6 %). La douleur décrite par le patient lors de la visite est faible au repos ( $2,7 \pm 1,3$ ), moyenne au mouvement ( $4,9 \pm 1,9$ ) mais il persiste des pics douloureux avec sur 24 heures postopératoires, une douleur maximale estimée à  $6,4 \pm 2$ .
- L'analyse des données dossier sur les scores de douleur a été possible lorsque les scores utilisaient une valeur de 0 à 10. Les scores observés (douleur max au

repos) sont les suivants : première nuit  $2,8 \pm 2,5$  ; SSPI  $2,6 \pm 2,8$  ; J1  $1,8 \pm 2,2$ . Il y a une corrélation entre les données écrites et l'évaluation par l'auditeur.

### 3.5. TRAITEMENT ANTALGIQUE

#### 3.5.1. TRAITEMENT ANTALGIQUE PEROPÉRATOIRE

L'anticipation peropératoire est prescrite plus d'une fois sur deux (63,6 %). Cette anticipation privilégie les analgésiques non morphiniques : paracétamol 82,3 %, AINS 39,6 %, Acupan® 24,2 %. Le Dynastat® est rarement utilisé (0,9 %) ; la clonidine peropératoire est abandonnée (0,3 %). La kétamine est utilisée une fois sur 10 (9,2 %).

Les morphiniques sont moins fréquemment débutés en peropératoire : tramadol (11,5 %), morphine (14,1 %).

Les blocs périphériques (injection unique peropératoire) sont rarement utilisés (4,2 %). Les infiltrations peropératoires sont encore plus rarement utilisées (0,8 %). La rachianalgésie est utilisée (3,1 %) avec une dose moyenne de morphine de 100 µg. La péridurale peropératoire est rare (0,9 %).

#### 3.5.2. TRAITEMENT ANTALGIQUE POSTOPÉRATOIRE

##### 3.5.2.1. Conditions générales de l'analgésie

Un traitement antalgique est donné en postopératoire à chaque fois (98,2 %). Il y a peu de demande de traitement de secours (18,8 %) ; l'appel pour un traitement de secours est souvent tardif car la douleur est trop forte (94,5 %).

Le traitement de secours est rapide en moins de 15 min (89 % des cas). Le traitement antalgique est efficace avec un soulagement évalué comme important par le patient ( $7,9 \pm 1,5$ ).

En postopératoire on ne prescrit jamais d'antalgique avant le soins (0,1 %).

##### 3.5.2.2. Traitement morphinique postopératoire

Un traitement morphinique est prescrit pour 83,1% des patients. La titration morphinique est visible dans le dossier dans 27 % des cas avec une prescription d'un intervalle un peu long et un bolus adapté. La PCA est utilisée pour 21,4 % des patients utilisant la morphine seule (88,6 %) ou associée à la kétamine (11,4 %). La programmation est adéquate (bolus moyen  $1,2$  (1) ; période réfractaire moyenne  $9,5 \pm 8$  minutes). Il apparaît quelques perfusions continues de morphine avec la PCA (0,5 %) ou seule (0,5 %).

La morphine sous-cutanée est utilisée une fois sur 3 (35,1 %). Cette morphine sous-cutanée est rarement systématique (33,7 %) avec un critère d'administration très variable (plus de 50 % non chiffré). La morphine sous-cutanée est souvent sous-dosée en fréquence (toutes les 4 heures, 28,2 %) et en dose (10 mg en dose unitaire, 44,9 %). De plus la prescription de morphine n'est pas appliquée par l'IDE avec un non respect de la dose ou de l'intervalle (36,3 %).

La morphine orale est prescrite assez peu fréquemment (5,6 %).

Le tramadol est utilisé fréquemment (15,2 %) par voie IV (82,2 %) avec un bon respect des prescriptions (75,9 %). Les doses ( $140 \pm 133$  mg) et intervalles ( $8,9 \pm 8,3$  h) sont adaptées.

