

## Audit de la douleur postopératoire chez l'adulte

Dominique Fletcher <sup>1,2</sup>, Alain Mardaye <sup>3</sup>, C Fermanian <sup>3</sup>, P Aegerter <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Anesthésie hôpital Raymond Poincaré 104 bd Raymond Poincaré - 92380 Garches

<sup>2</sup> EMI 792 Hôpital Ambroise Paré - Boulogne, <sup>3</sup> URC Hôpital Ambroise Paré - Boulogne

### Introduction :

La chirurgie est responsable d'une douleur postopératoire qui occasionne de l'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 textes régissant l'exercice professionnel (Décret N° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier), 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 sont donc des obligations légales puisque nous devons traiter la douleur (loi du 4/02/95) et évaluer nos pratiques (loi hospitalière du 31/07/91). Plus récemment, le programme de lutte contre la douleur 2002/2005 a proposé la création de postes d'infirmières référentes douleur (circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002). 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 ou Françaises.

Les recommandations sur le traitement de la douleur postopératoire sont apparues successivement en Australie, Grande Bretagne, Etats-Unis, Allemagne 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 auto évaluation de la douleur avec recueil écrit, l'utilisation de morphiniques adaptée aux besoins des patients au mieux par analgésie auto contrôlée (AAC), l'utilisation d'analgésiques non morphiniques en association dans le cadre d'une analgésie balancée et l'utilisation des techniques de loco-régionales dans des indications spécifiques. Ces recommandations proposent une organisation basée soit sur le modèle Nord Américain de l'Acute Pain Service soit sur le modèle Européen de l'infirmière référente comme dans les recommandations de la SFAR. 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, mais la démarche d'auto évaluation 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.

L'opinion de la population française sur l'analgésie postopératoire a changé. Il est apparu, dans une enquête téléphonique Française réalisée à 6 ans d'intervalle, que la prise en considération de l'analgésie postopératoire était plus importante, la crainte des morphiniques avait reculé et que la population était surtout informée par les médias. La première enquête d'ambition nationale sur la pratique de l'analgésie postopératoire en France date de 1992. 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. 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. 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, Allemagne, Danemark, Etas-Unis, Grande Bretagne ou une Enquête Européenne. 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'auto-évaluation 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.

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. L'introduction d'un processus d'assurance qualité a néanmoins permis une amélioration significative de certains paramètres. Cette auto évaluation et ce processus continu de correction semblent de nature à améliorer les résultats selon d'autres travaux.

## **Résultats de l'audit national douleur postopératoire chez l'adulte :**

L'enquête nationale que nous venons de finir grâce au soutien de la DHOS, de la Fondation CNP Assurances et de la SFAR avait pour objectifs :

L'évaluation des pratiques de l'analgésie postopératoires dans un échantillon important de patients hospitalisés à 24 heures d'une chirurgie dans des établissements publics et privés, avec des données quantitatives (évaluation des dossiers, évaluation du patient) et qualitatives grâce à un questionnaire général validé lors de la visite des établissements audités.

Cette enquête a inclus 1900 patients sur 2 ans dans 76 établissements répartis en cinq groupes (CHU, CHG > et < 5000 interventions par an ; structure libérale > et < à 5000 interventions par an).

Sur une analyse intermédiaire partielle (n=500, 10 items ; septembre 2005), on retrouvait :

Une EVA au repos en moyenne à  $2.8 \pm 2$ , au mouvement  $5.2 \pm 2.5$ , EVA maximale  $6.8 \pm 2.3$ . L'information douleur est inexistante pour le patient dans 34 % des cas. Le délai d'obtention d'un antalgique est inférieur à 5 min dans 64 % des cas ; les traitements antalgiques sont responsables d'effets secondaires dans 27 % des cas ; On retrouve un recueil écrit douleur en SSPI dans 61 % des cas, un recueil écrit d'au moins un score douleur en chirurgie sur 24 heures dans 92 % des cas ; un traitement morphinique est prescrit dans 78 % des cas ; une analgésie spinale dans 1.2 % des cas ; un bloc périphérique dans 3.9 % des cas.

## **Conclusion :**

Un audit national sur la douleur postopératoire chez l'adulte donne des résultats préliminaires intéressants qui permettront d'orienter les responsables politiques et les sociétés savantes pour réactualiser leurs recommandations et mieux cibler les efforts de formation et les plans d'action.

## **RÉFÉRENCES**

1. Poisson-Salomon, AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M and Durieux P. [Audit of the management of postoperative pain]. *Presse Med* 1996; 25: 1013-7.
2. Galinski, M, Fletcher D, Gaude V, Guirimand F and Chauvin M. [Periodic evaluation of practices in postoperative pain management]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2000; 19: 725-33.
3. Ready, LB, Oden R, Chadwick HS, Benedetti C, Rooke GA, Caplan R and Wild LM. Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology* 1988; 68: 100-6.
4. Rawal, N and Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain* 1994; 57: 117-23.
5. Miaskowski, C, Crews J, Ready LB, Paul SM and Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999; 80: 23-9.
6. Rawal, N and Allvin R. Acute pain services in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals. The EuroPain Acute Pain Working Party. *Eur J Anaesthesiol* 1998; 15: 354-63.