Le Temgesic® est encore utilisé (0-1,6 %). Le Nubain® est fréquemment utilisé (11,5 %). Dextropropoxyphène (6,3 %) et codéine (3,3 %) sont peu prescrit à J1.

### 3.5.2.3. *Analgésiques non morphiniques postopératoires*

Les analgésiques non morphiniques en postopératoire sont la règle (95,5 %). Le paracétamol reste majoritaire (90,3 % ; 1g.6 h<sup>-1</sup>), avec un respect de la prescription (94,3 %). Les AINS, majoritairement le Profenid® (99 %), sont prescrits fréquemment (48,5 %) de façon systématique (97,8%) avec un bon respect de la prescription (91,7 %). Le néfopam est prescrit une fois sur 5 (21,4 %) de façon systématique (89,5 %) avec un respect de la prescription (89,6 %). Les coxibs sont peu prescrits en postopératoire (Dynastat® (1,8 %). La kétamine postopératoire en dehors de la PCA est très peu prescrite (0,7 %).

### 3.5.2.4. ANALGÉSIE LOCORÉGIONALE POSTOPÉRAIRE

La péridurale postopératoire est rarement utilisée (1,5 %), par voie lombaire (75 %), en débit continu avec de la ropivacaïne seule le plus souvent. Les blocs périphériques continus son rarement utilisés (4 7%) avec surtout le bloc fémoral (67,8 %), le bloc interscalénique (17,1 %), le bloc sciatique (15,4 %), le bloc axillaire (3,3 %), le bloc lombaire postérieur (2 %) avec ropivacaïne (88,4 %) en débit continu (79,1 %), bolus (19,9 %) ou analgésie autocontrôlée (12,3 %). Pour les blocs périphériques continus, on note l'utilisation possible de la bupivacaïne (11,5 %) et de la lidocaïne (3 %).

## 3.6. EFFETS SECONDAIRES

### 3.6.1. SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES (ES)

Une évaluation des ES apparaît dans le dossier 8 fois sur 10 (80,1 %). Cette évaluation est faite selon l'IDE dans tous les cas (97,4 %). Les ES apparaissent dans la transmission IDE (55 %) ou un document spécifique (72,4 %). Un score spécifique d'évaluation des ES est rarement utilisé (26,8 %). Une surveillance des effets secondaires est prescrite une fois sur deux (49 %). La prise en charge des effets secondaires est prescrite une fois sur deux (56,3 %). En l'absence de prescription de prise en charge des ES, un protocole existe parfois (53,3 %)..

### 3.6.2. INCIDENCE ET NATURE DES EFFETS SECONDAIRES

Un ES est noté dans le dossier une fois sur quatre (25,1 %) ce qui correspond à la fréquence décrite par le patient (26,4 %). S'il existe un ES noté dans le dossier, les NVPO prédominent (51,5 %) suivi par la sédation (26,3 %), la rétention d'urines (20,8 %), bloc moteur (9,5 %), le prurit (2,1 %). Pour le patient, les NVPO prédominent (83,3 %) suivi par la sédation (11,5 %), le prurit (6,5 %) et la RU (3 %). L'intensité subjective des ES est significative  $4,7 \pm 1,2$ . Les patients sont très satisfaits de la prise en charge de la DPO de façon globale ( $9,0 \pm 1,1$ ) comme concernant le comportement des personnels ( $9,2 \pm 0,8$ ).

## 3.7. ORGANISATION

Des protocoles sur la DPO existent le plus souvent (74,1 %). Le traitement antalgique est rarement modifié dans les 24 premières heures (17 %). Il n'est pas possible de faire une analyse spécifique sur le type de modification.

## 4. DISCUSSION

Cet audit national est le premier de cette envergure. Il permet de faire le point sur la pratique concernant la douleur postopératoire.

Des avancées notables sont observées dans cet audit national quand on le compare à la seule étude française avec interrogatoire des patients [2] (Tableau II).

**Tableau II**

Comparaison entre les résultats de l'audit APHP en 1994 et de l'audit national douleur en 2007

	<b>Audit APHP 1994</b>	<b>Audit national 2007</b>
L'information des patients	21 %	69,3 %
Evaluation écrite de la douleur	?	93,7 %
Protocoles thérapeutiques	0 %	74,1 %
Paracétamol postopératoire	67,4 %	90,3 %
AINS postopératoire	14,3 %	48,5 %
Prescription inadéquate ANM	50 %	0 %
Prescription ANM respectée	24 %	> 90 %
Anticipation peropératoire	<11 %	63,6 %
Morphine postopératoire	6,3 %	62,1 %
Respect traitement morphinique	23,6 %	63,7 %
PCA postopératoire	2 %	21,4 %
ALR postopératoire	0 %	Péridurale 1,5 %, Bloc 4,7 %

On peut ainsi noter qu'il existe une amélioration, certes insuffisante, de l'information préopératoire. Cette information préopératoire devrait sans doute plus utiliser un support écrit et s'associer à une trace écrite sur le dossier. L'évaluation écrite de la douleur a nettement progressé avec une fréquence adaptée dans les services de chirurgie mais l'outil d'évaluation est trop hétérogène. En revanche l'évaluation écrite en salle de réveil est insuffisamment faite et n'est pas le plus souvent un critère de sortie contrairement aux recommandations de la SFAR et du CFAR pour l'EPP.

Il faut noter que la douleur chronique préopératoire du site opératoire est très fréquente.

Les protocoles thérapeutiques ont nettement progressé en fréquence, mais sont encore absents dans un quart des cas.

Les antalgiques prescrits sont plus souvent des morphiniques avec des analgésiques non morphiniques quasi systématiques et débutés très souvent en peropératoire. La qualité de la prescription a également progressé surtout pour les antalgiques non morphiniques avec un respect des règles de prescription et un respect par les IDE de la prescription. Les morphiniques sont beaucoup plus prescrits avec une prescription de qualité pour la titration morphinique, la PCA alors que la prescription de morphine sous cutanée est encore mal faite et mal respectée par l'IDE. La morphine orale est peu utilisée.

L'analgésie locorégionale reste en revanche peu utilisée que ce soit pour l'infiltration, les blocs péropératoires ainsi qu'en postopératoire la périurale ou les blocs périphériques.

Au total cet audit national permet de prendre la mesure des améliorations importantes dans l'information, l'évaluation et le traitement de la douleur postopératoire. Il reste néanmoins des points d'amélioration qui vont permettre de guider l'organisation d'une réactualisation de la conférence de consensus sur la prise en charge de la DPO qui date de 1998.

## REMERCIEMENTS.

Nous tenons à remercier.

La Société française d'Anesthésie Réanimation au nom du Comité Douleur ALR pour l'accord de principe sur l'audit et le financement de 50 000 euros validé par le Président de la Société française d'Anesthésie Réanimation, le Pr Michel Pinaud ainsi que le Conseil d'Administration de la SFAR.

Le soutien Financier de la CNP 100 000 euros.

Des personnes ressources ayant une expérience d'enquête en anesthésie réanimation-douleur : tous les membres du Comité Douleur ALR, L. Bresseur, F. Larue, Y. Auroy, S. Pontone, et bien d'autres qui peuvent être remerciés.

Les ressources institutionnelles : Mme Cullet DHOS qui a proposé un soutien du ministère sous la forme d'une lettre circulaire destinée aux établissements audités.

## **Annexe 1**

### **Questionnaire patient n°**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Numéro finess : \_\_\_\_\_

Date et heure de la visite \_\_\_\_\_

Ce questionnaire fait partie d'une enquête nationale destinée à obtenir des informations sur la douleur que les patients peuvent ressentir après une intervention chirurgicale et sur la façon dont elle a été prise en charge. Vos réponses resteront anonymes. La personne qui les enregistre n'appartient pas au service où vous êtes hospitalisé et peut vous aider à remplir le questionnaire.

Merci du temps que vous prenez pour répondre à ces questions.

1. Vous souvenez-vous d'une information sur la douleur ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui : Orale  Ecrite  Satisfait  Pas satisfait

2. Avez vous reçu un engagement écrit sur la qualité de l'analgésie ?

Oui  Non  Ne sait pas

3. Avant votre intervention ou au début de votre hospitalisation, les médecins ou les infirmières vous ont-ils encouragé à signaler vos douleurs ?

Oui  Non

4. Avant votre intervention, aviez-vous déjà une douleur au niveau du site opératoire ?

Oui  Non

Si vous répondez non, passez à la question 6 et suivantes

Si oui, depuis combien de temps avez-vous mal ?

< 1 jour  < 1 semaine  < 1 mois  < 1 an  > 1 an

Cette douleur a-t-elle été : continue  intermittente

Cette douleur a-t-elle été présente au repos : Oui  Non

Cette douleur a-t-elle été présente au mouvement : Oui  Non

5. Quel chiffre décrit le mieux votre douleur avant l'intervention (< 24h) ?

Coter la douleur de 0 à 10 (0=pas de douleur ; 10 = douleur insupportable)

Au repos \_\_\_\_\_ Au mouvement \_\_\_\_\_

6. Avez-vous ressenti une douleur même faible au cours des 24 dernières heures ?

Oui  Non  Non applicable

Si vous répondez non, passez à la question 9 et suivantes

Si non applicable, pourquoi ? \_\_\_\_\_

7. Cette douleur a-t-elle été : continue  ou intermittente ?

Cette douleur a-t-elle été présente au repos : oui  non

Cette douleur a-t-elle été présente au mouvement : oui  non

8. Quel chiffre décrit le mieux votre douleur actuellement ?

Coter la douleur de 0 à 10 (0 = pas de douleur ; 10 = douleur insupportable)

Au repos \_\_\_\_\_ Au mouvement \_\_\_\_\_

9. Quel chiffre décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie depuis l'intervention chirurgicale?

Coter la douleur de 0 à 10 (0 = pas de douleur ; 10 = douleur insupportable) : \_\_\_\_\_

*Le patient a-t-il reçu un traitement antalgique ?* oui non

10. [si oui] Quel chiffre décrit le mieux le soulagement que vous apporte le traitement antalgique actuellement ?

Coter le soulagement de 0 à 10 (0 =aucun ; 10 = complet) : \_\_\_\_\_

11. Avez-vous demandé un traitement supplémentaire contre la douleur?

oui  non

12. Si oui, était-ce parce que :

vous aviez mal à ce moment-là ?

ce moment était  à l'apparition de la douleur  quand la douleur était trop forte ?

vous pensiez avoir mal par la suite ?

vous ne vouliez pas déranger les infirmières plus tard ?

vous ne vouliez pas être dérangé plus tard ?

autre \_\_\_\_\_

13. Si oui combien de temps au maximum s'est-il écoulé entre le moment où vous avez demandé un traitement contre la douleur et le moment où il vous a été administré ?

moins de 5 minutes

15 minutes ou moins

15 à 30 minutes

30 à 60 minutes

plus d'une heure

traitement non administré.

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

14. Le traitement que l'on vous a donné contre la douleur a-t-il entraîné des effets secondaires désagréables ?    Oui                       Non

15. Si oui, lequel ou lesquels :

Nausée/vomissement     Somnolence     Constipation

Démangeaisons                       Difficultés pour uriner     Autre \_\_\_\_\_

16. Quel chiffre décrit le mieux l'intensité de ces désagréments ?

Coter le désagrément de 0 à 10 (0 = nul ; 10 = insupportable) : \_\_\_\_\_

17. Quel chiffre décrit le mieux votre anxiété dans la vie ?

Cotez votre anxiété de 0 à 10 (0= aucune anxiété ; 10= anxiété insupportable) \_\_\_\_\_

18. Quel chiffre décrit le mieux l'inquiétude passée ou présente au sujet de l'intervention que vous avez subie ?

Cotez votre inquiétude de 0 à 10 (0= aucune inquiétude ; 10 = inquiétude insupportable) \_\_\_\_\_

19. Quel chiffre décrit le mieux votre satisfaction vis-à-vis de la façon dont les médecins et les infirmières ont pris en charge votre douleur ?

Coter votre satisfaction de 0 à 10 (0 = satisfaction nulle ; 10 = satisfaction totale) : \_\_\_\_\_

20. Quel chiffre décrit le mieux votre satisfaction vis-à-vis de la façon dont votre douleur a été prise en charge globalement ?

Coter votre satisfaction de 0 à 10 (0 = satisfaction nulle ; 10 = satisfaction totale) : \_\_\_\_\_

21. Si vous n'êtes pas entièrement satisfait de la prise en charge de votre douleur, pouvez-vous expliquer pourquoi ? quelles sont vos suggestions ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires libres de l'auditeur

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci de votre participation.

**Dossier n°**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Numéro finess : \_\_\_\_\_

**Données générales**Patient : Age : \_\_\_\_\_ ans Homme  Femme  ;

Date et heure de la visite \_\_\_\_\_ ; de la chirurgie \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation au moment de l'audit :

SSPI  Chirurgie  Soins intensifs  Autre  \_\_\_\_\_

Evaluation du type de chirurgie, de l'anesthésie :

Chirurgie programmée Oui  Non Orthopédie  Chirurgie viscérale  Urologie  Gynéco-obstétrique Pédiatrie  ORL stomato  Cardiaque/Vasculaire  Thoracique Neurochirurgie  Autre  \_\_\_\_\_

Type de chirurgie en clair \_\_\_\_\_

Durée de la chirurgie : < 1 heure  1-2 heures  > 2 heures Anesthésie : Générale  Péridurale  Rachianesthésie Bloc périphérique Anesthésie locale  sédation  Autre \_\_\_\_\_ **Information préopératoire sur la douleur**

Une information du patient sur la douleur est-elle notée dans le dossier ?

Oui  Non 

Un protocole d'analgésie est-il prévu et noté sur le dossier ?

Oui  Non 

Le patient a-t-il reçu un contrat d'engagement sur l'analgésie? (Trace écrite)

Oui  Non **Evaluation de la douleur postopératoire**L'évaluation de la douleur est-elle prescrite ? Oui  Non Si non existe-t-il un protocole pour l'évaluation de la douleur Oui  Non 

Existe-t-il un recueil écrit du niveau de douleur depuis l'intervention chirurgicale (24 heures précédentes) :

- en SSPI ? Oui  Non  NA  Si NA préciser pourquoi \_\_\_\_\_- dans le service d'hospitalisation au moment de l'audit ? Oui  Non Ce service est le SSPI Si oui, localisation du recueil écrit dans ce service : transmission  document spécifique 

Quelle est sa fréquence dans ce service ?

Selon Dossier : Quotidienne  pluri-quotidienne  intervalle \_\_\_\_h\_\_Selon infirmières : Quotidienne  pluri-quotidienne  intervalle \_\_\_\_h\_\_

L'évaluation de la douleur est-elle un critère de sortie de SSPI ?

Oui et appliquée  Oui mais non appliquée  Non 

Si une évaluation est effectuée :

- Dernier score écrit en SSPI \_\_\_\_\_

Type d'échelle : Si autre, préciser :

- L'évaluation est faite après administration d'un antalgique ?

Selon dossier Oui  Non Selon infirmières Oui  Non - Comment est-elle réalisée ? Repos  Mouvement  (si non précisé, cocher uniquement «repos» )- Echelle d'autoévaluation : EVA  échelle numérique  Echelle verbale

Pas de mesure spécifique  Autre : \_\_\_\_\_

- Valeurs maximales des scores de douleur sur le dossier :

	REPOS		MOUVEMENT	
	Score	Type d'échelle	Score	Type d'échelle
SSPI				
Première nuit post-opératoire				
Le lendemain lors de la visite				

### Evaluation des effets secondaires de l'analgésie

La prescription précise la surveillance des effets secondaires

Oui  Non

La prescription détaille la prise en charge des effets secondaires

Oui  Non

Si non existe-t-il un protocole pour la prise en charge des effets secondaires

Oui  Non

Les effets secondaires de l'analgésie sont-ils évalués ?

Selon infirmières Oui  Non

Selon dossier Oui  Non

Si oui ils sont notés : dans la transmission  sur un document spécifique

Sont-ils évalués selon des scores standardisés ? Oui  Non

Effets secondaires notés dans le dossier : Pas d'effet secondaire

Nausée/vomissements Oui  Non  Sédation Oui  Non

Bloc moteur Oui  Non  Prurit Oui  Non  RU Oui  Non

### Prescription et traitement de la douleur postopératoire

• *Analgésie peropératoire* : Oui  Non

Kétamine  clonidine  paracétamol  profénid  néfopam  tramadol  morphine

Autre  \_\_\_\_\_

Analgésie intrathécale en peropératoire : Oui  Non

morphine (dose µg) \_\_\_\_\_ sufentanil (dose µg) \_\_\_\_\_

• *Analgésie avant une douleur provoquée par les soins (trace écrite)* :

Oui  Non

Si oui : kiné  soins  mobilisation

• *Traitement morphinique* : Oui  Non

Prescription de la titration de morphine Oui  Non

Si oui : Aucun bolus  Bolus  \_\_\_\_mg Intervalle \_\_\_\_ min

- Morphine orale Oui  Non

- Analgésie autocontrôlée Oui  Non

Si Oui : Produit : Morphine  autre morphinique  Lequel ? \_\_\_\_\_

Dose unitaire \_\_\_\_\_ (mg) Intervalle ou période réfractaire entre deux doses \_\_\_\_\_ min

-Morphine sous cutanée Oui  Non

Administration : systématique  à la demande  non renseigné

Quel critère ? \_\_\_\_\_

Intervalle entre deux doses : / 4 h  / 6 h  / 8 h  / 12 h  aucun

Dose unitaire : 5 mg  10 mg  autre dose  Respect : oui  non  NA

Morphiniques	Mode d'administration (IV/PO)	Dose (mg)	Intervalle (h)	Syst/demande	Respect
Tramadol					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Temgésic®					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nubain®					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Codéine +/- parac					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Dextro +/- parac					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

Autres morphiniques	Dose (mg)	Intervalle (h)	Syst/demande	Respect
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

• *Antalgique non morphinique* oui  non

Antalgiques	Dose (mg)	Intervalle (h)	Syst/demande	Respect
Paracétamol				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
AINS Nature de l'AINS :				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Dynastat®				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Acupan®				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Autre(s) antalgique(s) (Vioxx, Celebrex...)				
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

• *Analgésie spinale* Oui  Non

Péridurale lombaire  Péridurale thoracique

Anesthésique locaux Bupi  Ropi  lido  Morphine  Sufentanil

Type d'administration : Bolus  Débit continu  Autocontrôlée

• *Bloc périphérique continu* Oui  Non

Interscalénique  Axillaire  Lombaire post  Fémoral  Sciatique

Anesthésique locaux utilisés ? Bupi  Ropi  lido

Type d'administration : Bolus  Débit continu  Autocontrôlée

Existe-t-il un ou des protocole(s) pour le traitement post-opératoire des douleurs ?

Oui  Non

Le traitement antalgique a été adapté durant les 24 heures postopératoires ? :

Oui  Non

Si oui, préciser les adaptations :

---

---

---

Commentaires libres de l'auditeur :

---

---

---

---

---

---

---